

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
AVALIKU ÕIGUSE INSTITUUT

SILLE ALLIKMETS

**TERVISHOIUTEENUSE DIREKTIIVI
EELNÕU MÕJU
TERVISHOIUTEENUSE
KÄTTESAADAVUSELE EESTIS**

MAGISTRITÖÖ

Juhendajad: dr iur Ants Nõmper
mag iur Marika Žmenja

2010

Sisukord

Kasutatud lühendid	4
Sissejuhatus	5
I Piiriülese tervishoiuteenuse õiguslikud võimalused ELs	9
1.1. Piiriülese tervishoiuteenuse mõiste	9
1.2. Euroopa Liidu kehtivad õiguslikud võimalused piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel	12
1.3. Euroopa Kohtu osatähtsus tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel	14
1.4. Ühenduse meetmed piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks	17
1.4.1 Tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus	18
1.4.2 Tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus	20
1.4.3 Tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus	25
II Tervishoiuteenuse kättesaadavus Eestis	28
2.1. Üldist	28
2.2. Tervishoiuteenuse kättesaadavuse hetkeolukord ja üldised probleemid	30
2.2.1 Tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus	34
2.2.2 Tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus	41
2.2.3 Tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus	46
2.3. Piiriülese tervishoiuteenuse õiguslikud võimalused Eesti regulatsioonis	49
III Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi mõju Eesti tervishoiuteenuse kättesaadavuse parandamisele	57
3.1. Üldist	57
3.2. Piiriülese tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus	59
3.2.1 Ravijärjekorra moodustamine	59
3.2.2 Piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks vajaliku informatsiooni kogumine	63
3.3. Piiriülese tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus	65
3.3.1 Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise põhiküsimused	65

3.3.2	Patsiendile tagatav teave tervishoiuteenuse maksumuse kohta	69
3.3.3	Kindlustajariigi ja patsiendi vastutus piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumisel	72
3.3.4	Eelluba piiriülese tervishoiuteenuse ajalises ja rahalises kättesaadavuses	76
3.4	Piiriülese tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus	80
3.5	Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu mõju Eesti tervishoiuteenuse osutajatele	82
	Kokkuvõte	84
	Resume	87
	Kasutatud allikate loetelu	97

Kasutatud lühendid

Asutamisleping	-	Euroopa Ühenduse asutamisleping
EL	-	Euroopa Liit
EMÜ	-	Euroopa Majandusühendus
Euroopa Kohus	-	Euroopa Ühenduse Kohus
Euroopa Komisjon	-	Euroopa Ühenduse Komisjon
Euroopa Nõukogu	-	Euroopa Liidu Nõukogu
WHO	-	Maailma Tervishoiu Organisatsioon
Piiriülese tervishoiuteenuse direktiiv	-	Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv (projekt) patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius
Teenuste direktiiv	-	Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ, 12. detsember 2006 teenuste kohta siseturul
Tervishoiuteenuse kättesaadavuse määrus	-	sotsiaalministri 21.08.2008.a määrus nr 46 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded”
PS	-	Eesti Vabariigi Põhiseadus
VÕS	-	võlaõigusseadus
TTKS	-	tervishoiuteenuse korraldamise seadus
RaKS	-	ravikindlustuse seadus

Sissejuhatus

Tervis on üks inimese põhiõigustest, mis tähendab, et ühiskond peab looma kõigile inimestele eeldused võimalikult hea terviseseisundi tagamiseks.

Õigus tervise kaitsele on sätestatud Eesti Vabariigi Põhiseaduse § 28 ning sõnastatud järgmiselt: „Igaühel on õigus tervise kaitsele.” Mida aga Põhiseadusega igale eestimaalasele tagatud õigus sisuliselt tähendab? Tsiteeritud üldsõnalist õigust PS tasandil on peetud mitte igale inimesele kuuluvaks subjektiivseks nõudeõiguseks vaid poliitiliseks deklaratsiooniks. Antud säte hõlmab endas Eesti Vabariigil lasuvat kolme kohustust: esiteks – riigi kohustust mitte kahjustada inimeste tervist; teiseks – riigi kohustust tagada tervise eelduseks olevad asjaolud ja kolmandaks – riigi kohustust tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus¹.

Iga inimese jaoks on oluline tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet. Eesti Vabariigi tervisepoliitika üks ülesannetest (aastateks 2009 – 2013) on kõikidele inimestele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine ressursside optimaalse kasutamise kaudu².

Tervishoiuteenuse kättesaadavuse mõistet on sisustatud erinevalt. Ühe käsitluse kohaselt on tervishoiuteenuse kättesaadavust sisustatud faktilise, geograafilise ja finantsilise kättesaadavuse elementidega³, teise käsitluse kohaselt hõlmab arstiabi kättesaadavus ajalist kättesaadavust (so ooteaeg ehk järjekorra pikkus), rahalist kättesaadavust ja geograafilist kättesaadavust⁴.

Eeltoodust nähtuvalt kattuvad erinevad käsitlused valdavalt, kuid arvestades, et tervishoiuteenuse kättesaadavusest rääkides, näevad patsiendid peamise probleemina

¹ A. Nõmper, J. Sootak „Meditsiiniõigus” Juura 2007 lk 37-39

² “Rahvastikupoliitika alused 2009 – 2013”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastikupoliitika_alused_muudetud.pdf (13.02.2010)

³ A. Nõmper, J. Sootak „Meditsiiniõigus” Juura 2007 lk 39

⁴ Sotsiaalministeeriumi dokument “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (15.02.2010)

ajalist kättesaadavust, on magistritöös tervishoiuteenuse kättesaadavuse käsitlemisel aluseks võetud geograafilise ja rahalise kättesaadavuse kõrval just ajaline kättesaadavus.

Iga terviseprobleemiga võitleva patsiendi prioriteetne soov on saada võimalikult kiire, tõhus ja ohutu ravi. Aeg-ajalt soovib nii mõnigi patsient arstiabi saada teisest riigist kui oma kodukohariik, tuues põhjenduseks suurema usalduse välisriigi tervishoiuteenuse osutaja vastu, suurema professionaalsuse, parema tehnilise varustatuse või muud, patsiendi jaoks olulised põhjendused. Vahel võib põhjuseks olla aga ka patsiendi elukoht piiriäärsel alal, kus lähim meditsiinasutus asub naaberriigis, või isegi seetõttu, et patsiendi kodumaal ei pakuta ravi, mida ta vajab⁵.

Patsientide liikuvus tõstatab palju küsimusi – näiteks - kes peaks teises riigis osutatud tervishoiuteenuse eest maksma ja millal; kuidas saab patsient teavet parima saadaoleva ravi kohta välisriigis; kas patsiendid peaksid enne ravi saamist välisriigist saama ka enda kodumaa tervishoiusüsteemi vastava loa; kuidas toimida, kui patsient vajab mõne elundi siirdamist; kes on ootejärjekorras eespool või mis saab patsiendi ja omaste reisikuludest, järelravist ja vajalikest ravimitest. Piiriüleseid tervishoiuteenuseid ja kulude hüvitamist reguleerivad eeskirjad ei ole alati selged või üheselt mõistetavad.

Oma otsustes on Euroopa Kohus alates 1998. aastast järjekindlalt kinnitanud, et patsientidel on õigus välismaal osutatud tervishoiuteenuste eest saada sama hüvitist, mida nad oleksid saanud kodumaal.

Et anda vastused eelpool tõstatatud küsimustele läbi õigusliku regulatsiooni, seadustada Euroopa Kohtu vastav kohtupraktika ning tagada Euroopa kodanikele juurdepääs tervishoiuteenustele üle Euroopa, alustas Euroopa Komisjon juba 2006. aastal ettevalmistustöödega eesmärgiga koostada õigusakti eelnõu, millega tagada EL

⁵ see on haruldasi haigusi põdevate patsientide sagedane probleem

patsientidele võimalused tervishoiuteenuse kasutamiseks väljapool oma koduriiki, EL piires⁶.

Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi eelnõud „Patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius” on oodatud kaua, kuid paraku on see jätkuvalt eelnõu staadiumis. 2009. aasta lõpus jäi direktiivi eelnõu poliitilise kokkuleppeta erimeelsuste tõttu selles, kas direktiiv peaks laienema lisaks avalikele tervishoiuteenuste osutajatele ka erasektori teenuseosutajatele. Tegemist on põhimõttelise küsimusega, mille osas on mitmed liikmesriigid avaldanud tõsist muret mõju pärast siseriiklikule tervishoiukorraldusele, eelkõige riigi õigusele korraldada oma tervishoiusüsteemi ja selle rahastamise põhimõtteid. Seetõttu on mitmed liikmesriigid jäigal positsioonil ja ei soovi, et direktiivi alusel hakataks rahastama erateenuse osutajate piiriüleseid tervishoiuteenuseid⁷.

Magistritöö teema valikul sai otsustavaks ühelt poolt Eesti patsientide rahulolematus riigisisese tervishoiuteenuse kättesaadavusega ja piiriülese tervishoiuteenuse senine napp õiguslik regulatsioon Eesti seadusandluses ning teiselt poolt huvi piiriüleseid tervishoiuteenuseid võimaldava Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi eelnõu vastu, eelkõige Eesti tervishoiukorralduse aspektist vaadatuna.

Kuigi piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu kohaselt kuuluvad mõiste „tervishoiuteenus” alla lisaks tervishoiuteenustele ka tooted, nagu farmaatsiatooted ja meditsiiniseadmed, mida tervishoiutöötajad patsientidele osutavad või välja kirjutavad, et nende tervislikku seisundit hinnata, säilitada või taastada, käsitleb magistritöö autor tervishoiuteenuse kättesaadavuse all nõ. „traditsioonilist tervishoiuteenust” läbi arst-patsiendi suhte ega võta tervishoiuteenuse kättesaadavuse all vaatluse alla direktiivi eelnõu mõju ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavusega kaasnevaid küsimusi.

⁶ Direktiivi eelnõu ametlik nimetus: „Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius”. Arvutivõrgus kättesaadav: : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2009-0286&language=ET&ring=A6-2009-0233> (04.01.2010)

⁷ Samas aga laieneb Euroopa Kohtu lahenditest tulenevalt teenuste vaba liikumise põhimõte kõigile tervishoiuteenuse osutajatele ja tervishoiuteenustele.

Arvestades, et piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eesmärk on tagada patsientidele tervishoiuteenuste kvaliteet ja ohutus kogu ELis, luua selgus, kuidas patsiendid saavad kasutada oma õigusi piiriüleses tervishoius, on käesoleva magistritöö eesmärk läbi piiriülese tervishoiuteenuste direktiivi eelnõu avamise ning Eesti-sisest ja piiriülest tervishoiuteenuse ajalist, rahalist ja geograafilist kättesaadavust käsitledes analüüsida, kas ja mida muudab piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu tervishoiuteenuste ajalisel, rahalisel ja geograafilisel kättesaadavuses.

Töö eesmärgist lähtudes ei keskendu autor tervishoiuteenuse kättesaadavuse õiguslikele aspektidele kogu ELis – seda põhjusel, et tervishoiusüsteemid ja seeläbi ka tervishoiuteenuse kättesaadavusega seonduvad aspektid on liikmesriigiti erinevad. Magistritöö autorile on enam huvipakkuv tervishoiuteenuse kättesaadavuse õiguslikud aspektid just Eesti seisukohalt lähtudes ning seetõttu ongi keskendunud piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavusele Eesti vaatevinklist.

Magistritöö eesmärgi saavutamiseks on töös käsitlemist leidnud EL senine regulatsioon, mis toetab piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalusi üleeuroopaliselt. Samuti on avatud piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu aluseks olnud Euroopa Kohtu seisukohad. Arvestades töö geograafilist suundumust ehk direktiivi eelnõu mõju analüüsi Eesti seisukohast lähtuvalt, on eesmärgi saavutamiseks eraldi käsitletud tervishoiuteenuse ajalise, rahalise ja geograafilise kättesaadavuse hetkeolukorda nii Eesti-siseselt kui Eesti patsientide tänaseid võimalusi piiriülese tervishoiuteenuse saamisel.

Magistritöö jaguneb kolmeks peatükiks. Esimeses peatükis on antud teema terviklikuks käsitlemiseks piiriülese tervishoiuteenuse hetkevõimalused nii EL õigusaktide tasandil kui Euroopa Kohtu lahendite mõjul. Kuivõrd magistritöö põhirõhk on piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõul, on eraldi käsitlemist leidnud ka antud eelnõu, kuid seda vaid piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse aspektist vaadelduna.

Arvestades, et sageli tekib vajadus piiriülese tervishoiuteenuse järele selle siseriiklikust kättesaamatusest, on töö teises peatükis esmalt käsitletud tervishoiuteenuse ajalise,

rahalise ja geograafilise kättesaadavuse temaatikat Eesti-siseselt ning seejärel Eesti patsientide hetkevõimalusi piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks.

Kolmas peatükk keskendub töö peamisele eesmärgile, leidmaks vastuse küsimusele – kas piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu muudab tervishoiuteenuse Eesti patsiendile kättesaadavamaks ning kas olemasolev õiguslik regulatsioon Eesti seadusandluses on piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks piisav või mitte.

Nagu eespool märgitud, on magistritöö läbivaks alusdokumendiks Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi eelnõu patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Kuivõrd direktiivi eelnõu ametlik pealkiri on piisavalt pikk, on seda eelnõu väljatöötamisele järgneva aja jooksul erinevates artiklites jm väljaannetes mitteametlikult nimetatud nii „patsiendiõiguste direktiiviks piiriüleses tervishoius” kui „piiriülese tervishoiuteenuse direktiiviks”. Viimase kasutamist soosib ka magistritöö autor, nimetades edaspidiselt tekstis direktiivi eelnõud patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius lihtsalt kas „direktiivi eelnõuks” või „piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõuks”.

I Piiriülese tervishoiuteenuse õiguslikud võimalused EL-s

1.1 Piiriülese tervishoiuteenuse mõiste

EL laienemine ja sellega kaasnev isikute liikumise suurenemine kas õppimise, töötamise, puhkamise vm eesmärgil toovad kaasa uue lähenemise tervishoiuteenuste osutamisele ning on tekitanud vajaduse teatud reeglite ühtlustamisele ühenduse piires. EL laienemise tulemusena ei toimu ka tervishoiuteenuste osutamine enam ainuüksi ühe liikmesriigi piires, vaid EL põhimõtte kohaselt on igal isikul õigus saada teises liikmesriigis samasugust arstiabi kui oma koduriigis.

EL osatähtsuse ja piiride laienemisega seoses kohtame üha sagedamini erinevates eluvaldkondades täiendit „piiriülene” – on see siis „*piiriülene koostöö*” riikide vahel; „*piiriülesed tehingud*” eri riikide isikute vahel; „*piiriülene digiallkiri*” – lihtsustamaks e-äriregistri toimingute teostamist teiste liikmesriikide kodanike poolt; „*piiriülene käibemaks*” erinevate riikide maksumenetluses; „*piiriülene pankrotimenetus*”; „*piiriülene pangateenus*”; ettevõtete „*piiriülene ühinemine*”; „*piiriülene laen*”; keskkonnamõtjude „*piiriülene hindamine*” jne, jne. Sellest järelduvalt ja arvestades „*piiriülese*” eessõna vägagi laia kasutusala kaasajal, hõlmab see erinevaid eluallasid, erinevaid toiminguid ja tehinguid, mis väljuvad ühe riigi piirest. Nii on see ka piiriülese tervishoiuteenuse, kasutatuna ka piiriülese arstiabi puhul.

Sõna „piiriülene” vaste inglise keelses on - „*cross-border*”, saksa keeles – „*grenzüberschreitend*” ja soome keeles – „*rajat ylittävä*”.

Kuigi EL kodanike õigust tervishoiule sätestavad ühenduse tasandil nii mitmedki allpool käsitlemist leidvad õigusaktid, ei kasuta ükski seni kehtestatud tervishoidu reguleerivatest õigusaktidest mõistet „*piiriülene tervishoid*” või ka „*patsiendiõiguste piiriülene kaitse*”. Esmakordselt on vastavad terminid regulatsiooni tasandil sätestatud Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi eelnõus „*patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius*”⁸, mis on läbivalt käesoleva töö keskmes ning mida autor sisulisemalt on käsitlenud edaspidiselt.

⁸ Euroopa Ühenduse Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik. Direktiivi eelnõu käsitluse aluseks on Euroopa Parlamendi istungil 23.04.2009 vastuvõetud parandusettepanekutega eelnõu tekst. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2009-0286&language=ET&ring=A6-2009-0233> (04.01.2010)

Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu käsitleb „*piiriülese tervishoiuteenusena*” tervishoiuteenust, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud (art 4 c)^{9, 10}. Antud mõiste sisustamisele direktiivi eelnõu toetubki.

„Piiriülese tervishoiuteenuse” mõiste teine pool, so „tervishoiuteenus” direktiivi eelnõu art 4 (a) tähenduses on tervishoiuteenused või tooted, nagu farmaatsiatooted ja meditsiiniseadmed, mida tervishoiutöötajad patsientidele osutavad või välja kirjutavad, et nende tervislikku seisundit hinnata, säilitada või taastada või vältida nende haigestumist, olenemata sellest, kuidas neid riigis korraldatakse, osutatakse ja rahastatakse või kas ravi on avalik või erateenus^{11,12}.

Tervishoiuteenuse mõiste direktiivi eelnõus omakorda avatakse ühe tunnusega tervishoiutöötaja kaudu. Direktiivi eelnõu alusel on tervishoiutöötajaks meditsiinipraktik, üldõde, hambaarst, ämmaemand, farmatseut või muu spetsialist, kes tegutseb tervishoiusektoris reguleeritud kutseala raames direktiivi art 3 lg 1 punkti a tähenduses või liikmesriigis, kus ravi toimub. Seega on direktiivi eelnõu kohaselt tervishoiutöötajana käsitletavad ka tervishoiusektoris tegutsevad psühholoogid, füsioterapeudid, logopeedid jne.

⁹ Direktiivi algse redaktsioonis käsitleti piiriülese tervishoiuteenusena ka tervishoiuteenust, mida ei osutata liikmesriigis, kus tervishoiuteenuse osutaja asub või kus ta on registreeritud või asutatud, kuid 03.04.2009 Euroopa Parlamendi raportis „ – Ettepanek võtta vastu Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (KOM(2008)0414-C6-0257/2008 – 2008/0142(COD)) tehti muudatusettepanek, mis on avaldatud viite 8 all ning milline on see direktiivi eelnõu viimases redaktsioonis

¹⁰ Direktiivi eelnõu algse versioonis art 4 c sätestas mõiste „tervishoiuteenuse kasutamine teises liikmesriigis” – so tervishoiuteenus, mida ei osutata selles liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud. Antud sisustus väljendub direktiivi eelnõu viimases redaktsioonis piiriülese tervishoiuteenuse all

¹¹ Euroopa Parlament. Istungil vastuvõetud tekstid. 2. osa. 23. aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (04.01.2010)

¹² Olgu siinkohal võrdluseks toodud tervishoiuteenuse mõiste Eestis kehtiva TTKS (§ 2) alusel, milleks on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. RT I 2001, 50, 284

Direktiivi eelnõus antud tervishoiutöötaja mõistet võrdles autor Soome sellekohase regulatsiooniga. Soome tervishoiutöötajate seaduse¹³ alusel käsitletakse tervishoiutöötajatena ka optometriste, kiropraktikuid, kliinilisi toitumisspetsialiste jt, kes tervishoiuteenuse osutamiseks peavad omama litsentsi. Eestis tervishoiutöötaja mõistet avava TTKS järgi on tervishoiutöötaja käsitlus eelnevaga võrreldes oluliselt kitsam. Nimelt käsitletakse Eestis tervishoiutöötajana arsti, hambaarsti, õde ja ämmaemandat, kui nad on registreeritud Terviseameti (§ 3 lg 1). Autor ei teinud ELi tasandil tervishoiuteenuse mõiste määratluse osas laiemat uuringut, kuid ainuüksi Eesti ja Soome võrdlusest nähtuvalt käsitletakse tervishoiuteenuse osutajat erinevalt. Näitlikult toodud Soome tänane regulatsioon haakub enam direktiivi eelnõus antud tervishoiutöötaja mõistega; Eesti regulatsioon on selles osas aga oluliselt piiratum.

Mitte ainult direktiivi eelnõu valguses vaid ka direktiivi eelnõu väliselt on magistritöö autor seisukohal, et Eesti seadusandlus vajaks tervishoiutöötaja mõiste sisustamisel, reguleerimisel ja käsitlemisel muudatusi, arvestades mitmeid erialasid, kus tegutsedes osutatakse isikule realselt tervishoiuteenust kõigi sellega kaasnevate tagajärgedega. Siinjuures on autor mõelnud nii farmatseute, füsioterapeute, kiropraktikuid jmt, kes igapäevaselt tegelevad tervishoiuteenuse osutamisega, olemata aga registreeritud Terviseameti vastavas registris ning omamata seadusest tulenevat tervishoiuteenuse osutajal lasuvat vastutust.

1.2 Euroopa Liidu kehtivad õiguslikud võimalused piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel

Vajadus arstiabi järele väljaspool oma kodukohariiki ei ole kaugeltki mitte täna tõusetunud vajadus. Küll aga on see aasta aastalt üha aktuaalsemaks muutunud¹⁴. Et

¹³ Act on Health Care Professionals No 559/1994. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/> (24.05.2010)

¹⁴ Globaalselt tunnustati õigust tervise kaitslele kui üht sotsiaalsetest õigustest esimest korda ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioonis, hiljem detailsemalt 1966. aasta ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelises paktis. Nüüdisaegseimaks ning Eestile siduvaks sotsiaalsete õiguste

piiriülene tervishoiuteenus ei ole olnud siiski kuigi sage ravi saamise viis, on senini puudunud ka sellekohane selge üleeuroopaline regulatsioon. Kas ja mil määral aga piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavus EL tasandil üldse reguleeritud on? Magistritöö autor on seisukohal, et enamik senistest alustest on sarnaselt Eesti PS § 28 regulatsiooniga deklaratiivsed ega taga EL patsientide õiguste kaitset piiriüleses tervishoius. Patsiendiõiguste kaitse piiriüleses tervishoius nii teenuse saamiseks kui selle hüvitamiseks oma koduriigi poolt on olemasolevatest EL õigusallikatest pigem tuletatavad – näit EL põhiõiguste hartast¹⁵, mille art II-34 lg 2 („Sotsiaalkindlustus ja sotsiaalabi”) kohaselt on igäihel, kelle elukoht on Euroopa Liidus ja kes seal seaduslikult liigub, õigus saada sotsiaalkindlustushüvitist ja sotsiaalseid soodustusi ühenduse õiguse ning siseriiklike seaduste ja tavade kohaselt.

Õigust tervishoiuteenuste juurdepääsule ja õigust ravile siseriiklike õigusaktide ja tavadega ettenähtud tingimustel on tunnustatud ka harta art 35. Nimetatud artiklile toetuti ka piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõud ette valmistades.

Piiriülese tervishoiuteenuse arengut on mõjutanud ka EL asutamisleping,¹⁶ mille art 152 rõhutab inimeste tervise kõrgetasemelise kaitse tagamist ning vajadust arendada liikmesriikidevahelist koostööd rahvatervise parandamise, inimeste haiguste ennetamise ja inimeste tervist ohustavate tegurite kõrvaldamise valdkonnas. Nagu käesoleva alapeatüki algul märgitud, sarnanevad välja toodud EL normid PS § 28 valdkonda kuuluvate deklaratiivsete õigustega, mis iseenesest ei taga ühegi EL kodaniku õigust piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks ega selle koduriigi poolt hüvitamiseks.

rahvusvaheliseks aktiks on Euroopa sotsiaalharta, mille alusel on tervisekaitse üheks tegevussuunaks ka õigus arstiabile.

¹⁵ Euroopa Liidu Teataja C 303/1 14.12.2007. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.headest.ee/uploads/EL%20Põhiõiguste%20harta.pdf> (19.12.2009)

¹⁶ Euroopa Liit – Euroopa Liidu ja Euroopa Ühenduse Asutamislepingu Konsolideeritud Versioonid. 29.12.2006 – ELT C321E/1

Oluliselt kitsam ja selgem EL regulatsioon piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalustest pärineb 1971. aastal vastu võetud Euroopa Nõukogu määrusest¹⁷. Regulatsiooni loomise tingis vajadus toetada tööliste vaba liikumist liikmesriikide vahel ning tagada neile muu hulgas kindlustuskaitse jätkuvus teises riigis töötamisel. Nüüdseks on antud määrus oma taotluslikud piirid ületanud seoses laienenud õiguste ja võimalustega ühest liikmesriigist teise liikuda. Nii on näiteks regulatsiooni tõlgendused oma algsest eesmärgist – pakkuda kindlustuskaitset töötavatele inimestele – laienenud ka nende pereliikmetele, üliõpilastele, füüsilisest isikust ettevõtjatele jpt ehk peaaegu kõigile Euroopa Liidu kodanikele. Ka on antud määrus olnud aluseks liikmesriikide siseriiklikule regulatsioonile välisriigis osutatud tervishoiuteenuse hüvitamiseks, sh. Eestile. Just antud määrusele tuginedes on ka Eesti Haigekassas kindlustatud patsientidel, kes viibivad teises liikmesriigis ajutiselt, õigus saada vajaminevat arstiabi võrdsetel tingimustel selles riigis elavate kindlustatud inimestega. Tulenevalt määruse eesmärgist, ei kuulu antud õiguse alla aga teise riiki minek sel eesmärgil, et seal end ravida, vaid oluline antud määruse tähenduses on, et vajadus tervishoiuteenuse saamiseks peab tekkima teises riigis ajutiselt viibides.

1.3 Euroopa Kohtu osatähtsus tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel

Eelpool käsitletud EL aktid (nii põhiõiguste harta kui Amsterdami leping) annavad liikmesriikide kodanikele deklaratiivse iseloomuga, mitte aga praktilised õigused piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks ja antud teenuse hüvitamiseks oma koduriigi poolt. Samuti ei taga nimetatud aktid patsientide õigusi piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks kuigi arusaadavalt. Oluliselt arusaadavamad seisukohad ja patsiendile tagatud õigused piiriülese tervishoiuteenuse valdkonnas tulenevad selleteemalistest kohtulahenditest. Esimesed piiriülest tervishoiuteenust käsitlevad kohtuasjad Euroopa Kohtus pärinevad juba 1970. aastate lõpust¹⁸, mil Euroopa Kohus andis märku, et võimalus ravi saamiseks

¹⁷ Euroopa Nõukogu määrus nr 1408/71 - Sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate ja nende pereliikmete suhtes Euroopa Liidu Teataja 05/1 kd. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/et/dd/05/01/31971R1408ET.pdf> (04.01.2010)

¹⁸ C-117/77 *Pierik I*; C-182/78 *Pierik II*

teises riigis tuleb anda kõigile juhtudele, mis parandavad patsiendi tervislikku seisundit. Juba pea 30 aastat tagasi asus Euroopa Kohus seisukohale, et patsiendi koduriik ei tohi keelduda loa andmisest välismaale ravile minekuks ja ravi hüvitamisest, kui vastavat ravi ei saa konkreetsele inimesele pakkuda oma asukohariigis ning laiendas seda omakorda juhtudele, kus inimestel on võimalus saada tõhusamat ravi mõnes teises liikmesriigis, v.a asukohariik.

Piiriülese tervishoiuteenuse valdkonna fundamentaalseteks kohtuotsusteks on peetud aga nn Kohll / Decker¹⁹ otsuseid, milles on Euroopa Kohus rõhutanud Euroopa kodaniku õigust kasutada tervishoiuteenuseid teises liikmesriigis koos õigusega taotleda vastavate teenuste eest hüvitist oma rahvusliku ravikindlustussüsteemi kaudu.

Kohll'i ja Deckeri kohtulahenditega tekitas Euroopa Kohus uue alternatiivse meetodi saamaks vajalikku arstiabi teises liikmesriigis. Kohtuasjad näitasid, et patsient võib vabalt valida riiki, kus ta soovib arstiabi saada ilma oma elukohariigi eelneva kinnituseeta. Hiljem on aga võimalus taotleda ravi hüvitamist oma elukohariigilt samadel alustel, nagu neile oleks ravi osutatud oma kodukoha riigis.

Kohll'i / Deckeri kaasustele järgnevalt on EL tasandil käinud debatil teemal, kas tervishoiuteenus on käsitletav teenusena Euroopa Liidu regulatsioonide mõistes. Samuti tõusetus antud kaasuste alusel küsimus – kas antud kaasustega patsientidele antud õigused laienevad ka haiglaravile ja juhtudele, kus patsiendid ei maksa teenuste osutajatele otse, vaid seda teeb kolmanda osapoolena patsiendi elukohajärgne haigekassa. Tõusetunud küsimustesse töid selguse Geraets-Smits/ Peerbooms otsused²⁰, milles Euroopa Kohus tunnistas, et liikmesriikidel on õigus luua täiendavaid seadusi oma riigi piires, kuid need peavad olema Euroopa Liidu asjakohaste õigusaktidega vastavuses. Viimase järgi on tervishoiuteenus käsitletav teenusena, mis allub teenuste vaba liikumise

¹⁹ ECJ 28.04.1998, C-158/96; C-120/95 Raymond Kohll v Union des caisses de maladie European Court reports 1998 page I-01931 Case c-158/96; Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés. European Court reports 1998 page I-01831, 28.04.1998

²⁰ B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groue Zorgverzekeringen. 12.06.2001 European Court reports 2001 page I-05473 Case C-157/99. ECJ C – 12.06.2001

regulatsioonile ning ei oma tähtsust, kas asjakohast teenust pakutakse ambulatoorselt või haiglas, kuidas tasutakse või kes tasub.

Euroopa Kohus on märkinud, et riigid võivad teha piiranguid ehk keelduda maksmast ravi eest välismaal, kui tervishoiuteenuste suuremat vaba liikumist võimaldades võib tekkida oht oma sotsiaalkindlustussüsteemi rahalise tasakaalu säilimisele, oht avaliku teenusena osutatava arstiabi ja haiglaravi säilitamisele ning kui ravivõimaluste või arstliku kompetentsi säilimine oma riigi territooriumil on hädavajalik tervisekaitse jaoks. Samas on aga rõhutanud, et vastavate piirangute vajadus peab olema tõestatud.²¹

Vastuargumendina mõnede liikmesriikide väidetele, et asutamislepingu art 152 (5) sisalduv nõue – võtta täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ja kättesaadavaks muutmisel – on vastuolus tervishoiusüsteemide valdkonnas ühenduse õiguse tasandil siduvate kohustuste kehtestamisega, on Euroopa Kohus sedastanud, et antud säte ei välista võimalust, et liikmesriikidelt võidakse teiste asutamislepingu sätete alusel, nagu art 49²² või ka muude ühenduse meetmete alusel nõuda oma sotsiaalkindlustussüsteemide kohandamist ilma, et seda saaks pidada nende suveräänse pädevuse piiramiseks sellel alal^{23,24}.

Euroopa Kohtu otsused konkreetsete kaasuste raames on küll selged, kuid jätavad piiriülese tervishoiuteenuse valdkonnas paljud küsimused siiski vastusteta. Lahendamist vajavad küsimused tingimuste osas, millist arstiabi on õigus teises liikmesriigis saada; millistel juhtudel on ravileminekuks eelnevalt vajalik kindlustajariigi pädeva ameti sellekohane eelluba; kuidas tagada piiriülese arstiabi osutamise korral nn vastuvõtva riigi tervishoiusüsteemi kulude õiglane hüvitamine ning millised tervishoiuteenused hüvitatakse, millised aga mitte; kuidas on patsientidel või tervishoiutöötajatel võimalik

²¹ H. Malmel bakalaureusetöö teemal "Patsientide vaba liikumine Euroopa Liidus määrus nr 1408/71 ja kohtulahendite käsitluses." (Tallinna Ülikool 2005)

²² mille kohaselt keelatakse ühenduse piires teenuste osutamise vabaduse piirangud liikmesriikide kodanike suhtes, kes asuvad mõnes teises ühenduse riigis kui see isik, kellele teenuseid pakutakse

²³ C-372/04, 16. mai 2006 otsuse p 123, p 147

²⁴ M. Žmenja magistriröö teemal „E-tervis ja õigus”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/10062/10569/1/zmenjamarika.pdf>

leida teiste liikmesriikide teenuse osutajaid, võrrelda neid ja valida nende vahel; millised tervishoiu ametkonnad vastutavad piiriülese arstiabi järelevalve eest ning kes kaitseb patsiendi õigusi. Esitatud küsimustele vastamiseks ja kõrvaldamaks olukorda, kus piiriülest tervishoiuteenust reguleerib Euroopa Kohus oma lahenditega, tõusetus vajadus välja töötada piiriülese tervishoiuteenuse selgem regulatsioon EL tasandil.

1.4 Ühenduse meetmed piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks

Kuigi EL üritas tervishoiuteenuseid reguleerida Euroopa Parlamendi ja nõukogu 12. detsembri 2006. aasta direktiiviga 2006/123 EÜ (teenuste kohta siseturul)²⁵, püüdes kodifitseerida Euroopa Kohtu otsuseid vaba liikumise põhimõtete kohaldamise kohta tervishoiuteenuste suhtes, ei pidanud siiski ei EL Parlament ega nõukogu sellist lähenemist sobivaks. Parlamendi ja nõukogu seisukoha järgi on tervishoiuteenused, hoolimata sellest, et kohtupraktika kohaselt on nad käsitletavad teenusena EL asutamislepingu tähenduses, kutsudes komisjoni üles töötama selles valdkonnas välja konkreetsed ettepanekud. Euroopa Parlament ja nõukogu asusid seisukohale, et kuigi Euroopa Kohtu praktika kohaselt on tervishoiuteenused käsitletavad teenustena asutamislepingu tähenduses, on tervishoiuteenused siiski niivõrd erinevad ja vajavad seetõttu eriregulatsiooni, saavutamaks Euroopa Kohtu konkreetsete kohtuasjade põhjal välja töötatud põhimõtete süsteem ja tõhusam kohaldamine²⁶.

Et tagada EL kodanike võimalused piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks, avaldas Euroopa Komisjon 2. juulil 2008 direktiivi eelnõu patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius²⁷. Direktiivi eelnõu²⁸ on välja töötatud eesmärgiga luua üldine

²⁵ ELT L 376, 27.12.2006 lk 36 (30.05.2010)

²⁶ Euroopa Ühenduse Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik, 2.7.2008. Arvutivõrgus kättesaadav: www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/066-52891-089-03-14-911-20090330IPR52890-30-03.../default_en.htm (04.01.2010)

²⁷ Euroopa Ühenduse Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_et.pdf (04.01.2010)

²⁸ Direktiivi eelnõu edaspidise käsitlemise aluseks on Euroopa Parlamendi istungil 23.04.2009 vastuvõetud parandusettepanekutega eelnõu tekst. Arvutivõrgus kättesaadav:

raamistik ohutute, kvaliteetsete ja tõhusate piiriüleste tervishoiuteenuste osutamiseks ühenduses seoses patsientide liikuvuse ja tervisekaitse kõrge tasemega, põhinedes vaba liikumise põhimõttel ning Euroopa Kohtu otsuste aluseks oleval põhimõttel, et võimaldada patsientidel kasutada teises liikmesriigis kõiki tervishoiuteenuseid, mida neile osutatakse ka oma kodumaal, ning saada hüvitist niisuguse summa ulatuses, mida neile oleks makstud juhul, kui nad oleksid saanud kõnealust ravi kodumaal, kuid nad riskivad sellega, et võimalike lisakulutuste eest tuleb neil endil maksta²⁹.

Magistritöö raames ei analüüsi autor direktiivi eelnõud tervikuna, vaid keskendub eesmärgi saavutamiseks direktiivi eelnõuga tagatud piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse aspektidele.

1.4.1 Tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus

Direktiivi eelnõu kohaselt on ravi osutavad liikmesriigid vastutavad tervishoiuteenuste korraldamise ja kättesaadavaks muutmise eest (art 5). Sellest tulenevalt on liikmesriikidel kohustus määrata kvaliteetse arstiabi kättesaadavuse tingimused oma territooriumil.

Sõltumata sellest, kas tervishoiuteenust osutatakse riigisiselt või piiriülevalt, seondub tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus ikkagi teatava, tervishoiuteenuse osutaja juurde pääsemiseks kuluva ajaga ehk teisisõnu ootejärjekorraga.

Arvestades, et direktiivi eelnõu ei sekku kuigivõrd liikmesriikide tervishoiukorraldusse, vaid annab üldised põhimõtted patsiendiõiguste kaitseks piiriüleses tervishoius, seisneb tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse tagamine direktiivi eelnõu valguses ennekõike

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2009-0286&language=ET&ring=A6-2009-0233> (04.01.2010)

²⁹ Euroopa Ühenduse Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik (2008/0142 (COD) Seletuskirja p 3 (a) („Sidusus ühenduse teiste poliitikavaldkondadega“) . Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_et.pdf (04.01.2010)

tervishoiuteenust osutava riigi kui teisest liikmesriigist ravile tulnud patsiendi võrdses kohtlemises (art 5 lg 1 (h))³⁰. Antud põhimõtte eeldaks ühtseid tingimusi ka ravile pääsuks. Seega peaks antud põhimõtte kohaselt eksisteerima tervishoiuteenuse osutamiseks üks ja ühtne ravijärjekord nii teenust osutava riigi kui teisest liikmesriigist tulnud patsientidele.

Vastupidiselt eeltoodule annab aga direktiivi eelnõu siiski delikaatselt teatavad eelised just teisest liikmesriigist tulevale patsiendile, määratledes, et direktiivi eelnõu ei kohusta liikmesriigi tervishoiuteenuse osutajaid osutama tervishoiuteenuseid teise liikmesriigi kindlustatud isikule eelisjärjekorras. Antud tingimuse sisustamine jääb iga liikmesriigi enda õiguseks.

Magistritöö autor on seisukohal, et direktiivi eelnõu art 5 rakendamine ehk piiriülese tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse tagamine liikmesriikide poolt vajab iga liikmesriigi siseriiklikul tasandil tervishoiuteenuste kättesaadavuse regulatsiooni loomist eesmärgiga kehtestada, kuidas moodustatakse raviootejärjekorrad välis- ja kindlustajariigi enda patsientide ravile pääsuks - kas tervishoiuteenuse osutamine toimub ühtse ootejärjekorra alusel või on välisriigist tuleval patsiendil siiski eelis.

Tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse võrdsete põhimõtete rakendamine „oma riigi” ja teisest liikmesriigist tulnud patsientidele oleks oluliselt lihtsam ja selgem, kui ootejärjekorrad oleksid põhjustatud vaid tervishoiuteenuse osutajast ja tema ressurssidest ega oleks tingitud ravikindlustushüvitise maksja piiratud eelarvelistest vahenditest. Sellisel juhul oleks direktiivi eelnõus käsitletud põhimõtte rakendamine oma riigi ja teisest liikmesriigist tulnud patsientide võrdses kohtlemises igati põhjendatud ning rakendatav. Kuivõrd aga sageli on ootejärjekordade põhjuseks ravi rahastaja piiratud eelarve, ei ole autori arvates ühtse ootejärjekorra kehtestamine oma riigi ja teisest liikmesriigist tulevale patsiendile otstarbekas. Magistritöö autor peab õigeks eraldi

³⁰ Ka direktiivi eelnõu põhjendava osa p 15 märgib, et direktiivis ei nõuta, et tervishoiuteenuste osutajad võtaksid teiste liikmesriikide patsiente plaanilisse ravisse eelisjärjekorras, mis seaks teised sarnase ravivajadustega patsiendid ohtu

raviootejärjekordade moodustamist juhul, kui tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus on otseselt mõjutatud rahalisest kättesaadavusest ehk liikmesriigi ravi rahastaja ressursidest. Ka on sellisel teataval määral ebavõrdsel kohtlemisel pigem positiivne tulem – seda küll eelkõige riigi ja tervishoiuteenuse osutaja seisukohalt vaadates, sest võimalus ravida teiste riikide patsiente tooks meditsiiniteenuste ekspordi kaudu teenust osutava riigi tervishoiusüsteemi lisaraha.

Direktiivi eelnõu väljatöötamisele eelnenud uuringute ja olemasoleva statistika kohaselt ei omanda piiriülese tervishoiuteenuse osatähtsus terviseturismi mõõtmeid³¹, mistõttu peaksid riigi huvid üksikisiku huvid üle kaaluma, andes lõppkokkuvõttes positiivse tulemi tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse osas ka tervishoiuteenuse osutaja riigi patsiendile.

1.4.2 Tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus

Võrreldes tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse üldistatud ning napolisõnalist regulatsiooni, leiavad tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse põhimõtted direktiivi eelnõus oluliselt konkreetsemalt käsitlemist.

Tervishoiuteenuste kasutamine teises liikmesriigis põhineb printsiibil, et kõigil arstiabi vajavatel ja Euroopa Liidus ravikindlustusega hõlmatud isikutel on vabadus minna teenuste saamiseks teise liikmesriiki ja saada hüvitust samas ulatuses, kui nad oleksid saanud kodumaal antud arstiabi eest.

Kindlustatud patsientide õigust saada hüvitist teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenusega seotud kulude eest sotsiaalkindlustussüsteemi kaudu on Euroopa Kohus tunnustanud mitmes lahendis³². Euroopa Kohtu lahendite mõjul on direktiivi

³¹ Euroopa Komisjoni hinnangul kulutatakse keskmiselt 1% riigi tervishoiu eelarvest piiriülesele tervishoiule

³² Vt kohtuasi C-158/96 Kohll (1998) ECR I-1931; kohtuasi C-120/95 Decker (1998) ECR I-1831; kohtuasi C-368/98 Vanbraekel (2001) ECR I-5363; kohtuasi C-157/99 Smits ja Peerbooms (2001) ecr i-5473;

eelnõus sätestatud teistes liikmesriikides osutatud tervishoiuteenuste kulude hüvitamisega seotud põhimõtted, et lihtsustada õigust tervishoiuteenuste osutamisele ja saamisele.

Direktiivi eelnõu rõhutab vajadust tagada patsientidele teises liikmesriigis kui nende kindlustajariigis osutatud tervishoiuteenustega seotud kulude katmine vähemalt samas ulatuses, nagu seda oleks tehtud juhul, kui samasugust või sama tulemuslikku ravi oleks osutatud nende kindlustajariigi territooriumil (põhjendava osa p 27). Antud põhimõte on olnud läbiv printsiip, mis on toetamist leidnud erinevate, direktiivi eelnõu ettevalmistusega seotud olnud institutsioonide poolt³³.

Magistritöö autori arvates on ülaltoodud põhimõtte rakendamine õige, loomaks võimalused piiriülese tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse tagamiseks. Sellise põhimõtte rakendamisega ei diskrimineerita ühegi liikmesriigi patsiendi õigusi ega huve saamaks soovitud teenust väljapool oma koduriiki.

Tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse seisukohalt rõhutab direktiivi eelnõu (art 6 lg 1) kindlustajariigi kohustust tagada, et kindlustatud isikud, kes sõidavad teise liikmesriiki eesmärgiga saada seal tervishoiuteenuseid või kes soovivad kasutada teises liikmesriigis osutatavaid tervishoiuteenuseid, võivad saada tervishoiuteenuseid teises liikmesriigis, kui kõnealune ravi kuulub hüvede hulka, mis on sätestatud kindlustajariigi õigusaktides. Ka antud printsiipi peab autor õigeks ja oluliseks, tagamaks kindlustajariigi patsientide võrdse kohtlemise – sõltumata sellest, kas neile osutatakse tervishoiuteenust kindlustajariigi enda või teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja poolt. Samuti omab antud põhimõtte kohaldamine tähendust kindlustajariigi sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu ning riigisisese tervishoiupoliitika ja –korralduse säilimise aspektist.

kohtuasi C-56/01 Inizan (2003) ECR I-12403; kohtuasi C-385/99 Müller-Faure ja Van Riet (2003) ECR I-4503 ning kohtuasi C-372/04 Watts (2006) ECR I-4325

³³ Muu hulgas on toetanud kava, et piiriüleste raviteenuste puhul hüvitataks patsiendile üksnes sellised raviteenused, mis on hõlmatud kindlustajariigi sotsiaalkindlustussüsteemis, et patsientidel ei oleks võimalik lõigata kasu piiriüleste raviteenuste pealt ning et kindlustajariik on kohustatud hüvitama ravikulud ainult sellises ulatuses nagu seda oleks tehtud juhul, kui sama või samalaadset ravi oleks osutatud kindlustajariigi territooriumil, ületamata saadud tervishoiuteenuste tegelikke kulusid ning et kõik lisakulud tuleb katta patsiendil – sama Regioonide Komitee täiskogu oma 78. istungijärgul 12.-13. veebruar 2009 ET DEVE-IV-032

Direktiivi eelnõu ei sätesta sotsiaalkindlustusõiguste üleandmist liikmesriikide vahel ega sotsiaalkindlustusskeemide kooskõlastamist, hõlmates ainult selle liikmesriigi sotsiaalkindlustussüsteemi, kus patsient on kindlustatud ning üksnes õigusi, mis on ette nähtud kooskõlas patsiendi kindlustajariigi sotsiaalkindlustussüsteemiga. Seega – sõltumata tervishoiuteenuse osutamise kohast, toimub vastavate kulude hüvitamine rangelt patsiendi kodukohariigi ehk direktiivi eelnõu tähenduses kindlustajariigi poolt kehtestatud regulatsiooni alusel ja ulatuses.

Eeltoodud põhimõttest lähtuvalt seab magistritöö autor kahtluse alla, kas direktiivi eelnõu ikkagi täidab soovitud eesmärki patsiendi seisukohast lähtuvalt ja tagab patsiendile sobiva ravi ja kiire juurdepääsu piiriülesele tervishoiuteenusele³⁴.

Iga patsient on huvitatud oma haiguse kiirest ja kvaliteetsest ravist. Direktiivi eelnõu valguses võib piiriülese tervishoiuteenuse ajaline aspekt küll tagada patsiendile tervishoiuteenuse parema kättesaadavuse, kuid kas direktiiv tagab tervishoiuteenuse reaalse kättesaadavuse patsiendile juhul, kui patsient oma ehk kindlustajariigis on pikas raviotejärjekorras seetõttu, et tervishoiuteenuse rahastajal puuduvad ressursid kallihinnalise ravi kiireks rahastamiseks. Vastata antud küsimusele võiks omakorda küsimusega - miks peaks patsient antud olukorras saama piiriüleselt tervishoiuteenust kiiremini? Autor on arvamisel, et ei saagi – seda juhul, kui patsient vastava teenuse eest ise ei tasu, kuid tasudes teenuse eest ise, puudub rahalisest aspektist vaadatuna vajadus teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja juurde pöördumiseks, arvestades, et viimasel juhul kaasnevad patsiendile täiendavate lisakuludena reisi-, majutus jms seotud kulud.

Et säilitada oma riigi sotsiaalkindlustussüsteemide finantstasakaal, annab direktiivi eelnõu liikmesriikidele võimaluse piirata piiriülese tervishoiuteenuse saamise õigust läbi eelloa regulatsiooni. Direktiivi eelnõu määratluses on eelluba vajalik piiriülese haiglaravi

³⁴ Nagu seda on märkinud nt Euroopa Parlamendi saadik, tööhõive- ja sotsiaalkomisjoni arvamuse koostaja, hr Iles Braghetto (IT) direktiivi eelnõu kohta toimunud arutelul 23.4.2009 Strasbourgis. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=CRE&reference=20090423&secondRef=ITEM-003&language=ET&ring=A6-2009-0233> (30.09.2009)

saamisel põhjendusega, et haiglaravi on kulukam raviliik ning kannab endas potentsiaalset ohtu riigi sotsiaalkindlustussüsteemi tasakaalule. Direktiivi eelnõu (art 8 lg 1) käsitluses hõlmab haiglaravi tervishoiuteenust, mis nõuab patsiendi paigutamist haiglasse vähemalt üheks ööks. Lisaks on direktiivi eelnõus haiglaraviga võrdsustatud väga spetsiifiline tervishoiuteenus ja/või tervishoiuteenus, mis nõuab kuluka meditsiinilise infrastruktuuri või kulukate meditsiiniseadmete kasutamist või ka tervishoiuteenus, mis hõlmab ravi, mis kujutab endast ohtu patsiendi või elanikkonna jaoks.

Eelloa regulatsioon on direktiivi eelnõu aruteludel tekitanud palju poleemikat. On väljendatud, et eelluba takistab patsientidel oma õigusi realiseerimast, kusjuures eelluba on Euroopa Kohtu lahendites olnud põhjuseks kohtusse pöördumisel; on ka positiivset kriitikat põhjendusega, et patsientide ohutus on garanteeritud vaid siis, kui enne välismaale reisimist, on neil selleks vajalik eelluba, andes patsientidele 100% garantii, et neil on õigus saada nii palju ravi, kui neil kindlustus katab ja et nad saavad vajalikku ravi. Eelluba on peetud ka vahendiks, mis võimaldab tervishoiuasutustel tagada nende patsientide ohutuse, kes jäävad oma koduriiki³⁵.

Autori arvates saab eelloal direktiivi eelnõu alusel olema oluline roll piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisel kindlustajariigi poolt, kuivõrd eelloa tõlgendusruum direktiivi eelnõu määratluses on küllalt lai. Seetõttu peab autor iga liikmesriigi suurimaks väljakutseks direktiivi eelnõu raames eelloa regulatsiooni väljatöötamist selliselt, et ühelt poolt ei piirataks eelloa regulatsiooniga patsientide õigust saada soovitud tervishoiuteenust teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja vahendusel ning selle hüvitamist kindlustajariigi poolt; teiselt poolt aga, tagades sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu säilimine läbi eelloa mõõduka regulatsiooni.

³⁵ Pr. Christel Schaldemose (DA) seisukohavõtt direktiivi eelnõu osas Strasbourgis, Euroopa Parlamendis toimunud arutelul 23.04.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=CRE&reference=20090423&secondRef=ITEM-003&language=ET&ring=A6-2009-0233> (30.09.2009)

Magistritöö autor on seisukohal, et direktiivi regulatsioon sobib hästi rakenduma juhul, kui teises liikmesriigis osutatav ravi on odavam ning ootejärjekord lühem – sellisel juhul võidavad sellest nii kindlustajariik kui patsient. Selline variant direktiivi rakendamisest oleks käsitletav direktiivi rakendamise ideaalmudelina.

Direktiivi eelnõu väljatöötamisele eelnenud konsultatsioonide vastukajadest^{36,37,38} nähtuvalt kulutati hinnanguliselt umbes 1% tervishoiuteenuste kogukuludest piiriülesele arstiabile ja arvatakse, et need kulud kasvavad, mõjutades riikide eelarvet³⁹. Kas antud prognoos realiseerub ning liikmesriikide kulutused piiriülesele tervishoiuteenusele kasvavad või mitte, sõltub liikmesriikide endi edasistest otsustustest ehk kuidas suudetakse tagada eelarve tasakaalustatus läbi eelloa regulatsiooni.

Magistritöö autor on seisukohal, et seni, kuni EL tasandil ei ole välja töötatud üleeuroopalist kindlustuskaitset tervisesektoris (nt liikmesriikide tervishoiu rahastajaid katusorganisatsioonina ühendav üleeuroopaline haigekassa), jäävad võimalused piiriülesele tervishoiuteenuse saamiseks ja riigi-poolseks hüvitamiseks kindlasti piiratumaks, kui paljud patsiendid seda sooviksid, kuid autori arvates on piiriülesele tervishoiuteenusele direktiiv ennekõike EL liikmesriikide kodanikele tagatav õigus, sest põhirõhk tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel jääb jätkuvalt liikmesriikide riigisiseseks teemaks ja riigi tervishoiukorralduse ülesandeks.

³⁶ Lühikäsitluse konsultatsioonide vastukajade koondaruandest, mis käsitleb ühenduse meetmeid tervishoiuteenuste valdkonnas. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_exs_et.pdf (19.08.2009)

³⁷ EÜ komisjoni teatis Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiuteenuste valdkonnas SEC(2006) 1195/4. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_et.pdf (09.11.2009)

³⁸ EÜ komisjoni talituste töödokument lisatud dokumendile: direktiivi ettepanek patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülesele tervishoiule. Mõju hindamise kommenteeritud kokkuvõtte KOM(2008) 414 lõplik; SEK(2008) 2163 Brüssel, 2.7.2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/commsec_20082164_et.pdf (09.11.2009)

³⁹ M. Amos „Eesti tervishoiusüsteemide piirid nihkuvad” Eesti Arst 2008, 87(12):977-981 <http://www.eestiartst.ee/static/files/042/ea0812lk977-981.pdf> (14.03.2010)

Lisaks piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse ajalisele ja rahalisele elemendile, kaasneb piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavusega ka kättesaadavuse kolmas element, so geograafiline kättesaadavus.

1.4.3 Tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus

Tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse põhimõtted direktiivi eelnõus on varasemas kontekstis küll korduvalt väljendatud, kuid üldine põhimõte tervishoiuteenuse geograafilisest ulatusest tuleneb piiriülese tervishoiuteenuse mõistest, mis annab liikmesriigi patsiendile võimaluse pöörduda tervishoiuteenuse saamiseks mistahes EL liikmesriiki. Seega hõlmab piiriülese tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus direktiivi eelnõu alusel ravivõimalusi EL 27 liikmesriigis. Ennekõike on aga direktiivi eelnõu väljatöötamisstaadiumis rõhutatud direktiivi eelnõu erilist mõju ja võimalust piirialade elanikele⁴⁰.

Sõltumata sellest, läbi millise elemendi tervishoiuteenuse kättesaadavust käsitleda, on kõik eelpool käsitletud elemendid seotud patsiendile vajaliku teabe kättesaadavaks tegemisega, sest direktiivi eelnõuga avarduvad tervishoiuteenuse kättesaadavuse võimalused patsiendile 26 EL liikmesriigi võrra.

Direktiivi eelnõu koostamisele eelnenud konsultatsioonidest ja organisatsiooni *Health Consumer Powerhouse* poolt Prantsusmaal, Poolas, Ühendkuningriikides, Hispaanias ja Saksamaal tehtud uuring näitas, et 25% kodanikest on veendunud, et neil ei ole õigust arstiabile välismaal ning 30% ei ole selles õiguses kindlad⁴¹. Sama kinnitas ka

⁴⁰ Nii võiks see Eestis olla näiteks Valga haigla puhul, milline võtab ka käesoleval ajal, st. enne direktiivi vastuvõtmist ja jõustamist vastu Läti plaanilisi patsientide, kel Eestisse uuringutele või abi saama tulla on oluliselt lähem kui sõita nt Valmierasse. Ka on Valga haigla huvitatud patsientide arvu suurendamisest, kui võrd patsientide arvust sõltub haiglate tulevik. Direktiiv ei paranda aga Läti patsientide tervishoiuteenuse rahalist kättesaadavust mingilgi määral, kui võrd Läti õigusaktide kohaselt tasuvad patsiendid plaanilise ravi eest täies ulatuses ise

⁴¹ Vastav informatsioon arvutivõrgus kättesaadav:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co147.pdf
(17.03.2010)

Eurobaromeetri uuring⁴², mis näitas, et 30% Euroopa Liidu kodanikest ei ole teadlikud tervishoiuteenuste saamise võimalusest väljaspool oma kindlustajariiki.

Asjakohane teave kõigi piiriüleste tervishoiuteenuste peamiste aspektide kohta on vajalik, et võimaldada patsientidel kasutada ka tegelikult oma õigusi piiriülestele tervishoiuteenustele. Direktiivi eelnõu (põhjendava osa p 43) peab piiriüleste tervishoiuteenuste puhul teabe edastamise tõhusaimaks mehhanismiks igasse liikmesriiki vastavate riiklike kontaktpunktide loomist, andmaks teavet piiriüleste tervishoiuteenuste võimaluste kohta.

Magistritöö autor omistab riiklike kontaktpunktide institutsioonile direktiivi eelnõu raames erilist tähtsust, tagamaks igakülgse informatsiooni kättesaadavuse ennekõike patsientidele, kuid ka tervishoiuteenuse osutajatele ja ravi rahastajatele.

Eesti Vabariigi Valitsus oma 09.10.2008 otsusega on direktiivi eelnõud põhimõtteliselt toetanud⁴³. Sellekohases otsuses on rõhutatud, et Eesti toetab direktiivi kohaldamist kõigi tervishoiuteenuste suhtes, hoolimata sellest, kuidas need on korraldatud, kättesaadavaks muudetud või kuidas neid rahastatakse. Samuti on Vabariigi Valitsus toetanud kindlustajariigi õigust kehtestada teises liikmesriigis tervishoiuteenuseid saada soovivale patsiendile samasugused tingimused ning õigus- ja haldusformaalsused, nagu need on kehtestatud samade või samalaadsete tervishoiuteenuste osutamisele enda riigi territooriumil. Samas leiab Vabariigi Valitsus, et eelnõus pakutud võimalus, mille kohaselt on liikmesriikidel õigus teatud tingimustel kehtestada haiglaravi puhul eellubade süsteem, võib olla vajalik, kuid vajab selgemat regulatsiooni ja meetmete vajalikkuse analüüsi.

⁴² Flash Eurobarometer Series #210, Cross-border health services in the EU, Analytical report. Uuringu korraldaja: The Gallup Organization (Ungari); tellija: Euroopa komisjoni tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat, 2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf (30.09.2009)

⁴³ Riigikantselei kiri Riigikogu juhatusele 09.10.2008 nr 1-4/08-06065. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ipex.eu/ipex/webdav/site/myjahiasite/users/eeriicorresp/public/patsiendi%C3%B5igus%20VV%20seisukoht.pdf> (15.01.2010)

Vabariigi Valitsus peab vajalikuks, et direktiivi liikmesriigi õigusruumi ülevõtmiseks peaks jääma vähemalt 2 aastat.

Direktiivi eelnõu on selle jõustamise järgselt leevendus neile riikidele, kus ootejärjekorrad tervishoiuteenuse saamiseks on tekkinud tervishoiuteenuse osutaja (töötaja jms) ressursinappuse tõttu, andes legaalse võimaluse patsientidel pääseda samale ravile muusse liikmesriiki. Samuti säästab direktiivi eelnõu kulusid juhul, kui sama ravi teises liikmesriigis oluliselt odavam on.

Direktiivi eelnõu rõhutab põhimõtet, et teise liikmesriiki ravile minek ei tohi kindlustajariigi poolt olla patsiendile sunduslik, kuid Eesti tervishoiuolukorda silmas pidades võiks Haigekassa võimalike ootejärjekordade leevendamiseks, eelkõige aga rahaliste ressursside paremaks kasutamiseks olla omalt poolt aktiivne ning võimaldada nt sarnast plaanilist ravi vajavatele patsientidele ravi teises liikmesriigis, kus antud ravile kehtestatud hinnad on oluliselt madalamad sama teenuse hindadest Eestis. Sellega seoses tõusetub ühe probleemina patsiendiõiguste kaitse seisukohalt võimalik keelebarjäär, kuid töö maht ei võimalda selleteemalist põhjalikumalt analüüsi.

Direktiivi eelnõuga soovitud eesmärgid on vaieldamatult positiivsed, täites sellega õigusliku tühimiku, mida seni on asendanud Euroopa Kohtu üksikud lahendid. Kogu direktiivi eelnõuga astunud sammu positiivsete aspektide juures on magistritöö autor aga seisukohal, et piiriülese tervishoiuteenuse direktiiv ei kaota vastuvõtmisel ebavõrdsust liikmesriikide tervishoius, kuid astub suure sammu patsientide võimaluste võrdsuse suunas. Autor on arvamisel, et direktiiv loob küll patsientidele moraalse õiguse piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks, kuid siseriiklike rahaliste piirangute tõttu võib see siiski jääda reaalselt kättesaamatuks. Seetõttu on iga liikmesriigi jaoks piisav väljakutse – kuidas antud kaks vastuolulist probleemi mõlemal pooli – nii patsienti kui tema kindlustajariiki – rahuldaval määral õiguslikul tasandil reguleerida.

Kogu direktiivi eelnõu rakendamine on märkimisväärne väljakutse liikmesriikide tervishoiusüsteemidele, arvestades, et tervishoiusüsteemid on liikmesriigiti ennekõike

rahvuslikud – st igal liikmesriigil on erinev ravikindlustussüsteem, tasustamine, juurdepääs tervishoiuteenustele, ravijuhised, kvaliteediindikaatorid ja patsiendi õigused. Seetõttu peab autor oluliseks, et teatavad põhimõttelised rakendustingimused, soovitused või juhised, et liikmesriikide tervishoiusüsteemid omavahel rohkem harmoneeruksid, kehtestataks EL tasandil. Direktiivi eelnõu praegune redaktsioon jätab selle raske töö aga liikmesriikide endi kanda, mis lõppkokkuvõttes võib pärssida direktiivi eelnõuga soovitud eesmärgi täitmist.

II Tervishoiuteenuse kättesaadavus Eestis

2.1 Üldist

Eesti tervisepoliitika üldiseks eesmärgiks on inimeste eluea, sealjuures eriti tervena elatud eluea pikendamine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise teel⁴⁴. Tervishoiu valdkonna põhilisteks väljakutseteks ning ühtlasi eesmärkideks on saavutada elanikkonna tervisenäitajate paranemine, rakendades selleks terviseedenduslikke ja ennetavaid meetmeid ning tagada võimalikult ühtlane kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavus.⁴⁵ Oluline aspekt on ka patsiendi informeeritus, mis ühelt poolt tähendab oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis ning teiselt poolt teadlikkust oma terviseprobleemidest ning ravi võimalustest⁴⁶.

Tulenevalt magistr töö sissejuhatuses käsitletust, hõlmab EV Põhiseaduse § 28 tagatud igaahe õigust tervise kaitsele ka riigi kohustust tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus⁴⁷.

⁴⁴ Rahvastikupoliitika alused 2009-2013. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastikupoliitika_alused_muudetud.pdf (18.12.2009)

⁴⁵ Sotsiaalministeeriumi dokument „Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2006-2008” September 2006. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.sm.ee/fileadmin/media/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalne_kasatus/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklikud_aruanded/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklik_aruanne_2006-2008.pdf (11.05.2010)

⁴⁶ „Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020” ja selle rakendusplaanid aastateks 2009-2012 heakskiitmine ning Vabariigi Valitsuse 7. detsembri 2005.a korralduse nr 771 muutmine. Vabariigi Valitsuse 17. juuli 2008.a korraldus nr 325 – RTL 2008, 63, 904

⁴⁷ A. Nõmper, J. Sootak „Meditsiiniõigus” Juura 2007

Tervishoiuteenuse kättesaadavusega seonduvat Eestis on käsitletud mitmest aspektist – on käsitletud tervishoiuteenuse kättesaadavuse probleematikat kõikide kättesaadavuse elementide alusel, kuid on käsitletud ka isiku / patsiendi staatuse alusel – ehk siis ravikindlustusega hõlmatud ja ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuse kättesaadavust⁴⁸. Käesolev magistritöö käsitleb tervishoiuteenuse kättesaadavust selle kolme elemendi alusel ravikindlustusega hõlmatud isikute aspektist. Õigus ravikindlustushüvitistele on Eesti Haigekassa hinnangul ca 95% Eesti elanikkonnast.

Nagu on märgitud töö sissejuhatuses, on meditsiiniõiguse teoorias tervishoiuteenuse kättesaadavust sisustatud erinevate elementidega⁴⁹. Tulenevalt I peatüki all käsitletust, jätkab autor tervishoiuteenuse kättesaadavuse sisustamist ajalise, rahalise ja geograafilise elemendiga.

Sõltumata aga sellest, kas tervishoiuteenuse kättesaadavuse elemendiks rahalise ja geograafilise kättesaadavuse kõrval on faktiline⁵⁰ või ajaline⁵¹ kättesaadavus, kasvab piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavus välja siseriiklikul tasandil tervishoiuteenuse kättesaadavust takistada võivatest asjaoludest.

⁴⁸ Omaette probleematika tervishoiuteenuse kättesaadavusel seonduv riigi ja kohalike omavalitsuste tegevusega ravikindlustuseta isikutele, millele on tähelepanu pööranud EV Õiguskantsler, kuid mis käesolevas töös käsitlemist ei leia. Vastav uuringuaruanne on arvutivõrgus kättesaadav: http://www.õiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/Ravikindlustusega_h_lmamata_isikute_olukord_Eesti_Vabariigis.pdf (26.04.2010)

⁴⁹ A. Nõmper ja J. Sootak on sisustanud tervishoiuteenuse kättesaadavuse faktilise, geograafilise ja finantsilise kättesaadavuse elementidega; SM poolt koostatud „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis” töörühm koosseisus Marina Kaarna, Ruth Kalda, Kalev Karu, prof. Margus Lember, Evi Lindmäe, prof. Heidi-Ingrid Maaros, Katrin Maiste, Kaja Põlluste, Teele Raiend, Anneli Rätsep on aga käsitletud tervishoiuteenuse kättesaadavuse elementidena ajalist, rahalist ja geograafilist kättesaadavust

⁵⁰ A. Nõmper ja J. Sootak on avaldanud, et „faktilise kättesaadavuse tagamiseks peab riik koolitama piisavalt tervishoiutöötajaid, hoidma otseselt või kaudselt käigus haiglaid, võimaldama meditsiiniseadmete ja ravimite importi jne. Oluline on ka tervishoiutöötajatele selliste töötingimuste loomine, et nad sooviksid Eestis püsida.” A. Nõmper, J. Sootak „Meditsiiniõigus” Juura 2007 lk 39

⁵¹ Sotsiaalministeeriumi dokumendis “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis” käsitletakse ajalise kättesaadavusena ooteaega ehk järjekorra pikkust, milliste nõuded kehtestab ja nõuete täitmist jälgib Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (08.01.2010)

2.2 Tervishoiuteenuse kättesaadavuse hetkeolukord ja üldised probleemid

PS § 28 alusel on tervishoiuteenuse kättesaadavus õigusliku regulatsiooni tasandil reguleeritud esmalt TTKS-s (§ 56 lg 1 p 4), millega omakorda on sotsiaalministrile pandud ülesandeks kehtestada tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. TTKS alusel on sotsiaalminister oma 21. augusti 2008. aasta määrusega nr 46 vastavad nõuded kinnitanud⁵².

Määruse kohaselt käsitletakse tervishoiuteenuse kättesaadavusena vajamineva vältimatu abi, üldarstiabi, eriarstiabi, sealhulgas hambaarstiabi ja õendusabi õigeaegset ning kvaliteetset tagamist patsiendile, lähtuvalt tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest, tervishoiuteenuse osutaja erialasest pädevusest ja raviressursi olemasolust. Tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamise üheks kriteeriumiks omakorda on arstiabi kättesaadavus⁵³.

Lisaks magistritöö keskmes olevale ajalisele, rahalisele ja geograafilisele kättesaadavusele mõjutavad tervishoiuteenuse kättesaadavust ka teenuseosutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus. Tervishoiutöötajate liikumine Eestist väljapoole on praegu küll pidurdunud, kuid eelnevatel aastatel on see olnud suur.

Tervishoiuteenuse kättesaadavuse osas on esmatasandi tervishoiusüsteemis probleemid seotud elanikkonna ja tervishoiusüsteemi vajadustele mittevastavate perearstiteenustega, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate puudusega keskustest eemal, äärealadel, esmatasandisse kuuluvate teenuste (nt koduõendusabi) ebäühtlane ja ebapiisav kättesaadavus, mis inimese jaoks ühtlasi väljendub ravi järjepidevuse probleemidena ning mõjutab negatiivselt ravi lõpptulemust⁵⁴.

⁵² Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrusega nr 46 kinnitatud "Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded". Avaldatud: RTL 2008, 73, 1019

⁵³ Sotsiaalministeeriumi dokument „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet24veebr2005.pdf (08.01.2010)

⁵⁴ Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine. Sotsiaalministri 5.02.2009 käskkirjaga nr 16. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_aastateks_2009-2015.pdf (09.05.2010)

Eestis on loodud üldarstiabi (perearstiabi) võrgustik, mis katab ühtlaselt kogu riiki ning tagab üldiselt hea geograafilise kättesaadavuse. Üldarstiabi korraldamise eest vastutab maavanem, kes kinnitab ametisse perearstid ja määrab kindlaks nende tegevuspiirkonnad oma maakonnas. Kohalikule omavalitsusele ei ole seadusega pandud vastutust tervishoiu korraldamise ega rahastamise eest, kuid enamik haiglaid on kohalike omavalitsuste omandis – seega osalevad nad statsionaarse eriarstiabi korralduses läbi haiglate nõukogude⁵⁵.

Perearstiabi on korraldatud nimistu põhiselt ja maakondlikul tasandil. Nimistu moodustub nimistusse registreeritud isikutest ja alalise elukoha alusel maavanema määratud mitteregistreerunud isikutest. Kuigi perearstisüsteem valdavas enamuses on rahuldavalt käivitunud, on ka antud valdkonnas siiski tervishoiuteenuse kättesaadavusega seonduvad probleemid. Nimelt kui suurtes keskustes (eelkõige linnades) eksisteerivad hästi toimivad perearstikeskused, ei ole sama teenus kättesaadav maapiirkondades, kuna perearste on vähe ning perearst ei taha töötada piirkonnas, kus nimistu on väike. Olemasoleva süsteemi tulemusena ei ole väikese nimistuga tagatavad haigekassa poolt perearstile makstavad summad piisavad näit. arstikabineti pidamiseks vajalike kulude katteks, vajaliku aparatuuri soetamiseks jms. Kehtiv seadusandlus ei võimalda aga äriühingu vormis tegutseval perearstil kehtestada patsiendile mistahes, tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevate kulude katteks ja oma tegevuse majandamiseks (häda)vajalikke makse. Ka ei ole kohalikel omavalitsustel kohustust perearste toetada. Eraldatult tegutsevatel teenuseosutajatel on piiratud võimalused teenuste kättesaadavuse tagamisel – seda näit ajutiste asendamiste korraldamisel perearsti koolituste, puhkuste jm korral.

Probleemne on ka üldarstiabi halb kättesaadavus perearstide töövälisel ajal erakorraliste, kuid sisult esmatasandil ravitavate haigestumiste puhul. Seetõttu koormatakse haiglata

⁵⁵ Sotsiaalministeeriumi dokument „Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2006-2008” September 2006 Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalne_kasatus/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklikud_aruanded/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklik_aruanne_2006-2008.pdf (11.05.2010)

erakorralise meditsiini osakondi ja kiirabi, mis aga omakorda raiskab antud raviressurssi⁵⁶.

Ka eriarstiabi üheks suuremaks probleemiks on selle kättesaadavus, mis väljendub pikkades järjekordades eriarsti juurde ning plaanilisele statsionaarsele ravile.

Arstiabi kättesaadavus mõjutab üldist rahulolu tervishoiusüsteemiga. Haigekassa arengukavas on kättesaadavuse parandamine üks olulisemaid eesmärke⁵⁷. Haigekassa mõnab, et õigeaegne ja kättesaadav ravi on kvaliteetse ravitulemuse saavutamise eelduseks, mistõttu on tervishoiuteenuste õigeaegse ja kodulähedase kättesaadavuse ehk perearsti ja eriarsti vastuvõtule pääsemise tagamine üks haigekassa tegevuse prioriteetidest.

Arstiabi kättesaadavus on inimeste jaoks kriitilise tähtsusega, mistõttu mõjutab subjektiivne hinnang kättesaadavusele oluliselt ka üldist rahulolu tervisesüsteemiga. Haigekassa on avaldanud⁵⁸, et tervishoiuteenuse kättesaadavust mõjutab teenuse ostmiseks vajaliku raha hulk ja teenuseosutajate suutlikkus soovitud mahus teenust pakkuda. Mõlemal juhul on mõõdikuks ooteaja pikkus, mis omakorda mõjutab kindlustatute rahulolu.

Nii nagu varasematel aastatel, nii ka 2009. aastal pidas Eesti Haigekassa aasta suurimaks väljakutseks tagada kitsastes majandusoludes arstiabi kättesaadavus⁵⁹.

⁵⁶ M. Žmenja magistr töö teemal „E-tervis ja õigus”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/10062/10569/1/zmenjamarika.pdf> (30.05.2010)

⁵⁷ Informatsioon Eesti Haigekassa 2008. aasta majandusaasta aruandest. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008_allkirjadega.pdf (06.04.2010)

⁵⁸ Informatsioon Eesti Haigekassa 2009. aasta majandusaasta aruandest. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/Eesti_Haigekassa_majandusaasta_aruanne_2009.pdf (06.04.2010)

⁵⁹ Informatsioon Eesti Haigekassa 2009. aasta majandusaasta aruandest. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/Eesti_Haigekassa_majandusaasta_aruanne_2009.pdf (06.04.2010)

2009. aastal läbiviidud uuringutulemustest⁶⁰ nähtuvalt koges probleeme või tõrkeid viimasel eriarsti poole pöördumisel 24% inimestest. Kõige sagedamini nimetati selliste probleemidena pikka järjekorda arsti juurde saamiseks (88% probleeme / tõrkeid kogenutest). Sagedamini kurdeti ka selle üle, et eriarsti vastuvõtt on tasuline (9%), et eriarstiabi asub kaugel (8%) või et eriarst on harva kohal või võtab harva vastu (6%).

Perioodil 2005 – 2009 oli elanike rahulolu arstiabi kättesaadavusega kõrgeim aastal 2007, mil arstiabi kättesaadavust hindas heaks või pigem heaks 60% eestimaalastest⁶¹. 2009. aastal läbiviidud uuring ei näidanud võrreldes 2008. aastaga järjekordade lühenemist. Inimesi, kes pidid eriarsti vastuvõttu ootama enam kui kuu aega, oli võrreldes teiste piirkondadega enam Tallinnas (38%), vanuserühmade võrdluses kõige enam 50-aastaste ning eakamate seas (40%). Seega töid läbiviidud uuringu tulemused tervishoiuteenuse kättesaadavusega mitterahuloleku põhjustena välja selle kõik elemendid – nii ajalise, rahalise kui geograafilise.

Eeltoodud uuringu tulemusi kinnitab ka Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks⁶² (ingl k *Euro Health Consumer Index*, EHCI), mille järgi langes Eesti Euroopa tervishoiusüsteemide seas 11. kohalt (2008. aastal) 18. kohale. ELi tervishoiusüsteemide iga-aastase uuringu kohaselt paigutus Eesti 2009. aastal 33 riigi seas 18. kohale. Eesti, milline varasematel aastatel on olnud uute ELi liikmesriikidega võrreldes erakordselt edukas parima hinna ja kvaliteedi suhte kategoorias, langes 2009. aastal järsult ning kaotas koha ELi parimate tervishoiusüsteemide hulgas⁶³. Võrreldes 2008. aastaga

⁶⁰ Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi tellimisel Turu-Uuringute AS-i poolt läbiviidud uuring “Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Patsiendi_rahul_olu_uuring_2009.pdf (14.04.2010)

⁶¹ Samas (viide 60)

⁶² Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks (EHCI) on kujunenud e hindamise standardiks. Indeksiga seatakse 33 Euroopa riiklikku tervishoiusüsteemi 38 näitaja alusel pingeritta kuues tervishoiuteenuste tarbija jaoks olulises valdkonnas: patsiendiõigused ja –info, e-tervishoid, ravi ooteajad, ravitulemused, osutatavate teenuste ulatus ja võimalused ning ravimite kättesaadavus. Indeks koostatakse riiklike statistika, patsiendiküsitluste ning indeksi looja, Brüsselis asuva ekspertkeskuse Health Consumer Powerhouse`i sõltumatute uuringute alusel. 2009. aasta tervishoiuteenuste tarbijaindeks esindab tarbijakeskset ning seda toetab Euroopa Komisjoni infoühiskonna ja meedia peadirektoraat (e-tervishoid) koos ELi eesistujariigi Rootsiaga

⁶³ Indeksi järgi jääb Eesti alla Tšehhi Vabariigile, edestades aga Ungarit ja Hispaaniat

halvenesid Eesti näitajad ooteaegade pikenemises ning uute ravimite hüvitamise heakskiitmises.

Alljärgnevalt on analüüsitud tervishoiuteenuse kättesaadavusega seonduvaid küsimusi eraldi läbi kättesaadavuse kolme elemendi.

2.2.1 Tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus

Tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse sisuks on ooteaeg ehk ravijärjekorra pikkus tervishoiuteenuse saamiseks⁶⁴. Ravijärjekord tekib, kui vajadused on suuremad reaalistest võimalustest neid vajadusi rahuldada. Ravijärjekord tähendab kriisi(situatsiooni) eelkõige patsiendile, tuues kaasa tema elukvaliteedi languse⁶⁵.

Teadolevalt ei esine tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse probleeme ja pikki ootejärjekordi üldarstiabis, vaid seonduv ennekõike pääsuga eriarsti vastuvõtule. Sellest tulenevalt puudutab edasine tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse analüüs just eriarstiabiga seonduvat.

Tervishoiuteenuse kättesaadavuse üldnõuded⁶⁶ (§ 3 lg 1) näevad ette tervishoiuteenuse osutamist ravijärjekorra alusel juhul, kui tervishoiuteenuse osutajal puudub võimalus antud teenust osutada kohe ning tingimusel, et tervishoiuteenuse osutamise edasilükkamine kindlaksmääratud tähtajani ei põhjusta patsiendi tervise seisundi halvenemist, ei mõjuta haiguse kulgu ega halvenda haiguse hilisemat prognoosi.

Igaüks, kelle tervislik seisund perearsti hinnangul vajab eriarsti-poolset kontrolli, puutub edasiselt kokku asjaajamisega ehk ravijärjekorda registreerimisega. Harvad ei ole Eesti

⁶⁴ Sotsiaalministeeriumi dokument „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet24veebr2005.pdf (15.02.2010)

⁶⁵ R. Allikvee ettekanne arstiabi kättesaadavusest ja ravijärjekordadest. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kliinikum.ee/doc/kliin_konv/ralf_allikveet.ppt (21.05.2010)

⁶⁶ Sotsiaalministri 21. augusti 2008.a määrusega nr 46 kinnitatud “Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded”. Avaldatud: RTL 2008, 73, 1019

tervishoiukorralduses juhud, kus suunatud eriarsti vastuvõtule ei ole võimalik koheselt registreeruda ehk patsient peab esmalt ootama aega, mil tal avaneb reaalne võimalus eriarsti vastuvõtule registreerimiseks, seejärel ootama aega, mil järjekord temani jõuab.

Eriarsti vastuvõtule registreerimisprotsessis ei osale professionaalne meedik, hindamaks eelpool toodud kriteeriume selle kohta, kas patsiendile tervishoiuteenuse osutamise edasilükkamine kindlaksmääratud tähtajani võiks põhjustada patsiendi tervise seisundi halvenemist, mõjutada haiguse kulgu või halvenda haiguse hilisemat prognoosi. Perearsti kontrolli alt on patsient saatelehe saades välja läinud, eriarsti kontrolli alla ei ole ta aga veel jõudnud ja võib juhtuda, et ei jõua niipea. Seetõttu näitasidki 2009.a läbiviidud uuringutulemused⁶⁷, et inimestest, kes ei saanud viimasel registreerimisel eriarsti vastuvõtule sobivat aega, märkis 24%, et nende tervislik seisund selle tagajärjel halvenes.

Igaüks meist soovib saada professionaalselt teenust parimalt tervishoiuteenuse osutajalt. Parimaks muudab meediku lisaks teoreetilistele teadmistele suur praktika ja kogemused. Nii soovitabki perearst või soovib teadlik patsient ise edasist teenust saada tunnustatud meditsiinasutustelt ja selle tunnustatud eriarstidelt. Paratamatult tekitab selline nõudlus aga lühema või pikema ooteajaga. Antud põhjusel, kus soovitakse pääseda enimnõutud eriarsti vastuvõtule, on ravijärjekorra tekkimine objektiivne paratamatus, milles ei ole kohane teha etteheiteid ei riigi tervishoiukorraldusele ega tervishoiuteenuse osutajale endale.

Magistritöö autori arvates ja arvestades Eesti Haigekassa prioriteetset eesmärki tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks tuleks haigekassal üle vaadata tervishoiuteenuse osutajatega sõlmitud lepingumahud ning suunata tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikke rahalisi vahendeid patsientide järgi ehk nendele tervishoiuteenuste osutajatele, milliste juures on ravijärjekorrad pikemad. Samuti tuleks ümber vaadata

⁶⁷ Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi tellimisel Turu-Uuringute AS-i poolt läbiviidud uuring "Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009". Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud ja analuusid/Patsiendi rahul olu uuring_2009.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Patsiendi_rahul_olu_uuring_2009.pdf) (14.04.2009)

rahaliste vahendite jaotus haigekassa piirkondade siseselt eesmärgiga tagada tervishoiuteenuse parem kättesaadavus Eesti eri piirkondade elanikele⁶⁸.

Raviootejärjekorra valdkonnas on magistritöö autori jaoks huvipakkuv Sotsiaalministeeriumi poolt 2004. aastal tervishoiusüsteemi efektiivsema korralduse ja patsiendikesksuse suurendamise huvides algatatud „digitaalse ravijärjekorra registratuuri” projekt⁶⁹. Üleriigilise digitaalse ravijärjekorra loomise eesmärgiks on patsientide mugavam teenindamine - patsient saab valida erinevate raviasutuste vahel enda jaoks sobivaima vastuvõtuoja ja -koha, seda vajadusel muuta või tühistada.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõudeid sätestavast sotsiaalministri määruse seletuskirjast⁷⁰ nähtuvalt annab digitaalse ravijärjekorra pidamine lisavõimaluse tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule broneerida aegu ühtset veebipõhist portaali kasutades, mistõttu väheneb vajadus külastada erinevate tervishoiuteenuste osutajate kodulehekülgi saamaks infot osutatavate teenuste ja arstide kohta. Määruse eelnõu seletuskirjas toodud põhjenduste kohaselt lihtsustab selline regulatsioon tervishoiuteenuse osutajate ressursside ja ravijärjekordade kohta informatsiooni kogumist riiklikuks planeerimiseks ning ravijärjekordade juhtimiseks. Digitaalne ravijärjekord võimaldab jälgida aja broneeringute tegelikku kasutamist ning saada reaajas ülevaade ravijärjekordade tegelikust pikkusest erialade, tervishoiuasutuste ja arstide ning teiste tervishoiuresursside (nt seadmed) lõikes.

⁶⁸ Antud seisukoht tugineb Eesti Haigekassa kodulehel:

http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad/suured_stats_olevale_informatsioonile, mille kohaselt näit neurokirurgiasse TÜ Kliinikumi SA-sse peab Pärnu osakonna alla kuuluv patsient ootama 5 päeva, Viru osakonna patsient aga 245 päeva või näit otorinolarüngoloogiasse TÜ Kliinikumi SA-sse saab Pärnu osakonna patsient 5 päeva möödudes, Harju, Tartu ja Viru osakonna patsiendid aga 365 päeva pärast

⁶⁹ Antud projekt on üks osa riiklikust tervise infosüsteemist. Lisaks digitaalsele ravijärjekorra registratuurile kuuluvad nn E-tervise projekti koosseisu “digitaalne terviselugu”, “digipildid” ja “digiresept”. Loetletud projektide algatamise eesmärk oli luua riiklik tervise infosüsteem, mis tagab tervishoiuteenuste parema korralduse ja patsiendile parema teenuse kättesaadavuse

⁷⁰ Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded” eelnõu juurde magistritöö autori valduses

Ka Eesti E-tervise sihtasutuse portaalis⁷¹ on avaldatud digiregistratuuri eelised, andes patsiendile võimaluse saada põhjalik ülevaade vabadest arsti vastuvõtuaegadest üle kogu Eesti (ilma, et vabadest eriarsti vastuvõtuaegadest ülevaate saamiseks peaks kõiki raviasutusi läbi helistama). Samuti saab patsient läbi patsiendiportaali kas ise või koos üldarstiga broneerida sobiva aja soovitud arsti juurde ning vajadusel väljavalitud vastuvõtuaega ka tühistada. Digiregistratuuris saab patsient valida, kas ta soovib kasutada haigekassa poolt rahastatavaid teenuseid või tasulisi. Samuti saab digiregistratuuris maksta visiiditasusid. Digiregistratuur peaks jõudma selleni, et vastavasse süsteemi liidetakse kõik tervishoiuteenuste osutajate registratuurid, võimaldades nii patsiendil kui ka arstil leida digiregistratuuri kaudu sobiv vastuvõtuaeg soovitud arsti juurde, valides nii haigekassa poolt rahastatavate kui ka tasuliste teenuste vahel^{72,73}. Sotsiaalministri määrusega kehtestatud üleriigiline digitaalne ravijärjekorra broneerimiskeskond võimaldab seega patsiendil mugavamalt ja väiksema ajakuluga leida endale sobiv tervishoiuteenuse osutaja ja / või arst.

Sotsiaalministri määrus nägi ette digitaalse ravijärjekorra toimimahakkamise ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamiseks alates 1. jaanuarist 2009 ning statsionaarse tervishoiuteenuse osutamiseks alates 1. jaanuarist 2010 (määruse § 8 lg 2). Mõlemad õiguslikul tasandil reguleeritud tähtpäevad on tänaseks saabunud, kuid magistritöö autorile teadaolevalt ei ühtlustu erinevate tervishoiuteenuse osutajate poolt peetavad digiregistratuurid omavahel, mistõttu ei täida see kogu oma eesmärki.

Eesti on Euroopa Liidu liikmesriikide seas silma paistnud oma innovaatiliste e-lahendustega, kuid ülalkäsitletud, digitaalse ravijärjekorra pidamises tervishoiuteenuse kättesaadavuse seisukohalt näeb autor positiivsete aspektide kõrval ka mõningaid kitsaskohti. On paratamatus, et enam tervishoiuteenuseid vajavad eakad inimesed – seega puutuvad ennekõike just nemad kokku vajadusega registreeruda soovitud

⁷¹ Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.digilugu.ee/portal/page/portal/Digilugu/ETerviseProjektid/Digiregistratuur> (09.05.2010)

⁷² ETK internetiportaali artikkel „Uue aasta algusest jõustuvad muudatused Eesti tervishoius puudutavad iga inimest.” Arvutivõrgus kättesaadav. <http://www.etk.ee/index.php?id=379> (09.05.2010)

⁷³ Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded” eelnõu juurde magistritöö autori valduses

tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule. Aastate jooksul juurdunud praktika tervishoiuteenuse osutaja juurde registreerimiseks kas telefoni teel või tervishoiuteenuse osutaja tegevuskohas registreerides, on patsiendi jaoks üks läbitud etapp arsti juurde jõudmiseks. Digitaalse ravijärjekorra puhul on suurele osale patsientkonnast loodud aga teatavad lisatakistused tervishoiuteenuse saamiseks – esmalt eeldab ravijärjekorda registreerimine ID-kaardi olemasolu; teiseks on patsiendil vajalik IT-riistvara olemasolu ning kolmandaks peab patsient omama vastava tark- ja riistvara kasutamiseks vajalikke oskusi – seda kõike selleks, et registreeruda ravijärjekorda tervishoiuteenuse saamiseks.

Digiregistratuuri vahendusel tervishoiuteenuse kättesaadavuses näeb magistritöö autor ohtu, kus tervishoiuteenus võiks patsiendile (ajutiselt) muutuda üldse kättesaamatuks – seda nii ajalisest, rahalisest kui geograafilisest aspektist ja juhul, kui vastav digiregistratuuri IT-lahendus tõrgub nõuetekohaselt töötamast. Sellisel juhul annab küll sotsiaalministri määrus võimaluse registreerida ennast ravijärjekorda endisel viisil – kas raviasutuse registratuuris kohapeal või telefoni teel. Seetõttu peabki autor tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks oluliseks, et ravijärjekorra pidamine jääks ka tulevikus toimuma digitaalse ravijärjekorra kõrval⁷⁴ seni väljakujunenud meetoditel ehk kas tervishoiuteenuse osutaja tegevuskohas kohapeal, telefoni või ka e-posti vahendusel registreerides.

Tervishoiuteenuse kättesaadavust reguleeriv määrus deklareerib ühelt poolt patsiendi õigust saada vajalikku tervishoiuteenust minimaalse aja jooksul pärast ravijärjekorda registreerimist, teisest küljest lähtudes põhimõttest, et sarnase meditsiinilise vajadusega patsientidele osutatakse tervishoiuteenust samasugustel tingimustel. Seatud tingimused tervishoiuteenuse kättesaadavusel „minimaalse aja jooksul” annavad selle tõlgenduseks piisavalt laiad võimalused, millise tõlgendusruum patsiendi, tervishoiuteenuse osutaja ja ravi rahastava haigekassa kolmnurgas on kindlasti erinevalt sisustatavad.

⁷⁴ Erinevalt digiresepti-süsteemist, kus IT-alaste tõrgete tõttu puudub patsientidel aeg-ajalt võimalus ravimite saamiseks

Tervishoiuteenuse kättesaadavuse „minimaalse aja” määratlusele vastandub kättesaadavuse maksimaalne aeg oluliselt konkreetsemalt. Ravikindlustuse seadusele⁷⁵ tuginedes on Eesti Haigekassa kehtestanud üheselt arusaadavad ravijärjekordade maksimumpikkused⁷⁶. Eesti Haigekassa poolt kehtestatuna ei tohi ravijärjekorra maksimumpikkus ambulatoorse eriarstiabi puhul üldjuhul⁷⁷ ületada 6 nädalat ehk siis 42 päeva^{78,79}. Haigekassa enda imperatiivne regulatsioon ei ole aga sageli kooskõlas ravijärjekordade tegeliku pikkusega. Nii näiteks ei haaku Eesti Haigekassa nõukogu otsusega TÜ Kliinikumi SA neurokirurgia 115-päevased ambulatoorsed järjekorrad; neuroloogi ambulatoorsele vastuvõtule pääsemiseks TÜ Kliinikumi SA-sse tuleb oodata 146 päeva, oftalmoloogi vastuvõtule samasse, TÜ Kliinikumi SA-sse 170 päeva ning endokrinoloogi vastuvõtule Lääne-Tallinna Keskhaigla AS-i näit 135 päeva⁸⁰.

Ravijärjekorra maksimumpikkus statsionaarse eriarstiabi saamiseks haigekassa poolt kehtestatuna on 8 kuud ehk keskmiselt 244 päeva⁸¹. Ka haigekassa kehtestatud maksimaalse ravijärjekorra tähtaeg võrrelduna „suurte haiglate” andmete alusel, ei kohaldu praktikas alati vastavalt. Nii näiteks tuleb otorinolarüngoloogias statsionaarsele ravile pääsemiseks olla ravijärjekorras TÜ Kliinikumis 365 päeva, sünnitusgünekoloogias TÜ Kliinikumi aga 275 päeva⁸².

Eeltoodud näitlikud andmed ravijärjekorra tegelikust pikkusest ei peegelda küll tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse üldseisu, kuid on konkreetse tervishoiuteenuse valdkonnas siiski mõtlemapanevad faktid.

⁷⁵ RT I 2002,62,377

⁷⁶ Eesti Haigekassa 06. märtsi 2009.a otsus nr 4 – “Ravijärjekordade maksimumpikkused”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_04%20ravijärjekorra%20pikkus.pdf

⁷⁷ Välja arvatud päevakirurgia (päevaravi) ja viljatusravi

⁷⁸ Eesti Haigekassa poolt avaldatuna oli ravijärjekorras ootajate protsent, kes pääsevad eriarsti vastuvõtule ravijärjekorra maksimumpikkuse piires 2009. aastal 46,6% - 60,4%

⁷⁹ Seletuskirjast sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuse kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded” eelnõu on rõhutatud, et ravijärjekord ei tohi erialati ületada „Ravikindlustuse seaduse” § 38 lõike 3 alusel Eesti Haigekassa nõukogu poolt kinnitatud ravijärjekordade maksimumpikkusi. Seletuskirja tekst

⁸⁰ Andmed arvutivõrgus kättesaadavad: http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad/suured_amb/ (27.05.2010)

⁸¹ Välja arvatud juhul, kui planeeritud ravi lükkub edasi kindlustatud isiku tervislikust seisundist olenevatel põhjustel

⁸² Kõik eelpool avaldatud ravijärjekordade statistilised andmed nii ambulatoorse kui statsionaarse eriarstiabi kohta põhinevad Eesti Haigekassa kodulehel olevatel andmetel seisuga 1. mai 2010

Kuigi tervishoiuteenuste kättesaadavuse määрусega on kehtestatud üldnõue, mille kohaselt peab ravijärjekorda registreeritud patsient saama vajaliku ravi minimaalse aja jooksul, on küsitav, kas mõistlikuks saab pidada haigekassa nõukogu poolt kehtestatud ajaraame, mille kohaselt ei tohi ravijärjekorra maksimumpikkus plaaniliseks raviks ületada näiteks katarakti operatsioonile pääsemiseks 1,5 aastat; suurte liigete endoproteesimise korral aga 2,5 aastat. Ka on mõtlemapanevad kurgu-nina-kõrvahaiguste operatsioonile pääsemise 2-aastane ravijärjekord ning silma sarvkesta siirdamise korral 3 aastat^{83,84}. Pikad ravijärjekorrad on probleem eelkõige abi ootavale patsiendile, kuid tekitavad pingeid ka raviasutustele. Mida pikemad on ravijärjekorrad, seda tõenäolisem on, et plaanilised ravijärjekorda registreeritud patsiendid saavad vahepeal mujalt abi, tervenevad või loobuvad muul põhjusel arstiabist. See aga raskendab omakorda raviasutustel oma töö planeerimist ja korraldamist⁸⁵.

Põhjused ravijärjekorra tekkimiseks on erinevad. Üheks ja oluliseks põhjuseks pikaajalise ravijärjekorra tekkimises on patsiendi soov pääseda konkreetse arsti vastuvõtule. Samuti tekitab ravijärjekordi tervishoiuteenuse osutaja asukoht⁸⁶. Olulisim põhjus pikkade ravijärjekordade tekkimises on aga seotud tervishoiuteenuse rahastamisest tingitud põhjustega, mis leiab käsitlemist allpool.

Eelpool toodud ülevaate valguses ja tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse käsitluses näeb magistr töö autor Eesti patsiendiõiguste parandamise teoreetilise väljundina tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi kaasabi, andmaks patsientidele võimaluse valida – kas oodata oma aega Eestis soovitud tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule või

⁸³ Haigekassa nõukogu 6. märtsi 2009 otsuse nr 4 p 6 tulenevalt on loetletud jmt haigekassa otsuses märgitud haiguste korral ravivajaduse näidustuse hindamiseks eriarstide poolt võetud kasutusele ravivajaduse hindamise ühtsed protokollid, mille alusel garanteeritakse suurema vajadusega kindlustatud isikutele maksimumpikkusest lühemad ooteajad.

⁸⁴ Tarbija24.ee portaalis olevast artiklist „Ravijärjekorrad on ja jäävad” on vahendatud Eesti Haigekassa juhatuse esimehe, hr Danilovi seisukohta, mille kohaselt inimesed arvavad, et arsti juurde peab saama kohe. Haigekassa lähtub aga kriteeriumist, et eriarsti juurde peab patsient pääsema kuni kuu ajaga. Artikkel arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tarbija24.ee/?id=59529> (09.05.10)

⁸⁵ Kokkuvõtte Riigikontrolli auditist „ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine” Arvutivõrgus kättesaadav: http://eesitarst.ee/static/files/004/ravijarjekorrad_korda.pdf (10.05.2010)

⁸⁶ Näit on TÜ Kliinikumis pikemad ravijärjekorrad tingitud põhjusest, et terves Lõuna-Eestis pole neile suurt alternatiivi, mistõttu tingibki monopoolne seis pikemad järjekorrad

leida 26 teise liikmesriigi tervishoiuteenuste osutajate seast võimalus ajaliselt kiirema abi saamiseks. Kas ja millist praktilist mõju direktiivi eelnõu tervishoiuteenuse ajalisele kättesaadavusele avaldab, on käsitletud magistritöö III peatükis.

2.2.2 Tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus

Tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse käsitlest tulenevalt haakub /samastub tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus sama teenuse rahalise kättesaadavusega – seda juhul, kui pikad ravijärjekorrad ei ole tingitud patsiendi soovist pääseda konkreetse tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule või kui pikkade ravijärjekordade tekkimise aluseks ei ole tervishoiuteenuse osutaja geograafiline asukoht, tekitamaks tema monopoolse seisundi⁸⁷.

Eesti-sisese tervishoiuteenuse kättesaadavuse käsitlest nähtub aga, et enim mõjutavad tervishoiuteenuse kättesaadavust rahalised tegurid. Haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahelised lepingumahud on piiratud, põhjustades pikki ravijärjekordi nii ambulatoorse kui statsionaarse tervishoiuteenuse saamiseks⁸⁸. Samuti on nenditud, et kuna ravikindlustuse eelarvet on kärbitud sotsiaalmaksu alalaekumisel, on sellel mõju ka arstiabi kättesaadavusele⁸⁹.

Eesti tervishoiu rahastamissüsteem tugineb peamiselt otsesele tööjõu maksustamisele. Umbes 2/3 kogu tervishoiu rahastamisest tuleb sihtotstarbelisest tööjõu maksustamisest läbi sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, ligi kümnendik mujalt riigieelarvest ja veidi alla veerandi patsientide omaosalusena.

Eesti ravikindlustus põhineb solidaarsusel, mis tähendab, et haigestumise korral ei sõltu teenuste kättesaadavus ja tervishoiukulude tasumine sellest, kui palju on konkreetse

⁸⁷ Nii nagu seda on lõuna-Eesti piirkonnas TÜ Kliinikum

⁸⁸ Eesti Päevalehe artikkel „Pikimad ravijärjekorrad ulatuvad detsembrisse” 22.07.2009. Arutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/473991> (19.05.2010)

⁸⁹ samas

inimese eest makstud sotsiaalmaksu; samuti seda, et töötavate inimeste eest makstud sotsiaalmaksust kaetakse ka nende inimeste ravi, kes ei tööta.

Ravikindlustus, mida korraldab Eesti Haigekassa, on kogu tervishoiusüsteemi peamine rahastamisallikas, kuid lisaks finantseerib riik üldistest maksudest ravikindlustamata isikute vältimatu arstiabi osutamist, kiirabi teenust, haiguste ennetamise ja terviseedenduse programme jms.

Eesti tervishoiu rahastamispoliitika ja sellega kaasnevad probleemid on läbivalt aktuaalsed. Korduvalt on avaldatud, et olemasolev ravikindlustussüsteem ei taga patsientidele õiglast, kvaliteetset ja kättesaadavat tervishoiuteenust, sest süsteemi peab üleval ligikaudu 680 000 inimest ehk 54% kindlustatud isikutest⁹⁰, kusjuures Eestis on ravikindlustusega hõlmatud 95,4% inimestest.⁹¹

Kui võrrelda Eesti ja Soome erasektori kulusid⁹² tervishoiule ning sh isikute omaosalust, siis nähtub, et Soomes, kus erasektori kulud kogu tervishoiukuludest moodustavad 22,2% ning sellest omakorda 80% moodustab inimese omaosalus. Eestis oli see vastavalt 23,1% ja 88,7%. Inimeste sissetulekute erinevused on aga kordades Eestis väiksemad – nii oli Soomes 2005.a. keskmine kuupalk tööstuses ja teeninduses 41 610 krooni ja Eesti tööstuses 7 526 krooni.⁹³

⁹⁰ Eesti Haigekassa Harju osakonna direktori, hr A. Viik'i ettekanne „Eesti Haigekassa”. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses

⁹¹ Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (09.05.2010)

⁹² Vastavalt WHO klassifikaatorile jagunevad erasektori kulutused tervishoiule vastavalt finantseerimisallikatele – (1) sotsiaalkindlustus erasektoris; (2) erakindlustus (kindlustusseltside kaudu); (3) inimeste omaosalus; (4) mittetulundusühingud) ja (5) eraettevõtted

⁹³ Riigikogu Kantselei õigus ja analüüsiosakonna arvamus „Ravikindlustuse lisakindlustuse loomine” 26.02.2009 Arvutivõrgus kättesaadav: www.riigikogu.ee/doc.php?53042 (26.05.2010)

Majanduslanguse tingimustes on märkimisväärselt vähenenud sotsiaalmaksu maksjate arv, palkade alandamisega on vähenenud laekunud sotsiaalmaksusummad ka neilt, kelle töökoht säilinud on^{94,95}.

Tervishoiukulude osatähtsus Eesti sisemajanduse koguproduktist on madal ja selle peamine põhjus on vähene avaliku sektori-poolne rahastamine. Eesti avaliku sektori kulutused tervishoiule on 4,03% SKTst, mis on üks väiksemaid EL-s (nt Rumeenias 3,37%, kuid Prantsusmaal, Saksamaal ja Norras on vastav protsent üle 8)⁹⁶. Teiste riikide panus tervishoiule on Eestiga võrreldes kahekordne. Selline süsteem ei taga tervishoiu jätkusuutlikkust.

Ka WHO on tõdenud, et praegune Eesti tervishoiu rahastamissüsteem ei ole pikas perspektiivis elujõuline ja vajab elus püsimiseks laiemaid muudatusi maksusüsteemis. WHO peab oluliseks suurendada just avalikku rahastust, mitte jätta veelgi suuremat koormust haigete inimeste endi kanda, arvestades, et praegu on Eesti inimeste omaosalus ravimite ja hambaravi eest tasumisel üks Euroopa suurematest ka rikaste riikidega võrreldes ning selle all kannatavad just need, kellele on raha vähem või kes on haigemad^{97,98}.

Eestis on võrreldes Soome ja Rootsi tervishoiukulud ühe elaniku kohta viis korda väiksemad, kuid omaosalus raviteenuste eest tasumisel on suurem kui Põhjamaades.

⁹⁴ Maksu- ja Tolliameti kontole laekus seisuga 14.02.2010 sotsiaalmaksu ligi 19% vähem kui möödunud aasta samal ajal; 2010. aasta jaanuaris laekus sotsiaalmaksu eelarvesse 8,7% vähem kui 2009. aastal samal ajal. 2010. aasta riigieelarvesse on ette nähtud, et sotsiaalmaksu laekumine jääb 2009. aasta omale alla vaid 4%, mis magistratöö autori arvates ja olemasolevate reaalsete arvude alusel ei ole reaalne. Informatsioon pärineb aripaev.ee artiklist „Veebruari sotsiaalmaksu laekumine: – 19%”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ap3.ee/?PublicationId=ebee57f2-c616-4347-bda5-2e3919f7eb3d> (21.05.2010)

⁹⁵ Informatsioon XI Riigikogu VII istungjärgu stenogrammist 22.03.2010 päevakorrapunktist „Sotsiaalmaksu laekumine ja kasutamine”

⁹⁶ CIA World Factbook (2007); United Nations Population Division, DESA (2006); WHO „The World Health Report 2007”, WHO „World health Report 2006:NHA Rations and Per Capital levels (2004)” Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.aarpinternational.org/map_country/map_country_show.htm?doc_id=545816 (19.12.2009)

⁹⁷ S., Thomson, A. Võrk, T. Habicht, L. Roosväli, T. Evetovits, J. Habicht “Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikuse tagamiseks”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/E93445_in_Estonian.pdf (02.03.2010)

⁹⁸ WHO tervishoiu rahastamise vanemspetsialisti Tamas Evetovitsi seisukoht artiklis „WHO: haigekassa vajab lisaraha” EPL 05.03.2010

Võrreldes jõukate naaberriikidega külastavad Eesti patsiendid sagedamini arste ambulatoorselt (aasta jooksul 6,2 visiiti elaniku kohta/ Rootsis – 2,8 korda ja Soomes 4,3 korda); haiglas aga viibivad Eesti patsiendid sama palju kui Rootsis ja Soomes. Seega on Eesti arstide töökoormus ambulatoorses ravis oluliselt suurem kui Põhjamaades⁹⁹.

Avaliku sektori madalad tervishoiukulud toovad kaasa patsientide omaosaluse osatähtsuse suurenemise tervishoiu rahastamisel. Avaliku ja erarahastamise tasakaalu muutumine eelkõige omaosaluse suurenemise kaudu võib aga tervisesüsteemi toimivust ohustada, sest (1) ravikindlustushüvitiste ühtse juhtimise vähendamine suurendab ebaefektiivsust; (2) omaosaluse suurendamine raskendab eakamate ja vaesemate inimeste toimetulekut, (3) kindlustuskaitse puudumine ja omaosaluse suurendamine ohustavad põhimõtet, mille kohaselt peab tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuma vajadusest, mitte maksevõimest¹⁰⁰. Omaosaluse suurenemise tõttu on vähenenud finantskaitse, mille eesmärk on tagada, et üksikisikud ja perekonnad ei langeks vaesusesse halva tervise tõttu või tervishoiuteenuste kasutamise tulemusel ning õiglus tervishoiu rahastamisel.

Inimeste endi vahetu rahaline panustamine tervishoiuteenuste kasutamisel (omaosalus) on 21. sajandil Eestis märkimisväärselt kasvanud. Omaosaluse kasv on suhteliselt suurem koorem väiksema sissetulekuga inimeste jaoks. Elanike endi poolt otse teenuse kasutamise kohas makstud raha moodustab Eesti kõikidest tervishoiukulutustest orienteeruvalt veerandi, kusjuures avaliku sektori panuse kasv jõukail aastail pole seda suhet muutnud. Eesti elanike kulutused tervishoiule on kasvanud samas tempos tervishoiu üldise rahastamise kasvuga. Samal ajal osades valdkondades (näit taastusravis) on omaosaluse kasv kolm korda kiirem kui tervishoiu tervikuna. See viitab selgelt ohule, et süsteemi tasakaalustamata arendamise tulemuseks on vähemalt osade elanike jaoks tervishoiuteenuse kättesaamatuks muutumine. Seda kinnitab üsna selgelt

⁹⁹ A. Aaviksoo, R. Kiiwet, G. Paat, J. Saluste „Eesti patsiendi minevikuvõidud ja tulevikuvõimalused“ Poliitikauuringute Keskuse Praxis väljaanne nr 3/2009 Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanike%C3%BChiskond/Kodanike_ja_poliitikakujundajate_dialoog_V%C3%9CF_/praxis_11_16b.pdf (07.04.2010)

¹⁰⁰ S. Thomson, A. Vörk, T. Habicht, L. Roováli, T. Evetovits, J. Habicht „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks“. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/E93445_in_Estonian.pdf (02.03.2010)

hambaraviteenuste ning ravimikulutuste kasutuse inimeste sissetulekust. Nende puhul on tegemist kõige suurema omaosaluse kuluallikatega^{101,102}.

Tervisesüsteemi rahaline jätkusuutlikkus on Eesti tervisepoliitika keskmes olnud alati, kuid hiljutine finantskriis on tõstnud selle esmatähtsaks poliitiliseks küsimuseks mitte ainult Eestis, vaid kogu maailmas.

Ravikindlustuse olemasolu on tähtsaim tegur Eestis tervishoiuteenusteni jõudmisel. Arvestades Eesti tervishoiu finantseerimise ja korraldamise põhimõtteid, on vähemalt seni üldine majandusolukord mõjuriks, kas inimestel on võimalus saada meditsiiniabi või mitte. Ilma tervishoiusektori rahastamise suurendamiseta ei ole muudatusi ning patsiendikesksuse parandamist Eesti tervishoiusüsteemis ette näha.

Rahaliste vahendite piiratus ühelt poolt ja teiselt poolt patsientide kasvanud ootused uute võimaluste juures on tekitanud vajaduse leida lahendusi piiratud rahaliste vahendite võimalikult otstarbekaks kasutamiseks, tagamaks efektiivsemat, kvaliteetsemat, õigeaegsemat ja kättesaadavam tervishoiuteenust võimalikult paljudele.

Tervishoiusektori iga-aastaseks prioriteedipoliitikaks on arstiabi kättesaadavuse parandamine¹⁰³, mille raames jätkatakse pingutusi ravijärjekordade lühendamiseks ning korrastamiseks eriarstias. Selleks suunatakse igal aastal lisavahendeid just nende teenuste rahastamisele, kus järjekorrad on pikemad. Paratamatus on aga see, et eelnevalt töös käsitletud põhjustel ja Eesti maksupoliitikast lähtudes ei ole riigil siiski piisavalt

¹⁰¹ A. Aaviksoo, R. Kiivet, G. Paat, J. Saluste „Eesti patsiendi minevikuvõidud ja tulevikuvõimalused“ Poliitikauuringute Keskuse Praxis väljaanne nr. 3/2009
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanike%C3%BChiskond/Kodanike_ja_poliitikakujundajate_dialog_V%C3%9CF/praxis_11_16b.pdf (07.04.2010)

¹⁰² Tõrkeid või probleeme hambaarsti poole pöördumisel tõdesid patsiendid ka Sotsiaalministeeriumi uuringus „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009“, nimetades probleemidena kõige sagedamini seda, et hambaarsti vastuvõtt on tasuline, kallis või et arsti juurde saamiseks on pikk järjekord. Samu probleeme on inimesed esile toonud ka eelnevatel aastatel

¹⁰³ Antud väidet toetab nt Euroopa Liidu avatud koordineerimise meetodi raames koostatud „Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2006-2008). Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.caritas.ee/s/img/Sotsiaalse%20kaasatuse%20failid/sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklik_aruanne_2006-2008.rtf (11.05.2010)

rahalisi vahendeid, et tagada patsientidele vajaliku tervishoiuteenuse saamine ilma (sageli kuudesse või ka aastatesse) ulatuva ootejärjekorrata^{104,105}.

Magistritöö autor on seisukohal, et üheks tervishoiukorralduse finantsmõju parandavaks võimaluseks võiks olla piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu rakendamine tulevikus – seda kahest aspektist. Esimesel juhul saaks riik tervishoiukulusid kokku hoida nendes tervishoiuteenuse valdkondades, mis teistes liikmesriikides on odavamad, korraldades Eesti patsientidele vastava teenuse osutamise nende tervishoiuteenuste osutajate juures (seda küll direktiivi eelnõu määratluses vaid vabatahtlikkuse alusel); Teisel juhul on aga oluline hinnata Eesti tervishoiusüsteemi valmidust direktiivi eelnõu rakendamiseks ning tõsta huvi Eesti tervishoiusüsteemi vastu, et aktiivselt pakkuda kvaliteetseid teenuseid teiste ELi liikmesriikide kodanikele.

Oluline on tervishoiu suurema rahastamise ning parema ravi- ja teeninduskvaliteediga kasvatada nii eestlaste kui teiste EL liikmesriikide kodanike usaldust Eesti riigi tervishoiusüsteemi vastu. Kas aga direktiivi eelnõu aitab kaasa ja parandab Eesti patsientide võimalusi tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel rahalisele kättesaadavuse aspektist vaadatuna, püüab autor vastuseni jõuda magistritöö III peatükis.

2.2.3 Tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus

Tervishoiuteenuste geograafiline kättesaadavus Eesti tervishoiusüsteemis on piiritletud haiglavõrgu arengukava ja perearstinimistutega.

¹⁰⁴ Siinjuures peab autor just silmas riigi rahalistest võimalustest tingitud ootejärjekordi, mitte aga patsiendi soovi pääseda konkreetse arsti vastuvõtule ja sellest tingitud ootejärjekordi

¹⁰⁵ Ka Eesti Arstide Liidu volikogu viitas oma 2009.a septembri pöördumises riigikogu liikmetele ja presidendile, et majanduskriis on toonud teravalt esile Eesti tervishoiu rahastamise probleemid, mille lahendamiseks ei piisa lühiajalistest meetmetest nagu ravi hindade ja arsti palkade langetamine 2010. aastaks. Liidu hinnangul ei saa tervishoiusüsteemi finantseerimine sõltuda ainult sellest, kuidas laekub sotsiaalmaks. Ka märkis Arstide Liidu volikogu oma pöördumises, et „poliitikute väide, et hindade langetamine ei muuda arstiabi patsientide jaoks halvemaks, ei ole õige. Hind määrab teenuse sisu ja väiksema raha eest sama kvaliteetset arstiabi anda ei ole võimalik” – Eesti Päevalehe artikkel – „Arstide Liit: tervishoiu rahastamissüsteemi tuleb muuta” EPL 24.10.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/480974> (13.05.2010)

Eelnevalt tõi autor välja üldarstiabi kättesaadavust puudutavad probleemid maapiirkondades, kus perearste on vähe ning paljud üldarstid ei soovigi maapiirkonnas töötada väikese nimistu ning seega ka väheste rahaliste vahendite tõttu.

Haiglavõrgu arengukava¹⁰⁶ eesmärk on kehtestada tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate ja erihaiglate loetelu, millistega sõlmib Eesti Haigekassa ravi rahastamise lepingud vähemalt viieks aastaks. Haiglavõrgu arengukavas on kirjas soovituslikud teeninduspiirkondade suurused ehk elanike arv maakonnas, mis võimaldaksid haiglates säilitada piisava teenuste mahu, et tagada arstiabi kvaliteet ja haigla majanduslik toimetulek. Kättesaadavuse tagamiseks on mitu haiglat üldhaigla mahus jäetud alles ka maakondadesse, kus elanike arv on väiksem, kui teeninduspiirkonnas soovituslikult peaks olema.

Ravil käimise osakaal oma kodumaakonna üldhaiglas on juba täna väiksem, kui prognoositi 2015. aastaks. Mõistetavalt on sellise olukorra tinginud patsiendi usaldus pöörduda tervishoiuteenuse saamiseks suurtesse ning seeläbi kõrgekvaliteedilise tervishoiuteenuse osutaja poole^{107,108}. Magistritöö autor peab seda paratamatuks ning leiab, et tervishoiuvaldkonna kulude otstarbekamaks kasutamiseks ning samas tervishoiuteenuste parema kättesaadavuse tagamiseks oleks oluline kriitiliselt üle vaadata olemasolev haiglate võrgustik eesmärgiga ebaefektiivselt toimivad haiglad sulgeda¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Kinnitatud Vabariigi Valitusse 02.04.2003.a. määrusega nr. 103. Avaldatud RT I 2003, 35, 223

¹⁰⁷ Andmed pärinevad Riigikontrolli 2009. aasta auditist haiglavõrgu jätkusuutlikkuse kohta

¹⁰⁸ Haigekassa kodulehelt (<http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad>) nähtuvalt lepivad SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla ja SA Tallinna Lastehaigla lepingumahu kokku haigekassa iga piirkondliku osakonnaga eraldi ja nende haiglate ooteajad võivad olla erinevate piirkondade nimistus olevatele kindlustatutele nii ambulatoorse vastuvõtu kui statsionaarse ravi ja päevaravi osas erinevad; teiste haiglavõrgu arengukava haiglate ooteajad (nii ambulatoorne vastuvõtt kui statsionaarne ravi ja päevaravi) on kõigile Eesti haigekassa kindlustatutele ühised

¹⁰⁹ TÜ Kliinikumi 2010. aasta kevadkonverentsil leidis Scandinavian Care projektijuht, Göran Hellers, et Eestile piisab kuuest haiglast – kaks Tallinnas, üks kirde-Eesti vajaduste katmiseks, üks Tartus, üks Pärnus ja üks Kuressaares. Viimases oleks haiglat vaja suveperioodil suure külalstatavuse ja saarega seotud transpordiprobleemide tõttu. Kui 2000. aastal oli Rootsis üks haigla 100 000 inimese kohta, siis nüüd on üks haigla 153 000 inimese kohta; Stockholmis on aga näit üks haigla 314 000 elaniku kohta. Informatsioon pärineb artiklist „Rootsi ekspert: Eestile piisab kuuest haiglast”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.delfi.ee/news/paevauudised/eesti/rootsti-ekspert-eestile-piisab-kuuest-haiglast.d?id=31164401> (20.05.2010)

Tervishoiuteenuse kättesaadavust mõjutab küllaltki olulisel määral ka inimeste elukoht. Ambulatoorse teenuste suhtarv elaniku kohta, mis vaikselt kuid järjekindlalt on kasvanud, erineb piirkonniti kuni 40%. Antud probleemile on tähelepanu juhtinud ka EV Õiguskantsler, märkides, et elukohast kaugele jääva arsti külastamiseks ei ole ette nähtud sõidukulude hüvitamist ega ka transporditeenust haigetele, mistõttu on piiratud isikute põhiõigust tervise kaitsesele¹¹⁰.

Varem kehtinud, sotsiaalministri 22. juuni 2004.a määrusega nr 84 kinnitatud „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded”¹¹¹ nägid geograafilise kättesaadavuse tagamiseks ette eesmärgi tagada eriarstiabi kättesaadavus igast Eestimaa punktist 70 kilomeetri ehk ühe tunni autosõidu kaugusel. Kehtivatest tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuetest on selline, eriarstiabi geograafilist kättesaadavust tagav erisäte välja jäetud.

Eeltoodust nähtuvalt on eestimaalastest ravikindlustusega kaetud patsiendid seatud täna olukorda, kus nad peavad ootama võimalust tervishoiuteenuse saamiseks sageli kuid või isegi aastaid. Arvestades aga iga üksikisiku individuaalset huvi, ei peaks ka eestimaalasest patsiendid EL liikmesriigi kodanikena ootama soovitud tervishoiuteenust ei 94, 170 ega 365 päeva, rääkimata 2 või isegi 3 aastast. Alternatiiv selleks patsiendi seisukohalt on võimalus pöörduda ravile mistahes muu riigi tervishoiuteenuse osutaja poole. Antud õigus on loomulikult igal inimesel, kuid piirangud avalduvad siis, kui ravikindlustusega kaetud patsient soovib vastava teenuse hüvitamist haigekassa poolt. Alljärgnevalt ongi käsitletud piiriülese tervishoiuteenuse õiguslikke võimalusi täna Eestis kehtiva regulatsiooni alusel.

¹¹⁰ Õiguskantsleri Kantselei pressiteade 12.06.05 ”Ambulatoorne arstiabi on kättesaamatu paljudele keskustest kaugemal elavate piirkondade elanikele”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/index.php?newsID=19> (27.04.2010)

¹¹¹ RTL 2004, 90, 1413; 2007, 20, 346)

2.3 Piiriülese tervishoiuteenuse õiguslikud võimalused Eesti regulatsioonis

Ravi saamine välismaal on pärast Eesti ühinemist ELga muutunud enam kõneainet pakkuvaks. Peamised põhjused välismaale minekuks on olnud võimalus saada ravi, mida Eestis ei pakuta; välismaiste raviasutuste parem tehniline varustatus ja aparatuur; välismaal on ravi parem ja usaldusväärsem ning võimalus saada sõltumatu hinnang olemasolevale diagnoosile / ravile. Loetelus sisalduvad välismaiste raviasutuste parem tehniline varustatus ja välismaiste tervishoiuteenuse osutajate usaldusväärsus ning kõrgem kvaliteet on otseselt seotud inimeste hinnangutega ka Eesti tervishoiusüsteemile¹¹².

Vastavalt I ptk-s käsitletud EL Nõukogu määrusele (EMÜ) nr 1408/71 on haigekassa kohustatud katma teiste ELi liikmesriikide kodanike raviteenuste ja ravimite kulud¹¹³, kui vajadus ravi järele tekib Eestis viibimise ajal. Viidatud EL määrusest tulenev Eesti ravikindlustatud isikute õigus saada välismaal plaanilist ravi, on rakendatud ravikindlustuse seadusesse (RaKS)¹¹⁴ kolme võimalusena – (1) tervishoiuteenustele, mida kindlustatud isikud saavad mitterahalise hüvitistena¹¹⁵, kehtib territoriaalsuse põhimõte ehk kindlustatud inimestel on õigus saada raviteenuseid üldreeglina Eesti territooriumil. Erand sätestatakse arstiabi suhtes, millist ja millele alternatiivset tervishoiuteenuseid Eestis ei osutata, mis on kindlustatud isikule näidustatud, millel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus ning taotletava tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus on vähemalt 50% (RaKS § 27 lg 3); (2) tervishoiuteenustele, mis ravikindlustuses on rahalised hüvitised¹¹⁶, territoriaalsuse põhimõte ei kehti ning kindlustatud isiku võib ravi teostamiseks valida ka teise riigi (RaKS § 27 lg 4). Valik ei ole piiratud EL liikmesriikidega, vaid on vaba kõikide riikide osas¹¹⁷; (3) välismaal asuva

¹¹² M. Jesse. M. Couchier, R. Kruuda Riigikogu Toimetised „Arst ees, patsiendid järel?” Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.riigikogu.ee/rito/index.php?id=11239> (03.02.2010)

¹¹³ 2007. aastal moodustas see 42% ELga seotud kuludest

¹¹⁴ Avaldatud RT I 2002,62,377

¹¹⁵ st haigekassa tasub ravi eest otse raviasutusele

¹¹⁶ so tervishoiuteenus, mille eest esmalt tasub kindlustatu kogusumma raviasutusele, saades taotluse alusel hiljem täieliku või osalise kompensatsiooni haigekassalt. Selliseks teenuseks on täiskasvanute hambaravi, mida kindlustatuil oleks võimalik saada mistahes muus riigis

¹¹⁷ RaKS eelnõu seletuskirjast tulenevalt oli sellise regulatsiooni kehtestamine rahaliste hüvitiste osas otseselt mõjutatud Kohlli ja Deckeri kaasustest

tervishoiuteenuste osutaja ja haigekassa vahel sõlmitud lepingu alusel, kusjuures lepingule kohaldatakse tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhindasid ja piirmäärasid, kui haigekassa kohustub üle võtma tervishoiuteenuste loetellu kantud tervishoiuteenuste osutamise eest tasu maksmise kohustuse (RaKS § 36 lg 3).

Et Eesti ravikindlustatud patsiendile välisriigis osutatav plaaniline tervishoiuteenus haigekassa poolt hüvitatud saaks, on selleks eelnevalt vajalik taotleda haigekassalt luba, mis direktiivi eelnõu regulatsioonis on sätestatud eelloana.

Otsuse tegemisel tugineb haigekassa vastava eriala Eesti spetsialistidest koosneva konsiiliumi arvamusele, milline lähtub oma seisukoha andmisel RaKSs sätestatud tingimustest¹¹⁸. Haigekassa-poolse otsuse tegemisel välisriigis osutatava plaanilise ravi rahastamiseks võetakse arvesse ka seda, millises välisriigi raviasutuses on soovitatav ravi läbi viia ning milline on prognoos soovitud ravi rakendamisel ja mitterakendamisel¹¹⁹.

Lisaks ülalmärgitud eriarstide konsiiliumile on ka haigekassa oma otsustes välisriigis teostatud plaanilise ravi hüvitamiseks seotud RaKS-i regulatsiooniga. Kõik seadusest tulenevad alused (RaKS § 27 lg 3) välisriigis teostatud plaanilise ravi hüvitamiseks haigekassa poolt seonduvad patsiendi tervisliku seisundiga ehk haiguse olemusega, mille esimene ja prioriteetne kriteerium on, et vastavat ravi ja sellele analoogset ravi ei osutata Eestis (RaKS § 27 lg 3 p 1). Ülejäänud tingimused (RaKS § 27 lg 3 p 2 - 4) haigekassa-poolse loa saamiseks seonduvad omakorda antud esmase kriteeriumiga.

Seadusest (RaKS) tulenevalt sõltub välisriigis plaanilise ravi tasumise ülevõtmine ainult patsiendi tervislikust seisundist ehk vaid patsiendi huvidest.

¹¹⁸ RaKS § 27 „Ravikindlustushüvitise territoriaalsus”) lg 3: Haigekassa võib sõlmida lepingu kindlustatud isikule välihüvitamise ülevõtmiseks kindlustatud isiku või tema seadusliku esindaja taotluse alusel, kui: (1) taotletavat tervishoiuteenust ja sellele alternatiivseid tervishoiuteenuseid ei ole võimalik Eestis osutada; (2) taotletava tervishoiuteenuse osutamine on kindlustatud isikule näidustatud; (3) taotletaval tervishoiuteenusel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus ning (4) taotletava tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus on vähemalt 50%.

¹¹⁹ Informatsioon pärineb Eesti Haigekassa kodulehelt. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/erandkord

Saamaks ülevaadet sellest, kui suur on Eesti patsientide huvi plaanilise ravi saamiseks välismaal ning millised on reaalsed võimalused raviks välismaal Eesti Haigekassa kulul, võttis magistritöö autor vaatluse alla ajavahemiku 2006 – 2009. Vaadeldud aastad võimaldavad järeldada, et aastati on Eesti Haigekassale esitatud taotluste arv ja ravilkäinute arv olnud suhteliselt stabiilne - 2006.a. suunas haigekassa välisriiki ravile - 21 patsienti, 2007. aastal - 38 patsienti, 2008. aastal - 52 patsienti ning 2009. aastal - 39 patsienti.

Olukord piiriüleses plaanilises ravis on olnud stabiilne ka varasematel aastatel – näit 1998. aastal sai plaaniliseks raviks välisriigis loa 12 patsienti, 1999. aastal – 18 patsienti, 2000. aastal 20 patsienti, 2001. aastal – 13 patsienti, 2002. aastal 19 patsienti, 2003. aastal - 16 patsienti, 2004. aastal - 27 patsienti, 2005. aastal – 54 patsienti.

Lisaks ravile soovisid patsiendid piiriülese tervishoiuteenuse raames minna konkreetseesse välisriiki ka uuringutele. Selleks andis haigekassa ajavahemikus 2006 – 2009. aastal vastavalt 2006. aastal loa 23 patsiendile, 2007. aastal 35 patsiendile, 2008. aastal 62 patsiendile ning 2009. aastal 60 patsiendile. Seega rahuldab haigekassa vaadeldud perioodil (2006 – 2009) ca 2/3 taotlustest, sest Eesti Haigekassa ei võtnud üle tasu maksmise kohustust 2006. aastal 13 taotluse korral, 2007. aastal 11 taotluse korral, 2008. aastal 18 taotluse korral ning 2009. aastal 15 taotluse korral. Põhiliseks keeldumise põhjuseks oli taotletud ravi kättesaadavus Eestis.

Käesoleva magistritöö raames on huvipakkuv ka statistika sellest, millistesse välisriikidesse Eesti patsiendid enam on soovinud pöörduda. Vastava statistika alusel on võimalik prognoosida ka Eesti patsientide liikumist direktiivi eelnõu jõustamise järgselt. Haigekassa poolt esitatud andmetest nähtus, et populaarseim plaanilise ravi saamise sihtriik magistritöö autori vaadeldud aastatel (2006 – 2009) oli Soome, kus vaadeldud perioodil käis ravil kokku 72 patsienti. Sellele järgnes mõnevõrra üllatuslikult Holland (vaadeldud perioodil käis ravil 54 patsienti) ning enam-vähem võrdsel positsioonil olid Saksamaa ja Belgia (vastavalt 49 ja 47 patsienti). Rootsis ja Venemaal käis ravil vastavalt 29 ja 23 patsienti ning Leedus, Taanis ja Austrias vastavalt 11, 10 ja 8 patsienti. Üksikud

patsiendid käisid vaadeldud perioodil ravil ka Inglismaal (4), Lätis (4), Norras (3), Hispaanias (4), USA-s (2), Itaalias (1), Prantsusmaal (1), Tais (1), Türgis (1) ja Šveitsis (3). Eeltoodud statistika peegeldab autori varasemat seisukohta selles osas, et Eesti patsiendid on olnud küllalt teadlikud oma soovidest ning aktiivsed ise ravivõimaluste otsimisel, saamaks vajalikku tervishoiuteenust välisriigis.

Kuigi ülaltoodust nähtuvalt ei ole Eesti patsiendi taotlust plaanilise ravi välismaal hüvitamiseks rahuldatud magistritöö raames vaadeldud aastatel kokku 57 korral, peab magistritöö autor kahetsusega nentima, et vaatamata haigekassa poolt tehtud negatiivsete otsuste teatavale arvukusele, ei ole seni Eestis kohtupraktikat piiriülese tervishoiuteenuse riigi-poolse hüvitamise osas.

Eesti Haigekassa andmetel on haigekassa otsust välisriigis osutatava tervishoiuteenuse hüvitamisest keeldumist vaidlustatud 2 korral. Esimesel korral esitas patsient sellekohase kaebuse kohtusse 2007. aastal, kuid hiljem loobus sellest. Teine, magistritöö autorile teadaolev kaasus on käesoleval ajal Tallinna Halduskohtu menetluses. Antud kaasuses taotleb 60 aastane kaugelearenenud ajukasvaja diagnoosiga patsient haigekassalt Iisraelis teostatud operatsioonikulude hüvitamist kogumaksumuses 30,000 EUR-i. Antud kaasuse põhikeskmes on küsimus RaKS § 27 lg 1 p 1 alusel ehk sellest, kas vastavat ravi või sellele analoogset ravi oleks saanud teostada ka Eestis.

Eelpool nimetatud, kuid käesoleval ajal esimese astme kohtu menetluses oleva kaasuse pinnalt on magistritöö autor teinud subjektiivsed järeldused, millistel mittemeditsiinilistel kaalutlustel võtab riik piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamise enda kanda. Nimelt baseerub patsiendile võimaliku ravi riigipoolse hüvitamise otsus kitsa ringi erialaspetsialistide kaalutusotsusel. Iga patsient ja tema haigus ning selle võimalik kulg ning ravimõjud on teataval määral individuaalsed – seda enam, et välisspetsialistide abi otsitakse enamasti keeruka või raske haiguse korral. Ka on tavapärane, et patsiendi haiguse ja tema ravimeetodite osas on erinevatel sama valdkonna spetsialistidel erinevad seisukohad. Kitsa ringi spetsialistide kaalutusotsusel põhineb ka hinnang tulevase ravi võimaliku efektiivsuse kohta.

Eeltoodu alusel on autori subjektiivne seisukoht, et paljuski taandub haigekassa lõplik otsus välisriigis osutatud tervishoiuteenuse hüvitamise ülevõtmiseks sellele, millise haigusega on tegemist¹²⁰. Võimalik, et erinevate vähi- või kasvajakvormidega patsientide paranemisesse pole Eesti tervishoiuteenuse osutajatel usku, kuid ometi soovib teadlik patsient ka antud haiguse korral saada oma terviseseisundi parandamiseks aktiivset ravi. Sageli otsib (teadlik) patsient abi välisriigi tervishoiuteenuse osutajate vahendusel põhjusel, et Eesti arstid on edasise ravi suhtes skeptilised, passiivsed või edasise ravi efektiivsuse osas lootusi mitteandvad.

Magistritöö autor eeldab, et enne haigekassasse välisriigis osutatava tervishoiuteenuse hüvitamiseks taotluse esitamist on patsient vastava välisriigi tervishoiuteenuse osutajaga tulevase ravi, selle efektiivsuse ja võimalike riskide osas konsulteerinud ning saanud teise riigi spetsialistilt sellekohase seisukoha.

RaKS §-le 27 tuginedes saab sellisel juhul kohalik eriarstide konsiilium väita ja haigekassa patsiendi taotluse rahuldamata jätta põhjusel, et välisriigi tervishoiuteenuse osutaja poolt soovitatud ravi on võimalik teostada ka Eestis. Kui seda pole aga Eesti eriarst patsiendile varem ette näinud ja leiab selle vajalikkuse alles väliskolleegi seisukoha alusel, seondub see patsiendile ennekõike usalduse küsimusega arsti (või Eesti meditsiini) vastu ja paljuski just seetõttu soovitakse end ravida väljapool Eestit. Lõppkokkuvõttes ja seades oma tervise kõrgemale soovist „võidelda bürokraatiaga” pöörduvki patsient soovitud tervishoiuteenuse osutaja poole välismaal, tasudes ise ravi maksumuse ja käsitledes saadud teenust mitte oma sotsiaalse põhiõigusena vaid talle osutatud väärtusliku eriteenusena.

Samuti on magistritöö autori subjektiivne seisukoht, et paljuski taandub lõplik otsus välisriigis osutatud tervishoiuteenuse hüvitamise ülevõtmiseks sellele, millises vanuses

¹²⁰ Töös kirjeldatud kaasuse kõrval ei ole Eesti Haigekassa autorile teadaolevalt üle võtnud leukeemiat põdeva eesti lapse ravikuludid Soomes

patsiendiga on tegemist, kui kulukas on antud ravi¹²¹ ja millised on tervishoiuteenuse osutamisega kaasnedavad riskid patsiendile¹²².

Oluline, piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tänaseks Eestis seadusandlikul tasandil reguleerimata aspekt puudutab haigekassa-poolseid menetluse tähtaegu peale patsiendilt ravi hüvitamiseks taotluse saamist. On elementaarne, et soov pöörduda vastava eriala parimate spetsialistide poole tõusetub ennekõike raskete haiguste korral. Sellised olukorrad vajavad sageli kiiret reageerimist.

Haigekassa kodulehel¹²³ on antud soovitus, et vastav taotlus tuleks esitada mitte vähem kui üks kuu enne planeeritud ravile pöördumist ja et tagantjärele esitatud taotlusi ei ole haigekassal õigus menetleda. Mistahes muu teenuse puhul on teenuse täitmise tulevikus saabuv tähtaeg mõistetav; tervishoiuteenuse puhul on aga sageli vajalik kiire sekkumine. Ka siin põrkuvad patsiendi huvid kokku teatava riigipoolse bürokraatiaga.

Magistritöö autori arvates on küsitav, kas ja kuidas on patsient kaitstud olukorras, kus tema tervislik seisund selle halvenemise tõttu vajab spetsialistide kiiret sekkumist, mille suhtes on Eesti spetsialistidel erinev nägemus (otsustusvõimetus) ja vastavat ravi Eestis ei osutata või kuni haigekassa on jõudnud määrata eriarstide konsiiliumi; kuni on kokku kogutud patsiendi terviseandmed; kuni eriarstide konsiilium oma igapäevase põhitöö ja oma patsientide kõrvalt on jõudnud tutvuda konkreetsete materjalidega, uurinud täiendavat informatsiooni, vajadusel konsulteerides täiendavate spetsialistidega; kuni haigekassa peale konsiiliumipoolset otsust ja enne omapoolse lõpliku otsuse tegemist on pidanud otstarbekaks täiendavalt vestelda patsiendiga, jõudnud eitava otsuseni, mida

¹²¹ Eesti Haigekassa andmetel olid haigekassa poolt hüvitatud plaanilise arstiabi kulud 2006. aastal kokku 6,455,013 EEK, 2007. aastal 8,740,000 EEK, 2008. aastal 23,122,000 EEK ning 2009. aastal 20,687,000 EEK. Kõige kulukamad on aastate jooksul olnud siirdamised, südamehaiguste ravi ning ortopeedia valdkonna haiguste ravi

¹²² Autorile teadaolevalt on haigekassa võtnud üle tervishoiuteenuse rahastamise ka juhul, kui erialaarstide konsiilium on patsiendi haiguse puhul kirjalikult kinnitanud, et sama ravi teostatakse Eestis, selleks on olemas nii eriarstid kui vahendid, kuid – arvestades, et operatsiooni tulemusena võib patsient kaotada nägemise, soovitatakse operatsioon läbi viia enamkogenud spetsialistide poolt väljapool Eestit. Konkreetsetel juhtudel oli tegemist oluliselt üle Eesti keskmise palga teeniva alla 30-aastase patsiendiga, kelle vastav operatsioon väljapool Eestit maksis 2,000 EUR-i

¹²³ Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/erandkord/

patsiendil haldusmenetluse raames on võimalik nii kohtuväliselt kui kohtulikult vaidlustada? Kirjeldatud olukord lubab järeldada patsiendi teatavat kaitsetust riigi poolt.

Tänane õiguslik regulatsioon Eestis ei anna patsiendile omal soovil valikuvõimalust raviks kas Eestis või soovitud välisriigis. Autor peab kahetsusväärseks, et Eesti riik ei ole käesoleva ajani pidanud võimalikuks või vajalikuks rakendada ravikindlustatud patsientidele väljaspool Eestit osutatud tervishoiuteenuste puhul kompensatsioonimehhanismi näit samas ulatuses, millises see hüvitatakse Eesti-sisese ravi korral. Autorile teadaolevalt ei ole antud teematikat eesmärgiga selle õiguslikul tasandil reguleerimiseks isegi tõstatatud. Seega võimaldab tänane regulatsioon maksumaksjast patsiendil saada nii mõnelgi juhul kas mittetõhusat ravi riigi poolt hüvitatuna Eestis või tõhusat ravi väljaspool Eestit, millise hüvitamisel riik ei osale, tuues formaalselt aluseks RaKS § 27 lg 3 sätestatud õiguslike aluste puudumise. Antud probleem ei ole mitte ainult patsiendikeskne ja tema huvides, vaid võiks olla ka riigi huvides – seda juhul, kui sama tervishoiuteenuse osutamine mõne teise riigi tervishoiuteenuse osutaja poolt on odavam.

Oluline osa piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuses tänases Eestis on vastava informatsiooni kättesaadavusel. Autor on seisukohal, et tänane patsient peab ise olema äärmiselt teadlik nii oma haigusega seonduvast (et üldse esitada haigekassale taotlus välisriigis teostatava ravi tulevikus hüvitamiseks RaKS § 27 lg 3 alusel) kui ka peab patsient valdama igakülgset informatsiooni tema diagnoosile vastavate ravivõimaluste ja tervishoiuteenuse osutajate kohta väljaspool Eestit. Sageli annavad patsiendile küll selles osas soovitusi Eesti spetsialistid (arstid) oma väliskolleegide kohta, kuid sageli teevad vastava (uurimus)töö ära patsiendid iseseisvalt.

Vaatamata autori kriitilisele lähenemisele piiriülese tervishoiuteenuse tänastest võimalustest Eesti tervishoiukorralduses ei tohiks eeltoodu tekitada arusaama, nagu takistaks riik piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalusi ja piiraks ravikindlustatud isikutele vajaliku ravi hüvitamist põhjendamatult ebamõistlikult. Magistritöö autori arvates on riik loonud pigem ühtsed alused välisriigis osutatud tervishoiuteenuse

riigipoolsele hüvitamisele. Autor peab seda suures plaanis õigeks, sest välismaal tervishoiuteenuste saamise võimalusel võib olla väga suur mõju üksikpatsiendi jaoks, kuid selle tagajärjed võivad olla märkimisväärsed ka tervishoiusüsteemile tervikuna.

Autori senine kriitika on suunatud pigem riigipoolsele praktilisele tegevusetusele loomaks Eesti patsientidele piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalused ka juhul, kui vastavat teenust või sellele alternatiivset teenust Eestis osutatakse Eesti tervishoiuteenuse osutajate poolt. Teoreetiline võimalus selleks on olnud RaKSi regulatsioonis (§ 36 lg 3), mis annab haigekassale õiguse sõlmida ravi rahastamise leping välisriigis asuva tervishoiuteenuse osutajaga. Sellisele lepingule kuuluvad seaduse alusel kohaldamisele Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhinnad ja piirmäärad, kui haigekassa kohustub üle võtma tervishoiuteenuste loetellu kantud tervishoiuteenuse osutamise eest tasu maksmise kohustuse.

Kuigi enne Eesti ELga liitumist läbiviidud küsitluste alusel prognoositi välismaale plaanilisele ravile soovinud isikute arvu kasvu¹²⁴, on praktika sellegi poolest näidanud viimase kümne aasta olukorra suhtelist stabiilsust.

Mõistetavalt ei kajasta haigekassa andmed piiriülest tervishoiuteenust saanute üldseisu. Statistiliste andmete puudumise tõttu ei ole võimalik ka öelda, millistel põhjustel mindi ravile välisriiki omal kulul ja haigekassa poole pöördumata. Võib oletada, et määravaks said vajaliku ravi kiirema saamise võimalus, arvamus välismaise raviasutuse paremast tehnilisest varustatusest ja/ või patsientide suurem usaldus välisriigi tervishoiuteenuse osutaja vastu¹²⁵. Autor on käesoleva töö raames vestelnud kahe talle teadaolnud

¹²⁴ Uuringukeskuse Faktum poolt 2004. aasta sügisel läbiviidud uuringust elanikkonna arstiabi kogemuse ja ootuste kohta välismaal selgus, et elanikkonna ootused arstiabi saamiseks välismaal on kõrged. Kui Eesti elanikud saaksid valida Eestis ja välismaal osutatava raviteenuste vahel tingimusel, et haigekassa selle eest tasub, eelistas antud küsitluse järgi 25% kõigist vastanuist (noortest isegi üle kolmandiku) arstiabi saamist välismaal. Sellest järelduvalt oldi arvamusel, et arstiabi otsimine välismaal ei jää 2005. aasta tasemele. Sellele viitasid inimeste kõrgeenenud ootused arvamusküsitlustes kui ka 2004. aastal suurenenud taotluste arv Eesti Haigekassale.

¹²⁵ Uuringukeskuse Faktum poolt PRAXISE tellimisel 2004. a läbiviidud uuringu „Elanikkonna arstiabi kogemused ja ootused” kohaselt toodi välja 4 olulist põhjust välismaale ravile minekuks – (1) võimalus saada ravi, mida Eestis ei pakuta (54%), (2) välismaise raviasutuse parem tehniline varustatus (40%),

patsientidega, kes suundusid ravile välisriiki ilma, et nad oleksid eelnevalt taotlenud osutatava tervishoiuteenuse hüvitamist Eesti Haigekassa poolt. Mõlemal juhul toodi haigekassa poole mittepöördumise põhjuseks soov vältida kokkupuuteid bürokraatiaga ja patsiendi-poolne veendumus haigekassa-poolsest keeldumisest ravi hüvitamise ülevõtmiseks.

Eeltoodut kokku võttes saab täheldada, et Eesti tänane õiguslik regulatsioon välisriiki plaanilisele ravile pöördumiseks on vägagi piiratud ega võimalda ravikindlustusega kaetud patsiendil pöörduda välisriigi tervishoiuteenuse osutaja poole seetõttu, et patsiendil oleks võimalus pääseda ravile kiiremini kui ta saaks seda Eestis. Samuti ei ole patsiendil haigekassa kulul õigust pöörduda ravile välisriiki põhjusel, et vastav ravi välisriigis on odavam kui Eestis või et patsiendile oleks see geograafiliselt mugavam. Arvestades, et Eestis kehtiv regulatsioon piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks ei ole kuigi patsiendikeskne, loob piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu Eestile ja eestimaalastest patsientidele teoreetiliselt uued ja avaramad võimalused ravile pöördumiseks teise liikmesriiki. Kuidas võiks aga direktiivi positiivne eesmärk Eesti tervishoiusüsteemis realselt kohalduda, leiab käsitlemist alljärgnevas analüüsis.

III Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu mõju tervishoiuteenuse kättesaadavuse parandamisele

3.1 Üldist

Kuigi Euroopa Kohtu lahenditele tuginedes on ELi eri riikide kodanikel olnud enam kui 10 aastat õigus teises riigis osutatud tervishoiuteenuse kulude hüvitamisele oma koduriigi poolt, on see seni olnud siiski kaasusepõhine ja küllaltki piiratud. On kaheldav, kui paljud inimesed üldse on olnud teadlikud Euroopa Kohtu konkreetsetest lahenditest ja nende alusel loodud õigustest piiriülesele tervishoiuteenusele ja selle hüvitamisele oma

välismaise tervishoiuteenuse osutaja suurem usaldusväärsus (23%), (4) võimalus saada sõltumatu hinnang olemasolevale diagnoosile (16%)

koduriigi poolt. Magistritöö autor arvab, et mistahes riigi tavakodanikud oma sellisest õigusest Euroopa Kohtu lahendite mõjul valdavalt ei tea; pigem teavad nad oma õiguste puudumisest või siis piiratud võimalustest välisriiki ravile pöördumiseks ja selle hüvitamisest oma koduriigi poolt.

Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu on loodud eesmärgiga tagada EL liikmesriikide patsientidele paremad võimalused tervishoiuteenuse kättesaamiseks EL piires. Antud eesmärgi kohaselt peaks piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu selle jõustamise järgselt muutma iga liikmesriigi kodaniku õiguse oluliselt kindlamaks ja turvalisemaks – seda aga magistritöö autori arvates ennekõike teoreetiliselt.

Direktiivi eelnõu väljatöötamisel läbiviidud uuringud¹²⁶ Euroopas näitasid patsientide huvi piiriülese tervishoiuteenuse saamise vastu. Seega võib pärast käsitletava EL Parlamendi ja nõukogu direktiivi vastuvõtmist ja jõustamist oodata patsientide rände teatavat suurenemist, mistõttu peaksid direktiivi eelnõuga olema tagatud ennekõike patsientide praktilised õigused piiriülese tervishoiuteenuse saamisel ning selle osalisel või täielikul tasumisel oma koduriigi poolt.

Piiriülese tervishoiuteenuse kasutamine direktiivi eelnõu alusel põhineb printsiibil, et kõigil arstiabi vajavatel ja Euroopa Liidus ravikindlustatud isikutel on vabadus minna tervishoiuteenuse saamise eesmärgil teise liikmesriiki. Seega võimaldab EL direktiiv Eesti patsiendil, kes on seni pidanud teatud teenuseid väga pikalt ootama, saada vajaminevat ravi mis tahes muus EL riigis. Kui lihtne või reaalne aga antud õiguse kasutamine tegelikult on, mida toob direktiivi eelnõu rakendamine kaasa Eesti tervishoiukorraldusele ning millised on direktiivi eelnõu mõjud tervishoiuteenuste

¹²⁶ Flash Eurobarometer, Cross-border health services in the EU, Analytical report. Uuringu korraldaja: The Gallup Organization (Ungari), tellija: Euroopa komisjoni tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat (DG SANCO), 2007 Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf (30.09.2009)

ajalisele, rahalisele ja geograafilise kättesaadavusele eelkõige Eesti patsientidele, on autor käsitlenud alljärgnevalt.

3.2 Piiriülese tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus

3.2.1 Ravijärjekorra moodustamine

Tulenevalt magistritöö II peatüki all sätestatust, tekib vajadus piiriülese tervishoiuteenuse järgi sageli tervishoiuteenuse mittekättesaadavusest patsiendi koduriigis. Tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus seondub ravi- ehk ootejärjekorraga – seda juhul, kui tervishoiuteenuse osutajal ei ole võimalik patsienti teenindada koheselt või kui sama teenust sama tervishoiuteenuse osutaja poolt osutatuna soovivad saada mitu patsienti. RaKS § 38 lg 1 määratleb ravijärjekorrana tervishoiuteenuse osutaja peetava andmekogu osa plaanilist tervishoiuteenuse hüvitist ootavate kindlustatud isikute kohta, mille andmed on aluseks haigekassale tasu maksmise kohustuse ülevõtmisel.

Magistritöö autor on seisukohal, et ravijärjekord ei kaota oma õiguslikku tähendust ka direktiivi eelnõu jõustamise järgselt, olles ainsaks võimaluseks nii „oma riigi” kui teise EL liikmesriigi plaaniliste patsientide õiglaseks teenindamiseks. Probleemne on aga küsimus – kas tervishoiuteenust osutatakse tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse raames ühe ja ühtse järjekorra alusel nii „oma riigi” kui teisest liikmesriigist tulnud patsientidele või kuulub direktiivi eelnõu jõustamise järgselt kogu senine ravijärjekordade moodustamise süsteem Eestis muutmisele.

Direktiivi eelnõu art 5 rõhutab põhimõtet, mille kohaselt tuleb tagada teiste liikmesriikide patsientide võrdne kohtlemine ravi osutava liikmesriigi patsientidega. Sama põhimõtet rõhutab ka täna piiriülese tervishoiuteenuse osutamise aluseks olev Euroopa Nõukogu määrus nr. 1408/71 ja selle rakendusmäärus nr. 572/72, millest lähtuvad tervishoiuteenuse rahastajad ja tervishoiuteenuse osutajad teisest EL liikmesriigi või

Euroopa majanduspiirkonna lepingu sõlminud riikide kindlustatud isikutele piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel.

Teistest liikmesriikidest tulnud patsientide ja kindlustajariigi patsientide võrdväärne kohtlemine seisneb ka võrdsete tingimuste rakendamist ravijärjekorra moodustamisel.

Lähtudes Eesti Haigekassa ja Eesti tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitud ravi rahastamise lepingu vormist¹²⁷ tasub tervishoiuteenuse osutajale välispatsiendile osutatud tervishoiuteenuse eest täna esmalt Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud piirhindade ja määrade ulatuses kooskõlas tasu maksmise kohustuse ülevõtmise korra ja haigekassa ning tervishoiuteenuse osutaja vahelises lepingus kokkulepituga. Tasu saamiseks esitab Eesti tervishoiuteenuse osutaja haigekassale teises EL liikmesriigis kindlustatud isikutele osutatud teenuse eest tasumiseks eraldi koondarve, millise tasub Eesti Haigekassa Eesti tervishoiuteenuse osutajale ravi rahastamise lepingus sätestatud tähtaja jooksul.

Juhul, kui eelpool kirjeldatud põhimõte, mille kohaselt tasub Eesti tervishoiuteenuse osutajale teise liikmesriigi patsiendi eest Eesti Haigekassa, jääb kehtima ka direktiivi eelnõu jõustamise järgselt, halvendab see vaieldamatult Eesti patsiendi võimalusi tervishoiuteenuse kättesaadavusel seoses veelgi pikeneva ravijärjekorraga, sest sellisel juhul tuleks teistest EL liikmesriikidest tulevad patsiendid arvata ravijuhtudena Eesti Haigekassa ja Eesti tervishoiuteenuse osutajate vahel sõlmitavatesse ravi rahastamise lepingutesse sisse. Sellega on omakorda tagatud kindlustajariigi ja teistest liikmesriikidest tulevate patsientide võrdne kohtlemine läbi ajaliselt pika ravijärjekorra.

Alternatiivne võimalus eeltoodule võiks autori arvates olla teistest EL liikmesriikidest tulenevate patsientide kohta eraldi, lepinguvälise ravijärjekorra pidamine, mis ei mõjutaks Eesti Haigekassast sõltuvate Eesti patsientide ravijärjekorra pikkust. Sellise

¹²⁷ Ravi rahastamise lepingu eraldi lisaks on „Tervishoiuteenuse osutamine teises Euroopa Liidu liikmesriigis kindlustatud isikule”. Tekst arvuti võrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Microsoft%20Word%20-%20otsus%20nr_067%20lisa%2013%20RRL.pdf (26.05.2010)

„teise järjekorra”, mida võiks nimetada ka piiriüleste patsientide ravijärjekorraks, esmaseks eelduseks on tervishoiuteenuse osutajal olemasolevad sisemised ressursid tervishoiuteenuse osutamiseks suuremas mahus kui see on sätestatud Eesti Haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahel sõlmitud ravi rahastamise lepingus.

Piiriüleste patsientide ravijärjekorra kehtestamine sõltub lisaks tervishoiuteenuse osutaja ressursivõimalustele ka teistest EL liikmesriikidest tulnud patsientide tervishoiuteenuse kulude katmise tingimustest, mis autori arvates direktiivi eelnõust jääb olulisel määral ebaselgeks. Kulude katmise probleemikat on magistritöös käsitletud rahalise kättesaadavuse punkti all.

Arvestades, et ühe või mitme ravijärjekorra pidamine ei puudata tervishoiuteenuse kättesaadavust mitte ainult Eestis vaid kõikides EL liikmesriikides ja seeläbi kõikide liikmesriikide patsientide huve tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel, näeb magistritöö autor liikmesriikide tasandil (kas tervishoiuvaldkonna ministrite või ravikindlustusandjate tasandil) kokkuleppe sõlmimise vajadust ühtlustamaks tervishoiuteenuse eest riigi-poolse tasu garanteerimise tingimused piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel.

Ravijärjekorra pidamisega seonduvad ka ravijärjekorra moodustamise põhimõtted. Tänapäevane õiguslik regulatsioon sotsiaalministri 21.08.2008.a. määruse nr. 46 alusel võimaldab tervishoiuteenuse osutajal pidada nii eriala- kui arstipõhist ravijärjekorda. Oluline on, et ravijärjekorda sisaldavas andmekogus kajastuksid sotsiaalministri määruses toodud kohustuslikud andmed¹²⁸. Nii näiteks on arstipõhine ravijärjekord Ida-Tallinna Keskhaigla AS-s¹²⁹, Lääne-Tallinna Keskhaigla AS-s¹³⁰ ja Tallinna Lastehaigla

¹²⁸ Sotsiaalministri 21.08.2008.a. määruse nr. 46 § 5 lg 4 sätestab ravijärjekorda kantavad kohustuslikud andmed, milleks on patsiendi isiku- ja kontaktandmed, planeeritav vastuvõtu või hospitaliseerimise aeg, planeeritava tervishoiuteenuse osutamise näidustus, suunava arsti kontaktandmed, patsiendi ravijärjekorda registreerimise kuupäev, ravijärjekorras muudatuste tegemise kuupäev (ravijärjekorras ette- või tahapoole viimise või ravijärjekorrast väljaarvamise) kuupäev ja põhjus, ravijärjekorda panemise kood, kui ooteaeg ületab Eesti Haigekassa nõukogu poolt kinnitatud ravijärjekorra maksimumpikkust (erinevad koodid rahalise ressursi piiratusele, teenuse osutaja võimsuse puudumine, patsiendipoolne põhjus, teenuse osutamise seotud põhjus, muu põhjus) ning märged, et patsienti on teavitatud ravijärjekorras muudatuste tegemisest

¹²⁹ vastav informatsioon arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.itk.ee/index.php?page=177&> (22.05.2010)

SA-s¹³¹. TÜ Kliinikumi SA-sse¹³² on võimalik registreerida nii eriala põhiselt kui ka soovitud arsti juurde. Samuti on nii eriala järgi kui soovitud arsti vastuvõtule võimalik registreeruda ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA-s¹³³

Eelkäsitletu kohaselt võiks piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu anda tervishoiuteenuse osutajatele võimaluse arsti- ja/või erialapõhise ravijärjekorra kõrval võimaluse luua veel kolmandagi järjekorra – piiriüleste patsientide järjekorra. Magistritöö autor on arvamusel, et erinevate ravijärjekordade kehtestamine ei ole küll kooskõlas näit digitaalse ravijärjekorra eesmärgiga, tagamaks ühe ja ühtse üleriigilise ravijärjekorra kehtestamise, kuid eristades sellegi poolest ravijärjekorda kindlustajariigi patsientidele ja piiriülestele ehk teistest EL liikmesriikidest pärit patsientidele, tagab see parema tervishoiuteenuse kättesaadavuse nii kindlustajariigi patsientidele, kelle ravijärjekord ei pikene teistest EL liikmesriikidest tulevate patsientide võrra ning tagab tervishoiuteenuse kiirema kättesaamise võimaluse ka välispatsientidele – seda juhul, kui tervishoiuteenuse osutaja ressursid seda võimaldavad. Lõppkokkuvõttes sõltub aga ühe või mitme ravijärjekorra moodustamine sellest, millised saavad olema piiriülese tervishoiuteenuse rahastamispehimoetted.

Seega direktiivi eelnõus esmapilgul lihtne tunduv pehimoete - tagada tervishoiuteenuse kättesaadavus võrdselt kindlustajariigi ja teisest liikmesriigist tulnud patsientidele, võib praktikas rakendamisel kujuneda küllaltki keeruliseks ning direktiivi eelnõuga soovitud eesmärk – tagada patsientidele kiirem võimalus tervishoiuteenuse saamiseks, võib ka ravijärjekorra loomise aspektist jääda vaid teoreetiliseks ja deklaratiivseks sõnumiks. Seda eelkõige juhul, kui riigid piiriülese tervishoiuteenuse rahastamistingimustes ühtlustatud pehimoetteid ei kehtesta või kui kehtima jääb kindlustajariigi ja teisest liikmesriigist tuleva patsiendi võrdse kohtlemise pehimoete ühtse ravijärjekorra näol.

¹³⁰ vastav informatsioon arutivõrgus kättesaadav: <https://digireg.ltkh.ee/Veebiregistratuur/faces/Index.jsp> (22.05.2010)

¹³¹ vastav informatsioon arutivõrgus kättesaadav: <http://www.lastehaigla.ee/index.php?page=81&> (22.05.2010)

¹³² vastav informatsioon arutivõrgus kättesaadav: <http://www.kliinikum.ee/poordumine-arsti-vastuvotule/vastuvotule-registreerumine#top> (22.05.2010)

¹³³ vastav info arutivõrgus kättesaadav: <http://www.regionaalhaigla.ee/?op=body&id=152> (22.05.2010)

3.2.2 Piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks vajaliku informatsiooni kogumine

Vaatamata sellele, et direktiivi eelnõu üldine eesmärk on tagada patsiendile tervishoiuteenuse kiirem kättesaadavus, ei tähenda see ometi, et patsient võiks oma koduriigi tervishoiuteenuse osutajad „selja taha jätta”, osta sõidupileti ja ollagi probleemideta teise liikmesriigi väljavalitud tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtul. Kuigi direktiivi eelnõu üldine eesmärk seda justkui võimaldaks, seisab patsient silmitsi rea vajalike eeltingimuste täitmisega, mida autor küll püstitab, kuid mis on paljuski mittejuriidilised ning vajavad enne direktiivi rakendamist erinevate liikmesriikide tervishoiuga tegelevate spetsialistide vahelist edasist koostööd.

Kuivõrd direktiivi eelnõu austab liikmesriikide tervishoiusüsteeme ja siseriiklikku tervishoiukorraldust, peavad riiklikud kontaktpunktid tagama informatsiooni edastamise ka tingimustest, mis on patsientidele vajalik reaalseks juurdepääsuks teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja juurde ehk millise informatsiooniga, milliste dokumentidega peab patsient olema varustatud esitamiseks teise riigi tervishoiuteenuse osutajale.

Iga eestimaalane, kes on kokku puutunud tervishoiuteenuse saamisega kas üld- või eriarstiabi tasandil, teab, et kogu teave patsiendi tervisliku seisundi, ravi jms kohta kajastatakse, edastatakse ning vahetatakse tervishoiuteenuse osutajate vahel valdavas enamuses elektrooniliselt. Ka see on üks osa Eesti tervise infosüsteemi projektist.

Kuidas rakendub aga Eesti tervise infosüsteem piiriülese tervishoiuteenuse korral ehk millises vormis jõuavad Eestis kogutud patsiendi terviseandmed välisriigi tervishoiuteenuse osutajani? Sõltumata sellest, kas Eesti patsiendi terviseandmed edastatakse tema Eestipoolse üld- või eriarsti kaudu patsiendi poolt valitud ja nimetatud välisriigi tervishoiuteenuse osutajale kaitstuna elektrooniliselt või väljatrükituna paber kandjal, tõusetub esmalt keeleline küsimus ehk patsienti puudutava tervisetabe teise riigi tervishoiuteenuse osutajale arusaadavaks tegemine.

Autori arvates peaks patsiendi sooviga teise riiki pöördumiseks kaasnema ka patsiendi enda kohustus tagada omal kulul tema tervises seisundit käsitlevate materjalide tõlge välisriigi tervishoiuteenuse osutajale arusaadavasse võõrkeelde.¹³⁴

Võimalik, et liikmesriikide tervishoiuteenuse osutajate vahel tuleks enne direktiivi eelnõu jõustamist ühtlustada raamistik kuidas või mis vormis toimub terviseandmete edastamine erinevate liikmesriikide tervishoiuteenuse osutajate poolt. Arvestades aga ülaltõstatatud keelelist küsimust ei pea magistritöö autor reaalseks, et teabe vahetamine piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks võiks toimuda vahetult eri riikide tervishoiuteenuse osutajate vahel ja ilma patsiendi vahendusega.

Sama temaga seondub ka teise liikmesriiki minekuks eelnevalt vajaliku saatekirja olemasolu. Analoogselt eelpool tõstatatud probleemiga tekib ka siin küsimus – kuidas antud saatekiri teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutajale arusaadavaks teha. Autor on seisukohal, et enne teise liikmesriiki tervishoiuteenuse saamise eesmärgil minekut tuleb patsiendil endal tagada vajaliku info kokkukogumine ning omal kulul selle välisriigi väljavalitud tervishoiuteenuse osutajale arusaadavaks tegemine (tõlkimine). Eeldatavalt kompenseerib patsiendi vastavate toimingute tegemist teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja poolt soovitud teenuse kiirem kättesaadavus. Üldmärgitud võimalike lisakohustuste teadvustamine patsiendile peaks toimuma ennekõike riiklike kontaktpunktide kaasabil.

Millist mõju aga avaldab direktiivi eelnõu piiriülese tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavuse aspektist Eesti patsiendile? Antud alateemat kokku võttes on autor seisukohal, et juhul, kui patsient peab konkreetset tervishoiuteenust Eestis ootama soovimatult kaua, leides võimaluse sama ravi saamiseks teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja juures kiiremini, annab direktiivi eelnõu patsiendile õiguse pöörduda teise EL liikmesriiki vajaliku tervishoiuteenuse saamise eesmärgil – seda

¹³⁴ Käesoleva töö raames vesteldes ühe konkreetse perearstikeskuse perearstidega, avaldasid nad, et perearstid edastavad kogutud andmed patsiendile väljatrükina, kes ise saanud informatsiooni peab soovitud teise riigi tervishoiuteenuse osutajale arusaadavaks tegemiseks ära tõlkima

sõltumata sellest, kas antud või sellele analoogset teenust osutatakse ka Eestis või mitte. Just antud õiguse võimaldamises seisnebki direktiivi eelnõu positiivne mõju – seda ka kõigi nende Eesti patsientide seisukohalt, kelle ravi hüvitamisest teises liikmesriigis on haigekassa täna keeldunud põhjusel, et vastavat ravi või sellele alternatiivset ravi on võimalik saada ka Eestis.

Et oma õigust kasutada ja minna ravile teise EL liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja juurde peab patsient omama piiriülese tervishoiuteenuse saamisega seonduvat igakülgselt teavet – on see siis teave teises liikmesriigis ravijärjekorra moodustamise alustest, sinna registreerimisest, vajalikest dokumentidest ja nende vormist või teavet eelloa vajalikkusest. Seetõttu saab direktiivi eelnõu alusel olema eriline tähendus ja ka vastutus riiklikel kontaktpunktidel patsientidele vajaliku teabe esitamisel.

Direktiivi eelnõuga (Eesti) patsiendile loodud võimalus pöörduda soovitud tervishoiuteenuse osutaja juurde mistahes EL liikmesriigis, on patsiendiõiguse üks tahk. Vastava õiguse realiseerimine on tingimusteta seotud nii kindlustajariigi ehk patsiendi koduriigi kui patsiendi enda rahaliste võimalustega. Piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalused rahalisest aspektist vaadatuna leiavad käsitlemist alljärgnevalt.

3.3 Piiriülese tervishoiuteenuse rahaline kättesaadavus

3.3.1 Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise põhiküsimused

Tulenevalt magistritöö II peatükis käsitletust on Eestis tervishoiuteenuse ajaline kättesaadavus valdavalt seotud rahalise kättesaadavusega.

Lähtudes direktiivi eelnõuga tagatud üldpõhimõttest on patsientidel sõltumata põhjusest tulevikus õigus pöörduda plaanilisele ravile teise EL liikmesriiki. Takistusi sellise õiguse kasutamiseks ei ole ju ka täna, kuid tähtsust direktiivi eelnõu valguses omab patsientidele

tagatud õigusega kaasnev kindlustajariigi-poolne kohustus hüvitada patsientidele teises liikmesriigis tervishoiuteenuse osutamise seonduvad kulud.

Esmane põhiküsimus direktiivi rakendamisel seondub tasu maksja ja selle saajaga. Direktiivi eelnõu ei näe ette piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumist vahetult tervishoiuteenuse osutajale. Seetõttu tekitab direktiivi eelnõu olulist ebaselgust, kuidas saab patsient oma õigust kiireks piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks realiseerida ehk kes, kellele ja millal osutatud piiriülese tervishoiuteenuse eest tasub.

Direktiivi eelnõu (art 6 lg 1) seab kindlustajariigile kohustuse tasuda tervishoiuteenuse kulud otse tervishoiuteenust osutavale liikmesriigile või kindlustatule. Abstraktse „kindlustajariigi” all teenuse eest tasujana näeb magistritöö autor Eestis haigekassat. Seega võib direktiivi eelnõu alusel järeldada, et haigekassa või sellega võrdsustatud ravi rahastajana tuleb mõista ka direktiivi eelnõus nimetatud „tervishoiuteenuse osutaja kindlustusriiki”.

Magistritöö autor peab reaalseks tasumismudeliks piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumisel arveldusi liikmesriikide haigekassade (või seda asendavate ravi rahastajate) vahel. Tervishoiuteenuse osutajale tasub osutatud teenuse eest teisest liikmesriigist tulnud patsient vahetult omaosaluse määra. Eesti tänasest regulatsioonist tulenevalt võib selline tasumismudel tekitada teatavat ebakindlust RaKSi näite varal riigisisiselt. Nimelt ei ole Eesti Haigekassa kohustatud sõlmima ravi rahastamise lepingut kõigi tervishoiuteenuse osutajatega (RaKS § 36 lg 2). Seetõttu võib tekkida probleeme osutatud tervishoiuteenuste kompenseerimisel haigekassa lepingupartneriks mitteolevale tervishoiuteenuse osutajale. Juhul, kui piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumine tulevikus saab toimuma liikmesriikide ravi rahastajate vahel, tuleb muuta senist siseriiklikku regulatsiooni, tagades haigekassa poolt tervishoiuteenuse osutajale tasu maksmise - sõltumata sellest, kas siseriiklikult sõlmib haigekassa tervishoiuteenuse osutajaga ravi rahastamise lepingu või mitte.

Eeltoodud mudelile alternatiivseid võimalusi ei sõanda aga autor välja pakkuda, sest vahetat rahalist suhet piiriülese tervishoiuteenuse osutaja ja kindlustajariigi-poolse ravi rahastaja (antud juhul Eesti Haigekassa) vahel ei pea magistritöö autor reaalseks mõlemapidiiselt. Nimelt ei ole kuigivõrd tõenäoline, et tervishoiuteenuse osutaja suhtleks osutatud tervishoiuteenuse hüvitamiseks patsiendi koduriigi ravikindlustusandjaga. Selline suhtlus 26 teise liikmesriigi ravikindlustusandjaga oleks igale tervishoiuteenuse osutajale ebamõistlikult koormav. Veelgi mõeldamatum on haigekassa suhtlus vahetult 26 liikmesriigi arvukate tervishoiuteenuse osutajatega - arvestades, et Eesti Haigekassal on juba praegu riigisisesele enam kui 3000 lepingupartnerit¹³⁵.

Selleks, et magistritöö autori avaldatud mudel piiriülese tervishoiuteenuse eest tasujate osas praktikas rakenduks, näeb autor vajadust liikmesriikide tasandil kokkuleppe sõlmimiseks, tagamaks oma riigi ravikindlustatud patsiendi eest tervishoiuteenuste kulude katmise kindlustajariigis kehtivate piirhindade ulatuses kõigile legaalselt tegutsevatele tervishoiuteenuste osutajatele – seda sõltumata ravi rahastamise lepingu olemasolust tervishoiuteenuse osutaja ja ravikindlustusandja vahel. Eespoolt tõstatatud ebakõla RaKS § 36 lg 2 alusel on võimalik kõrvaldada siseriikliku seadusandluse korrigeerimise teel – sõltuvalt riikidevahelise kokkuleppe sisust.

Lisaks liikmesriikide tasandil kokkuleppele jääb ka tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse raames tähtsust omama Euroopa ravikindlustuskaart¹³⁶, tõendamaks kehtivat ravikindlustust oma elukohariigis. Ravikindlustuskaart tagab tervishoiuteenuse osutaja õiguste ja huvide kaitse tervishoiuteenuse tasu saamise aspektist.

Teine olulise tähtsusega küsimus puudutab põhiprintsiipide kehtestamist piiriülese tervishoiuteenuse riigi-poolse osaluse suurust. Tänapäevase praktika kohaselt hüvitab Eesti Haigekassa piiriülese tervishoiuteenuse kulud (tingimusel, et esineb seadusest tulenev

¹³⁵ Informatsioon Eesti Haigekassa kodulehelt. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele> (25.05.2010)

¹³⁶ Informatsioon Eesti Haigekassa kodulehel. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/euroopa-ravikindlustuskaart (17.05.2010)

alus piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks) valdavalt täies ulatuses¹³⁷. Antud põhimõtte jätkamist ka direktiivi eelnõu alusel tulevikus ei saa välistada, arvestades, et direktiivi eelnõu (art 6 lg 1, lg 2) sätestab piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamise minimaalse ulatuse – so ulatuses, mis kuuluks hüvitamisele kindlustajariigi riiklikus sotsiaalkindlustussüsteemis, kui sama tulemuslikku ravi oleks osutatud kindlustajariigi territooriumil, ületamata seejuures tervishoiuteenuse tegelikku maksumust.

Direktiivi eelnõu tähenduses liikmesriikidele pandud kohustus hüvitada piiriülese tervishoiuteenuse kulud „vähemalt” samas ulatuses nagu need oleks hüvitatud sama teenuse eest kindlustajariigis, annab hüvitamise alamkriteeriumi, kuid võimaldab tasu hüvitada ka muus ulatuses. Magistritöö autor julgeb arvata, et direktiivi eelnõus sätestatud tervishoiuteenuse kulude hüvitamise minimaalse määratluse kriteerium saab direktiivi eelnõu jõustamise järgselt olema Eestis ka piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise maksimumkriteeriumiks. Arvestades avarduvaid võimalusi tervishoiuteenuse saamiseks väljaspool Eestit, peab autor seda põhjendatuks eesmärgiga kohelda Eestis ja teises liikmesriigis tervishoiuteenust saavaid Eesti ravikindlustatud patsiente võrdselt.

Käesoleval ajal hüvitab Eesti Haigekassa Eesti patsiendile välisriigis osutatud tervishoiuteenuse reeglina täies ulatuses, tulenevalt küll Eesti Haigekassa ja patsiendi sellekohasest kokkuleppest. Juhul aga, kui Eesti riik direktiivi eelnõu alusel otsustab siseriikliku regulatsiooniga haigekassa senist praktikat muuta, hüvitades tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse Eesti Haigekassa piirhindade alusel, muudab direktiivi eelnõu piiriülese tervishoiuteenuse Eesti patsiendile rahalisest aspektist seoses patsiendi omaosaluse suurenemisega, halvemini kättesaadavaks.

Kolmas, ennekõike siseriiklikult Eesti Haigekassat ja patsienti puudutav küsimus seondub direktiivi eelnõuga patsientidele loodud võimalusega saada oma kindlustajariigi

¹³⁷ RaKS § 27 lg 2 alusel on kindlustatud isikul võimalus saada tervishoiuteenuse hüvitist välisriigis kindlustatud isiku ja haigekassa vahel eelnevalt sõlmitud kirjaliku lepingu alusel. Seega on kokkulepe tervishoiuteenuse hüvitamise tingimuste osas individuaalne

poolt hüvitatud ka muud, piiriülese tervishoiuteenusega kaasnevate kulud - nagu näit patsiendi enda ja teda saatva tugiisiku reisi- ja/või majutuskulud.

Arvestades Eesti tänast majanduslikku situatsiooni ja tervishoiusektori kokkuhoidlikku rahastamist, peab magistritöö autor piiriülese tervishoiuteenusega seonduvate lisakulude hüvitamist ja seeläbi patsiendile lisahüvede loomist majanduslikult ebaotstarbekaks. Autori arvates ei võimalda Eesti riigi sotsiaalkindlustussüsteem vähemalt lähimatel aastatel katta selliseid, autori arvates „luksuslikke” lisakulud. Sarnaselt ei kuulu autorile teadaolevalt patsiendile ka täna haigekassa poolt hüvitamisele plaanilise välisraviga seonduvad reisi- ja majutuskulud – nii nagu seda ei tehta ka Eesti piires tervishoiuteenuse saamise eesmärgil liikudes.

Käesolevat alapunkti raames peab magistritöö autor vajalikuks esmalt liikmesriikide vahelise kokkuleppe saavutamist, ühtlustamaks kindlustajariigi poolsed garantiid ja maksetingimused piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumisel. Lisaks on vajalik välja töötada siseriiklik regulatsioon piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise põhimõtete kehtestamiseks, eesmärgiga reguleerida riigi poolt piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise määr, võimalike lisakulude tasumine või mittetasumine ja muud põhimõttelised piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise reeglid. Vastav regulatsioon omab tähtsust nii riigi kui patsiendi seisukohalt, sätestamaks kellele ja millises ulatuses tasub osutatava või osutatud tervishoiuteenuse kulud kindlustajariik, millises ulatuses aga patsient ise.

3.3.2 Patsiendile tagatav teave tervishoiuteenuse maksumuse kohta

Direktiivi eelnõu räägib läbivalt kindlustajariigi kohustustest hüvitada selliste tervishoiuteenuste eest, mis kuuluvad hüvede hulka, mis on sätestatud kindlustajariigi õigusaktides ja millele kindlustatul on õigus. Antud põhimõtte kohaselt kuuluvad Eesti

Haigekassa poolt hüvitamisele tervishoiuteenused, mis on kantud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu, mis on kehtestatud Vabariigi Valitsuse poolt.¹³⁸

Magistritöö autor on seisukohal, et enamik Eesti patsientidest ei ole teadlikud ei viidatud, Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelust ega kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise tingimustest.¹³⁹ Täna puudub Eesti patsientidel vastava informatsiooni omamiseks ka selge vajadus, sest tingimustes, kus ravi rahastamise kindlustatud patsiendi eest Eestis on üle võtnud avalik-õigusliku kindlustusandjana Eesti Haigekassa, ei mõtlegi patsient talle osutatud ravi maksumusele, vaid soovib saada oma tervislikule seisundile vastavat teenust parimal viisil.

Samuti on magistritöö autor seisukohal, et täna Eestis kehtiv õiguslik regulatsioon nii tervishoiuteenuste loetelu kui kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise korra ja meetodika kohta ei ole suunatud mitte patsiendile, vaid loob ennekõike õigusliku aluse Eesti Haigekassa ja Eesti tervishoiuteenuse osutaja vaheliste suhete (sh rahaliste suhete) reguleerimisele. Üks õigusakt¹⁴⁰ kehtestab hinnad, kuid teine õigusakt¹⁴¹ reguleerib tasu maksmise spetsiifilisi ja vaid Haigekassale ning tervishoiuteenuse osutajale arusaadavaid tingimusi ja meetodikat. Tervishoiuteenuste maksumusest arusaamist Eesti patsiendile raskendab ka tervishoiuteenuste eest tasumise diagnoosipõhine tasumise süsteemi alusel¹⁴².

Käesolevat alateema raames kõrvutas autor Eesti ja Soome tervishoiuteenuse loetelusid, mis oma kirjelduse poolest omavahel erinevad. Magistritöö autori arvates on patsiendile

¹³⁸ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kinnitatud Vabariigi Valitsuse 19. veebruari 2009 määrusega nr. 42. Avaldatud RT I „009, 16, 99

¹³⁹ Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007.a. määrusega nr. 9 kinnitatud „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika”. Avaldatud RTL 2007,8,135

¹⁴⁰ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kinnitatud Vabariigi Valitsuse 19. veebruari 2009 määrusega nr. 42. Avaldatud RT I „009, 16, 99

¹⁴¹ Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007.a. määrusega nr. 9 kinnitatud „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika”. Avaldatud RTL 2007,8,135

¹⁴² nn DRG süsteem

enam arusaadav Soome tervishoiuteenuste loetelu, mis on avaldatud detailsena koos hindadega kokku 214 lehel¹⁴³; Eesti tervishoiuteenuste loetelu Vabariigi Valitsuse 19.02.2009 määrusega nr. 42 kehtestatuna ja autori arvates väljapool Haigekassat ja tervishoiuteenuse osutajat lugejale küllaltki ebaselgena on määruse terviktekstina avaldatud 57 lehel.

Eelpool nimetatud, Eesti ja Soome võrdlusandmetest nähtuvalt kirjeldatakse ja sätestatakse erinevates liikmesriikides tervishoiuteenuseid ja nende hindu erinevalt. Seetõttu leiab autor, et direktiivi eelnõu rakendamiseks peab Eesti riik tagama patsiendile vajaliku teabe kättesaadavuse esmalt sellest, kas patsiendile vajalik tervishoiuteenus kuulub Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu ning seeläbi haigekassa poolt hüvitamisele ning samuti sellest, milline on vastava teenuse maksumus Eesti Haigekassa poolt hüvitatuna. Antud teave on patsiendile vajalik otsustamiseks tervishoiuteenuse saamise Eesti või teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja kaudu.

Suurt osatähtsust patsiendile vajaliku teabe edastamisel omistab autor tulevikus ravi rahastajaks olevale Eesti Haigekassa (või ka patsiendi ravikulude hüvitamise üle võtnud eraõiguslikule kindlustusseltsile). Kindlustusandja peab looma tingimused ning andma patsiendile igakülgse informatsiooni sellest, kas ja kui suures ulatuses võtab Eesti patsiendi kindlustusandja piiriülese tervishoiuteenuse kulude katmise enda kanda.

Eesti siseriiklike teenusehindade ja nende riigipoolse hüvitamise ulatuse kõrval peab patsiendile antav info tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse aspektist hõlmama ka teavet konkreetse liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja poolt osutatava tervishoiuteenuse maksumusest ja selle tasumise tingimustest. Eeltoodud võrdlevad andmed aitavad patsiendil teha otsust võimaliku tervishoiuteenuse osutaja valikust kas siis Eestis või Eestist väljapool. Vastava info kättesaadavuse tagamiseks omistab autor olulist tähtsust direktiivi eelnõus sätestatud riiklikele kontaktpunktile.

¹⁴³ Informatsioon arvutivõrgus kättesaadav:
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/\\$File/taksa.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/$File/taksa.pdf?OpenElement) (22.05.2010)

3.3.3 Kindlustajariigi ja patsiendi vastutus piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumisel

Sõltumata sellest, kas Eesti patsient soovib teise EL liikmesriiki ravile pöörduda seetõttu, et väljapool Eestit saab ta sama teenust ajaliselt kiiremini või on põhjuseks usk välismaise tervishoiuteenuse osutaja suuremasse professionaalsusesse ja /või paremasse tehnilisse varustatusesse, põrkub piiriülese tervishoiuteenuse saamisest huvitatud patsient igal juhul kokku tervishoiuteenuse rahastamisküsimustega.

Rahastamisküsimustega võib patsient kokku puutuda juba piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks ravijärjekorda registreerimisel. Ettemaksu tasumine tervishoiuteenuse saamiseks ei ole aktuaalne täna, kuid arvestades, et ravijärjekordade tekkimise põhjusteks rahaliste ja patsiendi enda eelistustest tingitud põhjuste kõrval on vastuvõtule ilmumata jätmise¹⁴⁴ ilma sellest eelnevalt teatamata, annaks see aluse võimaliku ettemaksunõude kehtestamiseks – ennekõike, kui nõutud tervishoiuteenuse osutaja järjekorda soovib end kindlustajariigi enda patsientide kõrval registreerida mistahes teise EL liikmesriigi patsient.

Arvestades, et direktiivi eelnõu kehtestab piiriülese tervishoiuteenuse ja selle hüvitamise üldised raamid, on ettemaksu regulatsiooni kehtestamine liikmesriikide endi pädevuses. Eesti tänane regulatsioon ei näe ette ettemaksu tasumist haigekassa poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste osutamisel (RaKS § 67 lg 3). Haigekassa tasub tervishoiuteenuse osutajale peale tervishoiuteenuse reaalselt osutamist ja teenuse osutamise kohta tervishoiuteenuse osutaja poolt esitatud dokumentide alusel.

Juhul, kui riik tulevikus tahaks ravijärjekordadesse registreerimisel kehtestada tervishoiuteenuse osutamise ettemaksu teisest EL liikmesriigist tulevatele patsientidele,

¹⁴⁴ Raviasutuste hinnangul suureneb vastuvõtule etteteatamata tulematajäänud patsientide hulk järsult, kui järjekorras tuleb oodata üle 2 nädala. Üle 4 nädalase ooteaja korral võib nende osakaal ulatuda juba 40%ni. Teistele patsientidele tähendab see pikemat ooteaega, raviasutusele aga saamata jäänud tulu. Informatsioon pärineb Riigikontrolli poolt koostatud arvamusest pealkirjaga „Ravijärjekorrad korda”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eestiartst.ee/static/files/004/ravijarjekorrad_korda.pdf (22.05.2010)

tuleb arvestada direktiivi eelnõu ühe põhimõttega – so kindlustajariigi ja teisest EL liikmesriigist tulevate patsientide võrdse kohtlemise põhimõttega. Seega kuuluks ettemaksusüsteem kohaldamisele ka Eesti patsientidele ravijärjekorda registreerimisel Eesti tervishoiuteenuse osutaja juurde.

Eesti tänast tervishoiukorraldust arvestades ei pea magistritöö autor Eesti patsientidele ning seeläbi ka teistest EL liikmesriikidest tulevatele patsientidele ravijärjekorda registreerimisel ettemaksu sissenõudmist reaalseks. Samas ei saa aga välistada, et mõnes EL liikmesriigis ettemaksusüsteem kehtestatud on. Soovides sellisest EL liikmesriigist vajalikku tervishoiuteenust, on ettemaksusüsteemiga seotud ka Eesti patsient. Eesti Haigekassa tänaseid rahastamis põhimõtteid arvestades (st tasudes peale tervishoiuteenuse osutamist), kuuluks võimalik ettemaks tasumisele patsiendi enda poolt. Kas ja kuidas aga patsiendi poolt tasutud ettemaks hiljem hüvitatud või tasaarvestatud saab, peab selguma riigisisest regulatsioonist piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise kohta.

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisel tuleb eristada piiriülese haiglaravi ja sellega võrdsustatud tervishoiuteenuste eest tasumist ning tervishoiuteenust, mis ei nõua kindlustajariigi eelnevat eelluba.

Õiguslik ebaselgus piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisel esineb magistritöö autori arvates eelkõige selliste piiriüleste tervishoiuteenuste puhul, mis ei vaja kindlustajariigi-poolset eelluba. Nimelt eelloa kaudu on nii patsiendil, tervishoiuteenuse osutajal kui Eesti Haigekassal õiguslik kindlus - patsiendile ja tervishoiuteenuse osutajale sellest, et haigekassa garanteerib tasu maksmise¹⁴⁵ ulatuses, mis on sätestatud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus, haigekassale aga sellest, et kulude katmine on haigekassale eelnevalt teada. Läbi eelloa menetluse on teada piiriüleste ravijuhtude arv ja nende orienteeruv maksumus.

¹⁴⁵ Haigekassa garantii tagab patsiendi huvide kaitse, kui hüvitamismehhanism saab toimuma vastavalt magistritöö alapunktis 3.3.1. toodule

Enam probleeme piiriülese tervishoiuteenuse eest tasumisel näeb aga magistritöö autor selliste tervishoiuteenuste puhul, mis ei nõua kindlustajariigi eelnevat eelluba. Lähtudes Eestis täna toimivast üldpõhimõttest tasub haigekassa tervishoiuteenuse kulud peale tervishoiuteenuse osutamist. Arvestades direktiivi eelnõuga avarduvaid võimalusi piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks, peab magistritöö autor antud põhimõtte rakendamist otstarbekaks ka tulevikus. Selline riigi-poolne otstarbekus ei pruugi aga tagada patsiendile piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavust. Nimelt juhul, kus haigekassa hüvitab tervishoiuteenuse kulud hilisemalt, peaks patsient piiriüleselt osutatud ambulatoorse teenuse kogu ulatuses esmalt ise tasuma ning seejärel taotlema haigekassalt tasutud teenusehinna täies ulatuses või osalist hüvitamist, st ulatuses mis haigekassa poolt kuuluks sama ravi eest tasumisele kohalikule tervishoiuteenuse osutajale.

Eelpool kirjeldatud versiooni illustreerimiseks on kohane aluseks võtta Soome näide, kus Eesti Haigekassa andmetel käisid Eesti patsiendid plaanilisel ravil magistritöö raames autori vaadeldud perioodil (2006 – 2009) kõige enam.¹⁴⁶ Juhul, kui eelluba mitterõudva tervishoiuteenuse saamiseks läheb Eesti patsient uuringutele Soome, kuulub kohaldamisele Soomes kehtiv tervishoiuteenuste hinnakiri¹⁴⁷. Hinnakirjast nähtuvalt näit kromosoomiuuringu (Am-Kromos) maksumus Soome tervishoiuteenuste hinnakirja järgi on 400 EUR-i, leukotsüütide pinnamarkeriuuringu maksumus on 500 EUR-i, veresoonkonna uuringud (angiografia) hinnavaheks 300 – 800 EURi. Esitatud versiooni kohaselt kuuluksid näitena toodud uuringud esmalt hüvitamisele patsiendi poolt. Arvestades, et tasumisele kuuluv teenuse kogumaksumus hõlmab endas ka Eesti Haigekassa poolt hüvitatavat summat, võib antud hüvitamismudel muuta piiriülese tervishoiuteenuse patsiendile rahalistel põhjustel kättesaamatuks – sõltumata sellest, et Eesti Haigekassa ravikindlustatud patsiendile hilisemalt saadud ja patsiendi poolt tasutud tervishoiuteenuse kulud oma hinnakirja järgi hüvitab.

¹⁴⁶ Vastavalt magistritöö II ptk väljatoodud andmetele käis autori vaadeldud perioodil (2006-2009) Soomes ravil 72 patsienti 327-st. Soome oli enamkõlastatud tervishoiuteenuse osutamise riik 19 välisriigist samal perioodil

¹⁴⁷ Soome tervishoiuteenuste hinnakirja arvutivõrgus kättesaadav:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/\\$File/taksa.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/$File/taksa.pdf?OpenElement) (22.05.2010)

Lisaks eeltoodule ei ole kirjeldatud mudel - piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamiseks esmalt täies ulatuses patsiendi poolt ja selle hilisema hüvitamine haigekassa poolt - kooskõlas kehtiva RaKSi regulatsiooniga (§ 25 lg 5), mille kohaselt ei ole kindlustatud isikul õigus nõuda mitterahaliste ravikindlustushüvitiste hulka kuuluvate teenuste (st. osutatud tervishoiuteenuste). Antud RaKSi põhimõtted omavad tähtsust käesoleval ajal; sõltuvalt aga sellest, milline saab tulevikus olema piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamismudel, kaasneb sellega ka siseriikliku regulatsiooni kooskõlla viimine.

Teine võimalus, mida magistritöö autor enam pooldab, on liikmesriikide sotsiaalvaldkonna ministrite või ravikindlustusandjate vahelise kokkuleppe saavutamine direktiivi eelnõu rakendamiseks, tagamaks kindlustajariigi poolse hüvitise tasumise piiriülese tervishoiuteenuse eest. Sellisel juhul piirdub patsiendi kulu omaosalusega jm kaasnevate kuludega, mida kindlustajariik piiriülese tervishoiuteenuse raames ei kata. Läbi kindlustajariikide esindajate vahelise kokkuleppe saab aga tagatud piiriülese tervishoiuteenuse riigi-poolne tasumine direktiivi eelnõu ja siseriiklike õigusaktidega kehtestatud korras. Samale seisukohale asus autor ka eelnevalt, tervishoiuteenuse tasu saajaga seonduva probleemi käsitluses.

Haigekassa aspektist vaadatuna näeb magistritöö autor eelluba mittenõudva tervishoiuteenuse puhul probleemi selles, et ravi rahastajaks oleval haigekassal puudub igasugune ülevaade oma rahaliste kohustuste tegelikust suurusest ehk sellest, kui paljud patsiendid ja millistes summades eelluba mittenõudvat piiriülest tervishoiuteenust on saanud, mis haigekassal hüvitada tuleks. Vastava teabe saab haigekassa pärast tervishoiuteenuse osutamist patsiendilt hüvitamistaotluse saamisega. Siit omakorda tõusetub küsimus sellest, millistest summadest alates saab Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaal kahjustatud, et sellist piiriülest tervishoiuteenust Eesti Haigekassa poolt eelloa regulatsiooniga piirata.

Seega saab täheldada, et piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisega seonduva valdkonna jätab direktiivi eelnõu regulatsioon olulisel määral ebaselgeks. Samas ei ole autori arvates

kuigipalju mudeleid piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamiseks, seda eelkõige selliste tervishoiuteenuste puhul, mis ei nõua kindlustajariigi poolset eelluba.

Lähtudes direktiivi eelnõuga sätestatud raamtingimustest, on direktiivi eelnõu rakendamiseks vajalik välja töötada selge ja üheselt mõistetav piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamismehhanism, et nii patsient, ravi rahastaja kui teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja saaksid olla kindlad, millises osas hüvitab osutatud tervishoiuteenuse kulud kindlustajariik, milline osa kuulub tasumisele patsiendi enda poolt ja tulenevalt alapunktist 3.3.1., on oluline ka selgus sellest, kellele kuulub piiriülese tervishoiuteenuse tasu maksmisele. Nagu varem märgitud, vajavad antud küsitavused regulatsiooni esmalt riikidevahelise kokkuleppe korras ning saavutatud kokkuleppe alusel üksikasjalikumalt regulatsiooni siseriikliku seadusandlusega.

3.3.4 Eelluba piiriülese tervishoiuteenuse ajalises ja rahalises kättesaadavuses

Omaette valdkond Eesti patsientidele piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel seondub eellega, milles magistritöö autor näeb Eesti patsientidele teatavat takistust oma õiguste kiireks kasutamiseks piiriülese tervishoiuteenuse raames. Eelluba mõjutab ühelt poolt tervishoiuteenuse ajalise kättesaadavust – seda juhul, kui patsiendil puudub võimalus pöörduda soovitud tervishoiuteenuse saamiseks teise liikmesriiki ilma, et Eesti Haigekassa oleks menetlenud tema eelloa taotlust; teisest küljest omab aga eelluba olulist tähtsust tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse aspektist.

Soovides tervishoiuteenust saada teisest liikmesriigist, seisab patsient silmitsi küsimusega sellest, kas soovitud tervishoiuteenuse saamiseks teises liikmesriigis on eelnevalt vajalik Eesti Haigekassa-poolne eelluba või võib Eesti patsient oma soovi realiseerida ilma haigekassa loata, olles kindel, et Eesti Haigekassa tasub piiriülese tervishoiuteenuse eest kas siis täies ulatuses või osaliselt.

Magistritöö I peatükis on välja toodud direktiivi eelnõu art 8 lg 1 tulenev, eelluba nõudev haiglaravi määratlus, mille kohaselt on kindlustajariigi eelnev nõusolek piiriülese tervishoiuteenus hüvitamiseks vajalik juhul, kui patsiendile osutatav tervishoiuteenus nõuab patsiendi haiglasse paigutamist vähemalt üheks ööks või on tegemist väga spetsiifilise tervishoiuteenusega ja/või nõuab osutatav teenus kuluka meditsiinilise infrastruktuuri või kulukate meditsiiniseadmete kasutamist. Samuti on kindlustajariigi eelnev nõusolek piiriülese tervishoiuteenus hüvitamise ülevõtmiseks vajalik juhul, kui antud teenus, mis hõlmab ravi, mis kujutab endast erilist ohtu patsiendi või elanikkonna jaoks.

Direktiivi eelnõu (art 8 lg 2) annab kindlustajariigile õiguse eellubade süsteemi kehtestamiseks ka juhul, kui tervishoiuteenust oleks osutatud kindlustajariigi territooriumil, oleks ravikulud kaetud kindlustajariigi sotsiaalkindlustussüsteemi kaudu ja eelloa puudumine kahjustaks tõsiselt või võib tõenäoliselt kahjustada liimesriikide sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu.

Kui täna Eestis kehtiva regulatsiooni alusel sõltub välisriigis osutatava tervishoiuteenus hüvitamine vaid patsiendi tervislikust seisundist, siis direktiivi eelnõu alusel on selleks eelkõige finants-majanduslikud põhjused.

Direktiivi eelnõus antud eelloa määratluse alusel tekivad aga paratamatult küsimused - millistest rahalistest suurusjärgudest alates saab piiriülene tervishoiuteenus kahjustama Eesti Haigekassa finantstasakaalu, mille vältimiseks on vajalik haigekassa eelnev luba piiriülese tervishoiuteenus riigi-poolseks hüvitamiseks ja/või kui kallis peab olema teostatav 1-päevane terviseuuring, vajamaks selleks eelnevalt haigekassa-poolset luba. Kui Eesti patsient peab raviootejärjekorras kohaliku tervishoiuteenus osutaja juurde olema mitte tervishoiuteenus osutajast vaid haigekassast tingitud rahalistel põhjustel – ehk haigekassal puuduvad rahalised vahendid näit peaaegu süvastimulatsiooniks¹⁴⁸, siis kas või millistel tingimustel väljastatakse patsiendile sama teenuse saamiseks eelluba teise liikmesriigi tervishoiuteenus osutaja poolt? Ühelt poolt võiks patsient sama teenust

¹⁴⁸ millise piirhind Vabariigi Valitsuse 19.02.2009 määruse nr 42 alusel on 260 374 EEK

saada teisest liikmesriigist ajaliselt kiiremini; kuid teiselt poolt – võimalik, et ka Eesti tervishoiuteenuse osutaja osutaks sama teenust ajaliselt kiiremini, kuid seda pärsib tervishoiuteenuse rahastaja eelarvenappus.

Magistritöö autor julgeb tõstatatud valikulistele küsimusele vastuseks väita, et sellisel juhul ei aita Eesti patsienti tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel ka direktiivi eelnõu. Eesti patsient jääb paratamatult seotuks oma kindlustajariigi rahaliste võimalustega ja siinjuures ei aita teda ka põhjendus, et sama ravi saaks ta mujalt EL liikmesriigist kiiremini.

Ajaliselt kiiremini võiks piiriülese tervishoiuteenuse kättesaadavus patsiendile olla tagatud vaid juhul, kui patsient sama teenust saaks piiriülese tervishoiuteenuse raames odavamalt hinnaga kui seda teostataks Eesti tervishoiuteenuse osutaja poolt. See eeldaks patsiendi kõrval teabe kogumist ennekõike haigekassa poolt ning haigekassa ja patsiendi vastastikkust huvi tervishoiuteenuse osutamiseks/saamiseks teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja poolt. Peamine tingimus siinjuures on, et tervishoiuteenuse osutaja valik, sh. piiriülese tervishoiuteenuse osutaja valik saab põhineda rangelt patsiendipoolsel vabatahtlikkuse põhimõttel. Riik ei saa oma huvidest lähtuvalt sundida ühtki eesti patsienti minema ravile teise liikmesriiki. Vastava otsuse tegemise ainuõigus on patsiendil. Kirjeldatud võimalus tagaks aga Eesti Haigekassale kulude teatava kokkuhoiu ning eesti patsiendile võimaluse saada kiiremini soovitud tervishoiuteenust kui seda talle osutatud Eestis¹⁴⁹. Kuigi kirjeldatud võimalust peab magistritöö autor ennekõike teoreetiliseks, vajaks see siiski piiriülese tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse aspektist õiguslikku regulatsiooni.

¹⁴⁹ Antud varianti peab magistritöö autor teoreetiliseks, toetudes Tallinna Arstide Liidu juhatuse esimehe, Toomas Kariisi seisukohale, mille kohaselt on Eesti tervishoiusüsteem oma efektiivsusest Euroopas esimene ehk Eestis pakutakse võimalikult head teenust väikese raha eest ning tänasest odavamalt ei ole Eestis võimalik tervishoiuteenuseid osutada. Vastav informatsioon pärineb 09.12.2008 aripäev.ee artiklist „Haiglate mäng efektiivsuse piirimail”. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://pakslaup.mbp.ee/Default2.aspx?ArticleID=303a6045-fdf2-47b9-bc75-34068ad035f9&readcomment=1> (15.05.2010)

Eelluba käsitledes väärrib lisaks märkimist, et täna puudub Eestis regulatsioon menetlustähtaegadest patsiendi taotluse menetlemiseks välisriiki plaanilisele ravile minekuks. Haigekassa kodulehel¹⁵⁰ on avaldatud vaid haigekassa-poolne soovitus selle kohta, et patsient esitaks oma taotluse välisriigis osutatava tervishoiuteenuse hüvitamiseks „võimalikult varakult” ja mitte hiljem kui 30 päeva enne plaanitava ravi toimumise päeva, et haigekassa jõuaks õigeaegselt patsiendi taotlust menetleda.

Direktiivi eelnõu (art 9 lg 2) kohustab liikmesriike tagama, et eelloa menetluslikud tähtajad oleksid „mõistlikud”. Magistritöö autor leiab, et Eesti Haigekassa, omades pikaajaliselt analoogset kogemust, oskab reaalselt hinnata eelloa menetlemiseks kuluvat aega, mistõttu on patsientide huve arvestades otstarbekas siseriiklikult kehtestada selged menetlustähtajad, asendades need „võimalikult varaku” ja „mõistliku” ajamääratlusega.

Eeltoodud kokku võttes peab magistritöö autor eelloa regulatsiooni riigi tasandil ettevalmistamist tõsiseks väljakutseks, tagamaks eelloa väljaandmise kriteeriumide selge, läbipaistev ning mittediskrimineeriv õiguslik regulatsioon, et vajadusel tasakaalustatud piirata (reguleerida) piiriülese haiglaravi ja sellega võrdsustatud võimalused väljapool Eestit, vältimaks samas piiriülese tervishoiuteenuse kättesaamatuks muutmise Eesti patsientidele. Hea regulatsiooni eelduseks on kõigi osapoolte – nii patsientide, Eesti Haigekassa kui tervishoiuteenuse osutajate vaheline koostöö.

Millist mõju aga avaldab direktiivi eelnõu piiriülese tervishoiuteenuse rahalise kättesaadavuse aspektist Eesti patsiendile? Antud alateemat kokku võttes on autor seisukohal, et piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise osas tekitab direktiivi eelnõu olulist ebaselgust – ebaselgust nii maksistingimuste kui maksja ja raha saaja osas; ebaselgust sellest, millistel juhtudel ja millistel kriteeriumidel saab Eesti patsiendi õigusi tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse saamisel piirama eelluba. Autor loodab toodud ja arvukatele muudele, direktiivi eelnõu praktikas rakendamiseks vajalikele küsimustele vastuste saamist esmalt EL liikmesriikide tasandil kokkulepetest, mis omakorda peaksid lihtsustama riigisisese regulatsiooni väljatöötamist.

¹⁵⁰ http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/erandkord (12.05.2010)

Rahalisest aspektist võib ennatlikult järeldada, et direktiivi eelnõu raskendab piiriülese tervishoiuteenuse kättesaamist Eesti patsiendile – seda juhul, kui riik piirab piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist riigisiseste piirmääradega. Sellisel juhul ja arvestades Eesti tervishoiuteenuse hindade suhteliselt madalat taset, suureneb patsiendi poolt tervishoiuteenuse rahastamiskoormus erinevate riikide hinnakirjade vahe maksimisega omaosaluse korras.

3.4 Piiriülese tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus

Võrreldes tänaste võimalustega, kus Eesti patsiendile RaKS § 37 sätestatud alustel hüvitatakse mistahes teises riigis tervishoiuteenus üle maailma, piirab direktiivi eelnõu selles osas tervishoiuteenuse geograafilist kättesaadavust EL liikmesriikidega.

Seda, et Eesti patsientide võimalused piiriülese tervishoiuteenuse geograafiliseks kättesaadavuseks mõnevõrra ahenevad, näitab ka olemasolev, magistritöö II ptk all väljatoodud faktid. Nimelt magistritöö raames vaadeldud perioodil (aastatel 2006 – 2009) võimaldas Eesti Haigekassa ja hüvitas oma ravikindlustatud isikute ravi lisaks EL liikmesriikidele ka Venemaal osutatud tervishoiuteenuste eest (23 korral), Norras ja Šveitsis (mõlemas riigis 3 korral), Ameerika Ühendriikides (2 korral) ja Tais (1 korral). Arvestades, et vaadeldud perioodil said Haigekassalt loa piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks üldse kokku 326 ravikindlustatud patsienti, moodustab ülaltoodud, väljapool EL liikmesriikide käinud juhtude arv piiriülest tervishoiuteenust saanud patsientide koguarvust ca 10%.

Kuivõrd aga direktiivi eelnõu reguleerib piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalusi sõltumata põhjustest; senine piiriülese tervishoiuteenuse võimalused Eesti patsientidele olid aga seotud vastava tervishoiuteenuse või sellele alternatiivse tervishoiuteenuse mitteosutamise Eestis, ei näe autor seost antud kahe regulatsiooni vahel ning on seisukohal, et vastav regulatsioon ning seega võimalused raviks väljapool Eestit

(piiramata seda EL liikmesriikidega) jäävad jõusse ka direktiivi eelnõu jõustamise järgselt.

Piiriülese tervishoiuteenuse geograafilisel kättesaadavust saab aga käsitleda teisestki aspektist, nimelt piirialade elanike aspektist. Direktiivi eelnõu eraldi eesmärgiks on olnud piirialade elanikele tervishoiuteenuse parema kättesaadavuse tagamine. Magistr töö autor peab antud põhimõtet õigustatuks ja möönab, et antud aspektist täidab direktiivi eelnõu oma eesmärgi. Vastavat eesmärgi võiks direktiivi eelnõu jõustamise järgselt rakendada ka Eestis, näit Valga haigla poolt Läti patsientidele piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel ja seeläbi lätlastele parema tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamisel. Toodud näite varal jääks direktiivi eelnõu positiivne eesmärk aga jällegi vaid teoreetiliseks, tingituna Läti praegusest sotsiaalpoliitikast, mille kohaselt maksavad lätlased neile osutatud tervishoiuteenuste eest suures osas ise ja mistõttu on tervishoiuteenuse kättesaadavuse temaatika Lätis oluliselt probleemsem Eestiga võrreldes.

Kui piiriülese tervishoiuteenuse ajalises ja rahalises kättesaadavuses tõi magistr töö autor välja Eestis esinevad kitsaskohad ja vajadused Eesti-siseste muudatuste tegemiseks, siis tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse aspektist ei näe magistr töö autor muudatusteks vajadust. Arvestades Eesti territoriaalset suurust (väiksust), on magistr töö autori arvates tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus tagatud olemasoleva haiglavõrgu kaudu, mille eesmärk on tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus¹⁵¹.

Millist mõju aga avaldab direktiivi eelnõu piiriülese tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse aspektist Eesti patsiendile? Antud alateemat kokku võttes on autor seisukohal, et direktiivi eelnõu pigem piirab piiriülese tervishoiuteenuse saamist Eesti patsientidele. Märgitud piirang seondub piiriülese tervishoiuteenuse saamise võimalustega mitte üle maailma vaid EL 26 liikmesriigi kaudu. Siinjuures on magistr töö

¹⁵¹ Haiglavõrgu arengukava kinnitatud Vabariigi Valitsuse 02.04.2003.a. määrusega nr. 105. Avaldatud RT I 2003, 35, 223

autor seisukohal, et senine regulatsioon piiriülese tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse osas üle maailma säilib Eesti patsiendile juhul, kui patsient vajab tervishoiuteenust, mida või millele analoogset tervishoiuteenust Eestis ei osutata. Lisaks geograafilistele põhimõtetele puudutab senine kord ka ravi hüvitamist.

3.5. Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu mõju Eesti tervishoiuteenuse osutajatele

Lisaks eelpool käsitletud direktiivi eelnõu mõjudele patsiendile, mõjutab direktiivi eelnõu ka tervishoiuteenuse osutajaid. Erinevalt Eesti patsientidest, kes piiriülest tervishoiuteenust soovides põrkuvad kokku võimaliku ajalise takistuse, soovitud välisriigis kehtiva bürokraatia, eelloa temaatika ja rahaliste probleemidega, on direktiivi eelnõul märksa positiivsem mõju Eesti tervishoiuteenuse osutajatele – seda varemkäsitletu kohaselt ennekõike tingimusel, et riikidevaheliste siduvate lepingutega on tagatud tervishoiuteenuse tasustamine.

Direktiivi eelnõu peamine kasu Eestile on meditsiiniteenuste ekspordi ning seeläbi meditsiini lisaraha toomise kaudu. Eestisse võiks oodata patsiente teistest EL liikmesriikidest, eriti riikidest, kus ka patsiendi voodipäeva eest makstav omaosalustasu on tunduvalt kõrgem kui Eestis. Koos välismaa patsientidega tuleks kaasa ka nende eest makstav raviraha, mis läheks Eesti tervishoiuteenuse osutajatele.

Praegu on tervishoiuteenuste eksport Eestis suhteliselt tagasihoidlik. Eesti Haigekassa andmetel käis 2008. aastal plaanilisel ravil 65 välismaalast, 2009 poole aastaga 29. Seni on kõige sagedasemad tervishoiuteenused, mida Eestis osutatakse ka välispatsientidele, olnud hambaravi, esteetiline kirurgia, silmakirurgia, diagnostilised teenused ja viljakusravi.¹⁵²

¹⁵² Vastav informatsioon pärineb EPL 08.12.2009a..a artiklist „Välispatsiendid võiksid haiglatele kosutust anda”. Artikkel arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/484365> (24.05.2010)

Eesti detsentraliseeritud ja eraõiguslikel alustel opereeriv tervishoiuteenuste osutajate võrk koos juurdunud teenustepõhise hinnakujundusega loob aga soodsa eelduse tervishoiuteenuste ekspordiks. Siiski realiseerub see tõenäoliselt pigem erasektori initsiatiivil ja erakapitalil põhinevad teenusepakkujad moodustavad tervishoiuteenuste osutajate sektoris väga väikese osa. Avaliku võimu kontrolli all tervishoiuteenuste osutajate peaülesanne on tagada teenused Eesti elanikele, mis, et neist kujuneksid varajased ekspordi eestvedajad. Samal ajal on riiklikul tasemel strateegiliseks tegevuseks selles suunas otstarbekas kaasata maksimaalselt olemasolev infrastruktuur ja inimressurss, et vältida paralleelsüsteemide arendamist. Reaalselt optimistlikuks on peetud tervishoiuteenuste ekspordi 0,9 – 1,8 miljardi kroonini aastas, mis oleks otsene lisatulu ca 10-20% praegustele raviteenustele.^{153, 154}

Piiriülese tervishoiuteenuse osutamiseks Eestil väga olulist hinnaelist ei ole, kuid see erineb valdkonniti. Hoolimata ühese konkurentsieelise puudumisest on Eestil olemas valdkonnad, millel on suhteliselt hea ekspordipotentsiaal. Sellisteks valdkondadeks on laborimediitsiin, hambaravi, esteetiline kirurgia, ortopeedia ja ravispaad. Nendes valdkondade järele on välisurgudel ka kasvav nõudlus. Üks selline tervishoiuteenuse osutaja, milline juba praegu välispatsiente vastu võtab, on Tallinnas tegutsev taastava kirurgia kliinik, mis tegeleb veresoontekirurgia ja taastava plastikakirurgiaga.

¹⁵³ A. Aaviksoo „Tervishoiuteenuste eksport võib tugevdada kodumaistki arstiabi”. Arvutivõrgus kättesaadav: http://hei.eas.ee/index.php?option=com_content&view=article&id=568;tervishoiuteenuste-eksport-voib-tugevdada-kodumaistki-arstiabi-&catid=73:2010-veebuar (26.05.2010)

¹⁵⁴ T. Tabur „Tervishoiueksport võib Eestile tuua miljardeid”. Meditsiiniuudised 04.05.2010.

Kokkuvõte

Iga terviseprobleemiga võitleva patsiendi prioriteetne soov on saada võimalikult kiire, tõhus ja ohutu ravi. Aeg-ajalt soovib nii mõnigi patsient arstiabi saada teisest riigist kui oma kodukohariik, tuues põhjenduseks suurema usalduse välisriigi tervishoiuteenuse osutaja vastu, suurema professionaalsuse, parema tehnilise varustatuse või muud, patsiendi jaoks olulised põhjendused. Vahel võib põhjuseks olla aga ka patsiendi elukoht piiriäärsel alal, kus lähim meditsiini-asutus asub naaberriigis, või isegi seetõttu, et patsiendi kodumaal ei pakuta ravi, mida ta vajab.

Et piiriülene tervishoiuteenus ei ole olnud siiski kuigi sage ravi saamise viis, on senini puudunud sellekohane selge üleeuroopaline regulatsioon. Piiriülese tervishoiuteenuse saamise õigust ja selle hüvitamist patsiendi koduriigi poolt on seni sisustanud Euroopa Kohus konkreetsete kohtulahendite kaudu. Antud tühimiku täitmiseks ning eesmärgiga tagada EL liikmesriikide kodanikele piiriülese tervishoiuteenuse saamine läbi õigusliku regulatsiooni, on Euroopa Parlament ja nõukogu ette valmistanud direktiivi eelnõu patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius.

Direktiivi eelnõu alusel seadis magistritöö autor eesmärgiks analüüsida, kas kõnealune piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu muudab tervishoiuteenuse Eesti patsiendile ajalise, rahalise või geograafilise elemendi alusel kättesaadavamaks.

Tänase õigusliku regulatsiooni alusel puudub Eesti patsiendil vaba voli valida tervishoiuteenuse osutajat Eesti või mistahes teise EL liikmesriikide tervishoiuteenuse osutajate vahel – seda juhul, kui patsient soovib ravikulude hüvitamist Eesti Haigekassa poolt. Täna puudub Eesti patsiendil võimalus minna ravile välisriiki põhjusel, et teisest riigist saaks ta soovitud ravi kiiremini kui Eestist. Samuti ei ole patsiendil haigekassa kulul õigust pöörduda ravile välisriiki põhjusel, et vastav ravi on teises riigis odavam kui Eestis või et patsiendile oleks see geograafiliselt mugavam.

Olemasolevaid võimalusi piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks peaks tulevikus oluliselt rohkem avardama piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi eelnõu. Magistritöö autori arvates on aga Eesti patsiendile direktiivi eelnõuga tagatud õigused pigem teoreetilised kui praktilised.

Tervishoiuteenuse kättesaadavus, sh. ajaline kättesaadavus seondub ravijärjekorraga. Ravijärjekorrad ei kaota oma õiguslikku tähendust ka direktiivi eelnõu jõustamise järgselt; probleemne on aga küsimus – kas tervishoiuteenuse osutamine saab toimuma ühe ja ühtse järjekorra alusel nii „oma riigi” kui teisest liikmesriigist tulnud patsientidele või mitte. Kui tervishoiuteenuse osutamine tulevikus hakkab toimuma ühtse ravijärjekorra alusel, halvendab see Eesti patsientide tervishoiuteenuse kättesaadavust veelgi pikenevate ravijärjekordade tõttu; teise, nn. piiriülestele patsientidele eraldi ravijärjekorra loomine sõltub aga otseselt ravi rahastamisest – st. kui välispatsientide eest tulevikus hakkab esmalt tasuma Eesti Haigekassa tervishoiuteenuse osutajale, eeldaks see välispatsiendid arvamist ravijuhtudena tervishoiuteenuse osutaja ja Eesti Haigekassa vahel sõlmitavatesse ravi rahastamise lepingutesse, mis aga muudab tervishoiuteenuse Eesti patsientidele halvemini kättesaadavaks – eelkõige haigekassa piiratud rahaliste ressursside tõttu. Sellise olukorra välistamiseks näeb magistritöö autor ravijärjekordade moodustamisega seonduvate küsimuste lahendamist komplekselt koos ravi rahastamisküsimuste lahendamisega – seda esmalt liikmesriikide tasandil.

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise osas tekitab direktiivi eelnõu olulist ebaselgust – ebaselgust nii maksistingimuste kui maksja ja raha saaja osas; ebaselgust sellest, millistel juhtudel ja millistel kriteeriumidel saab Eesti patsiendi õigusi tulevikus piiriülese tervishoiuteenuse saamisel piirama eelluba. Autor loodab toodud ja arvukatele muudele, direktiivi eelnõu praktikas rakendamiseks vajalikele küsimustele vastuste saamist esmalt EL liikmesriikide tasandil kokkulepetest, mis omakorda peaksid lihtsustama riigisisese regulatsiooni väljatöötamist.

Rahalisest aspektist võib aga ennatlikult järeldada, et direktiivi eelnõu raskendab piiriülese tervishoiuteenuse kättesaamist Eesti patsiendile – seda juhul, kui riik piirab

piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist riigisiseste piirmääradega. Sellisel juhul ja arvestades Eesti tervishoiuteenuse hindade suhteliselt madalat taset, suureneb patsiendi poolt tervishoiuteenuse rahastamiskoormus erinevate riikide hinnakirjade vahe maksmisega omaosaluse korras.

Piirülese tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse aspektist ei muuda direktiivi eelnõu tervishoiuteenust eesti patsiendile kättesaadavamaks. Arvestades Eesti territooriumi suurust (või ka väiksust), on magistritöö autori arvates tervishoiuteenuse geograafiline kättesaadavus olemasoleva nii toimiva perearstisüsteemi kui haiglavõrgu kaudu tagatud. Geograafilise kättesaadavuse aspektist vaadatuna võiks pigem öelda, et direktiivi eelnõu kitsendab Eesti patsiendi võimalusi piiriülese tervishoiuteenuse saamisel. Nimelt täna on Eesti patsiendil seadusliku aluse esinemisel võimalus saada vajalikku tervishoiuteenus üle maailma; direktiivi eelnõu piiritleb geograafilise kättesaadavuse aga EL liikmesriikidega.

Kui Eesti patsientide jaoks näeb magistritöö autor direktiivi eelnõus ennekõike teoreetilisi positiivseid võimalusi, siis Eesti tervishoiuteenuse osutajate jaoks näeb magistritöö autor ka praktilisi positiivseid võimalusi – seda tervishoiuteenuste eksportimise kaudu. Autori arvates on Eesti tervishoiuteenuse osutajatel potentsiaalsed võimalused oma teenuste eksportimiseks, mille järele on välisurgudel nõudlus. Tervishoiuteenuste eksport aitaks teataval määral kaasa Eesti arstide ja haiglate toimetuleku parandamisele.

Käesolev magistritöö – nii nagu direktiivi eelnõugi – jätab paljud küsimused vastuseta. Direktiivi eelnõud analüüsid on magistritöö autor tõstatanud mitmed probleemid, mille lahendamine sõltub mitte ainult Eesti riigi erialaspetsialistide heatasemelisest koostööst, vaid eeldab põhimõtete kokkuleppimist EL liikmesriikide tasandil – arvestades, et direktiivi eelnõu alusel väljub tervishoiuteenuse osutamine ühe riigi piirest. Ometi loodab magistritöö autor, et Euroopa Parlament ja nõukogu jõuavad direktiivi eelnõu reaalse vastuvõtmiseni, seadustades sellega Euroopa Kohtu senise praktika ja patsientide õigused tervishoiuteenuse saamiseks väljaspool oma koduriiki.

Influence of health care services directive on availability of health care services in Estonia

Resume

Everyone has the right to the protection of health. Such fundamental right has been established in section 28 of the Constitution of the Republic of Estonia, containing the state's obligation to ensure availability of health care services.

The Master's thesis gives the concept of availability of health care services with the element of time, money and geography because the problems of availability of health care services lie namely in these aspects.

The priority of each patient facing a health problem is to receive fast, efficient and safe treatment. Every now and then a patient wishes to receive medical assistance from a country other than his home country, explaining it with more confidence in the providers of health care services of other countries, higher professionalism, better technical equipment or other explanations important for the patient. Sometimes the reason may be due the fact that the patient lives at a border area where the nearest medical institution is located in the neighbouring country, but also due to the fact that home country does not offer the treatment that the patient needs. The need for medical assistance outside one's home country is not a new need. However, it has become more and more topical.

Due to the fact that cross-border health care service has not been a very frequent method of obtaining treatment, it has so far lacked a clear cross-European regulation. The right to receive cross-border health care services and compensation thereof by the home country of the patient has been so far regulated through the specific rulings of the European Court of Justice. In order to fill the void and with the aim of ensuring the citizens of the Member States of the EU with cross-border health care services through legal regulation, the European Parliament and the Council have prepared a draft directive on application of the rights of patients in cross-border health care.

On the basis of this draft directive the author of this thesis set the goal of analysing if the draft directive on cross-border health care services in question makes the health care services more available for Estonian patients on the basis of the time, money or geographical element.

Availability of cross-border health care services arises from the circumstances that may hinder availability of health care services on national level. According to Regulation No 46 by the Minister of Social Affairs dated 21 August 2008 on procedure for availability of health care services and keeping the waiting list, which regulates the availability of health care services in Estonia, a patient has the right to receive the necessary health care service during a minimum time. The interpretation of the term “minimum time” is, for sure, different for the patient, provider of health care service and the health insurance fund financing the health care service.

However, the definition of the “minimum time” of health care services is much more specifically contradicted by the maximum time of availability. As established by the Estonian Health Insurance Fund the maximum length of the waiting list for out-patient specialised medical treatment shall not exceed 6 weeks and for in-patient specialised medical treatment 8 months. However, for example the waiting list for cataract operation is 1.5 years, endo-prosthetics of large joints 2.5 years and transplant of cornea 3 years.

Availability of health care services is most influenced by financial factors – that is the case if the long waiting lists are not due to the patient’s wish to obtain an appointment with a specific provider of health care service or if the long waiting lists are not due to the geographical location of the provider of health care service in order to create its monopoly. The most common reason why the patients have to wait for months or even years for the desired health care service is due to the limited volumes of the contracts concluded between the Health Insurance fund, which finances the health care services and the provider of health care services. The limited volumes of contracts in turn, are due to the system of financing health care in Estonia, which is mainly based on direct taxation of labour. Approximately 2/3 of financing of health care comes from taxation of

intended-purpose labour. Due to the fact that in the conditions of economic recession, the budget of health insurance has been cut due to low rate of collection of the social tax, it impacts availability of medical assistance.

Geographic availability of health care services in the Estonian health care system is limited with the development plan for the hospital network and lists of family physicians in order to ensure even geographical spread of health care services for the entire population of Estonia. The author of the Master's thesis thinks that geographically, the availability of health care services is generally ensured without hindrance. However, in the future it may be necessary, for the purposes of more rational use of health care sector expenses, to close-down some general hospitals with lower patient count.

On the basis of current legal regulation, Estonian patients do not have the free opportunity to choose the provider of health care services from Estonian or any other European Union Member State provider of health care services – that is the case if the patient wishes to have the medical treatment expenses to be compensated by the Estonian Health Insurance Fund. The possibilities for obtaining cross-border health care services and their compensation by the Health Insurance fund are available for Estonian patients only if the treatment that is necessary for the patient or alternative treatment is not provided in Estonia, it is in the benefit of the insured Estonian patient, the treatment has proven medical efficiency and the average probability of achieving the intended aim of the health care service is at least 50%. Thus, the current legal regulation in Estonia does not allow a patient to go to a planned treatment in a foreign country for the reasons that he would receive treatment faster than in Estonia. Furthermore, the patient does not have the right to go for a treatment abroad at the expense of the Health Insurance Fund with the explanation that the respective treatment abroad is cheaper than in Estonia or because it would be geographically more convenient for the patient.

The existing possibilities for obtaining cross-border health care services should be expanded, at least theoretically, in the future with the draft directive on cross-border health care services.

Availability of health care services, including availability in terms of time is related to the waiting list – that is the case if the provider of the health care services cannot provide immediate service to the patient or if the same service by the same provider of health care services is desired by several patients. The author of this Master's thesis thinks that the waiting lists do not lose their legal meaning even after the entry into force of the draft directive, being the only possibility for fair provision of services to the planned patients of "own country" as well as other Member State. However, a problem lies in the question if health care services should be provided on the basis of one and the same waiting list for the patients of "own country" as well as those from other Member States. The draft directive emphasises the principle according to which equal treatment of patients from other Member States and patients from the Member State providing the treatment must be ensured. From the point of view of the local patients, this principle would presume provision of health care services on the basis of one waiting list for the patients of own country as well as of another Member State.

Today, the Estonian Health Insurance Fund is the first to pay for the service provided to a foreign patient by an Estonian provider of health care services. If the same principle prevails after the entry into force of the directive, it will deteriorate the possibilities of Estonian patients in terms of availability of health care services by even longer waiting lists. However, it ensures equal treatment of the patients of the insuring country and patients from another Member State through a long waiting list for all patients.

As an alternative, the author sees a possibility for keeping a separate extra-contractual waiting list that is for patients from other Member States, which would not influence the length of the waiting list for Estonian patients who depend on the Estonian Health Insurance Fund. The first precondition for this "second waiting list", which could also be called a waiting list for cross-border patients is availability of internal resources of the provider of the health care service for provision of health care services in a volume that exceeds the one established in the contract concluded between the Estonian Health Insurance Fund and provider of health care services.

Establishing a waiting list for cross-border patients depends, in addition to the resources of the provider of health care services, also on the conditions for covering the costs of health care services of the patient from another EU Member State, which according to the opinion of the author cannot be regulated, in the light of the directive, in the Member States but by agreements between countries. Taking into account the fact that keeping one or several waiting lists does not concern availability of health care services not only in Estonia but in all EU Member States and thereby the interests of the patients of all Member States in ensuring availability of health care services, the author of the Master's thesis sees the need for concluding agreements on the level of Member States (e.g. on the level of ministers of the health care sector or providers of health insurance) in order to harmonize the conditions for ensuring the state's fee for the health care services for the provision of cross-border health care services.

A separate issue in ensuring availability of cross-border health care services for Estonian patients in terms of time and finances is related to the regulation of prior authorisation. Wishing to obtain health care services from another Member State, the patient faces a question if in order to obtain the desired health care services in another member state and its partial or full compensation by the Estonian Health Insurance Fund, the patient needs to apply previously for a prior authorisation from the Health Insurance Fund or the Estonian patient may realise his wish even without the authorisation of the Health Insurance Fund, being certain that the Health Insurance Fund pays for the health care services provided by the provider of health care services of another country either partially or fully.

According to the draft directive, the prior authorisation of the insuring country is required for hospital treatment in another Member State. The draft directive equalises the hospital treatment also with a very specific health care service, which does directly not require stay in hospital. Furthermore, the prior authorisation is required for obtaining state compensation for the health care services if the treatment requires using costly medical infrastructure or costly medical devices, or if treatment involves special risk for the patient or population. Due to the draft directive, the insuring state may establish a system

of prior authorisations for compensation of hospital treatment provided in another Member State by its social insurance system if absence of the prior authorisation would seriously harm or probably harm the financial balance of the social insurance system of the insuring state.

If the case does not involve hospital treatment or health care service equal to it, a patient may turn to provider of health care services of any EU Member State without prior authorisation of the Health Insurance Fund. However, the draft directive inevitably raises questions concerning, starting from which sums of money the cross-border health care service is considered to be harmful for the financial balance of Estonian Health Insurance Fund, for the avoidance of which it is necessary to obtain a prior authorisation of the Health Insurance Fund for state compensation of the cross-border health care service and/or how expensive must the 1-day health check be in order to have to present a prior authorisation. Due to these questions the Member States are facing extensive work in order to develop balance regulation for the prior authorisation after the entry into force of the draft directive in order to ensure on one hand the right of patients for cross-border health care services, and on the other hand protection of the financial balance of the social insurance system of the insuring state.

Furthermore, the draft directive does not clarify how are the rights and interests of patients, providers of health care services and financers of treatment ensured in compensation of the provided health care services.

If the cross-border health care service preconditions a prior authorisation from the Health Insurance Fund, it ensures that the provider of the health care services will receive compensation from the insuring state. However, considering that one of the principles of the draft directive is that the insuring country pays the costs of cross-border health care services to an extent that would be subject to compensation in their national social insurance system, it is first necessary to establish national rules for compensation of cross-border health care services. Thereafter, the respective information that the sums exceeding the rate of compensation from the insuring country are collectible from the

patient must be known to the providers or financers of health care services in other Member States.

If the case does not involve provision of cross-border health care service that requires prior authorisation a question regarding compensation of the costs of health care services to the provider of the health care services arises. According to one precondition and in order to ensure protection of the rights and interests of the provider of health care services a patient should be required to first fully pay for the cross-border out-patient service and thereafter submit a claim for compensation to the extent that would be subject to compensation by the insuring state for the same treatment at a local health care services provider. However, the author of this Master's thesis sees that this opportunity involves a certain risk to the availability of cross-border health care services ensured with the draft directive – this is due to the fact that the financial possibilities of the patient must be such as to allow payment for the cross-border health care service, even for the sums, which will subsequently be compensated by the state. Furthermore, such principle of compensation is not supported by the regulation of the Health Insurance Act, according to which the insured person does not have the right to request refund from the Health Insurance Fund for the money spent on obtaining services included in non-financial health insurance compensations (i.e. provided health care service). The second possibility, which is the author favours more, concerns agreements between the ministers of the social sector or health insurance authorities of the Member States in order to implement the draft directive and ensure state's compensation for cross-border health insurance service. In such case the cost of the patient will be limited to own share and other related costs, which are not covered by the insuring country within the framework of cross-border health care service.

From the point of view of the Health Insurance Fund, the author of this Master's thesis sees that the problem of health care services, which do not require prior authorisation lie in the fact that the Health Insurance Fund, which finances the treatment has no overview of the actual extent of its financial obligations or of how many patients and for which sums have received cross-border health care service, which does not require prior

authorisation and which the Health Care Fund has to compensate. This information will be obtained by the Health Insurance Fund after the provision of the health care service from the patient together with the application for compensation. This in turn will pose a question regarding, starting from which sums will the Estonian social insurance system's financial balance be harmed in order to limit such cross-border health care service with the regulation of prior authorisation from the Estonian Health Insurance Fund.

Due to the above, the draft directive remains rather unclear as to the regulation of the prior authorisation as well as issues related to compensation of health care services. Therefore the Member States, including Estonia will have an important task in the future upon application of the draft directive in order to develop a fair regulation from the point of view of patients as well as the state for legal regulation of the prior authorisation as well as establishing the mechanism for compensation of health care services.

The draft directive gives Estonian patients who have to wait for specific health care service in Estonia for a very long time or who wish to choose another country instead of Estonia as the provider of the health care services for other reasons a theoretical opportunity to turn to another EU Member State for planned treatment – regardless of the fact if this or similar service is provided in Estonia or not. According to the opinion of the Master's thesis, the draft directive gives a theoretical opportunity due to the fact that the practical opportunities depend first and foremost on the financial possibilities of a state, mostly the possibilities of the Estonian Health Insurance Fund for full or partial compensation of the treatment. From the point of view of the Health Insurance Fund, upon payment for the health care services, there can be no difference if the provider of health care services to a patient insured in Estonia is a provider of health care services operating in Estonia or in any other EU Member State.

The draft directive of the cross-border health care services does not only create broader (theoretical) possibilities for obtaining health care services but also obligations – first and foremost financial obligations because the Estonian Health Insurance Fund may not compensate the health care services received in another Member State to the full extent –

as ensured today, in the case of receiving cross-border health care services under limited conditions. As mentioned above, one of the principles of the draft directive, according to which a country pays the cost of cross-border health care services at least to the extent, which it would pay for the provider of health care services of its country. The rest of the costs are subject to payment by the patient. To that the patient's travel and accommodation costs are added, the compensation of which might not be taken over by the Estonian Health Insurance Fund. The positions set forth in this paper concerning the issues as to which costs or to which account will be covered by the state and which not, are a subjective opinion of the author. Actual light to the issues related to compensation of cross-border health care services is shed by the national regulation after passing of the draft directive.

One of the aims of the draft directive has been to ensure better availability of health care services for the residents of border areas. The author of the Master's thesis thinks that this aim is very important for the residents of border areas of many member states. In that, the directive on cross-border health care services could in the future help the Latvian patients through the hospital of Valga and thereby ensure Latvians with better availability of health care services. The respective right for the Latvian patients can be realised if the Latvian social policy, and thereby the social insurance system allow the patient to apply his rights on the basis of the draft directive.

From the point of view of geographical availability of cross-border health care services, the draft directive does not make the health care services more available for Estonian patients. Considering the size of Estonian territory, the author of the Master's thesis thinks that geographical availability of the health care services is ensured through the functioning family physician system as well as hospital network. From the point of view of geographical availability, it could be said that the draft directive limits the possibilities of Estonian patients for obtaining cross-border health care services. Today, Estonian patients have the possibility to obtain the necessary health care services across the world on the basis of the law; the draft directive limits the geographical availability with the EU Member States.

While for Estonian patients the author of this Master's thesis foresees mostly theoretical-positive opportunities, then for the providers of health care services in Estonia the author see also practical-positive opportunities – through export of health care services. The author thinks that the providers of health care services in Estonia have potential opportunities for exporting laboratory medicine, dentistry, aesthetic surgery, orthopaedics or treatment-spa services. The demand for these areas is continuously high on foreign markets, which would facilitate coping of Estonian doctors and hospitals.

Kasutatud allikate loetelu

I Kasutatud kirjandus

1. Nõmper A, Sootak J. Meditsiiniõigus. Tallinn: Kirjastus Juura 2007
2. Aaviksoo A. Tervishoiuteenuste eksport võib tugevdada kodumaistki arstiabi. Ajakiri HEI, 30.03.2010. Arvutivõrgus kättesaadav: http://hei.eas.ee/index.php?option=com_content&view=article&id=568:tervishoiuteenuste-eksport-voib-tugevdada-kodumaistki-arstiabi-&catid=73:2010-veebuar (24.05.2010)
3. Tuur M. Muudatused ravikindlustuse valdkonnas isikute vabal liikumisel Euroopa Liidu riikides. Ajakiri „Eesti Arst“. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eestiartst.ee/static/files/025/muudatused_ravikindlustuse_valdkonnas_isikute_vabal_liikumisel_euroopa_liidu_riikides.pdf (05.04.2010)
4. Jesse M, Couchier M, Kruuda R. Arstid ees, patsiendid järel? Ühiskondlik-poliitiline ajakiri „Riigikogu Toimetised“ 2004, 10. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.riigikogu.ee/rito/index.php?id=11239> (06.04.2010)
5. Thomson S, Vörk A, Habicht T, Rooväli L, Evetovits T, Habicht J. Võimalused Eesti Tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/E93445_in_Estonian.pdf (02.03.2010)
6. Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., Ginneken, E. (2008). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes, lk 100-103; 141-149; 267-269. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/HIT_raamat_2008.pdf (30.05.2010)
7. Aaviksoo A, Kiivet R, Paat G, Saluste J. Eesti patsiendi minevikuvõidud ja tulevikuvõimalused. Poliitikauuringute Keskuse Praxis. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanike%C3%BChiskond/Kodanike_ja_poliitikakujundajate_dialog_V%C3%9CF_praxis_11_16b.pdf (07.04.2010)

8. Amos M. Eesti tervishoiusüsteemi piirid nihkuvad. Eesti Arst 2008, 87(12):977-981. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.eestiarst.ee/static/files/042/ea0812lk977-981.pdf> (14.03.2010)
9. Kukk A, Suits S. Ravijärjekorrad korda. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eestiarst.ee/static/files/004/ravijarjekorrad_korda.pdf (20.05.2010)
10. Viik A. Euroopa Liidus kindlustatud isikutele tervishoiuteenuste osutamine. Med24.ee, 03. jaanuar 2006. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/aktuaalne_teema/article_id-700
11. Vainu V. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009. Sügis 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Uuringud_ja_analuusid/Patsiendi_rahulolu_uuring_2009.pdf (14.04.2010)
12. Nahkur S. Maripuu: Digiregistratuur parandab ravi kättesaadavust. 07.11.2008, Med24. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/etervis/article_id-6484 (09.05.2010)
13. Blumberg K. Haiglata mäng efektiivsuse piirimail. 09.12.2008, Äripäev. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=303a6045-fdf2-47b9-bc75-34068ad035f9> (15.05.2010)
14. Sormunen R. Veebruari sotsiaalmaksu laekumine: -19%. Äripäev, 18.02.2010. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=ebee57f2-c616-4347-bda5-2e3919f7eb3d> (19.05.2010)
15. Lohk M. Ravijärjekorrad on ja jäävad. Tarbija24.ee, 17.12.2008. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tarbija24.ee/?id=59529> (09.05.2010)
16. Kruuse M. Pikimad ravijärjekorrad ulatuvad detsembrisse. Eesti Päevaleht, 22.07.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/473991> (19.05.2010)
17. Ibrus K. Välispatsiendid võiksid haiglatale kosutust anda. Eesti Päevaleht, 08.12.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/484365> (19.05.2010)

18. Ibrus K. WHO: haigekassa vajab lisaraha. Eesti Päevaleht, 05.03.2010.
Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/493100> (10.05.2010)
19. Žmenja M. magistritöö „E-tervis ja õigus”. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/10062/10569/1/zmenjamarika.pdf>
(30.05.2010)
20. Malmet H. bakalaureusetöö teemal „Patsientide vaba liikumine Euroopa Liidus
määrus nr 1408/71 ja kohtukaasuste käsitlemisel“. Materjalid autori valduses.

II Normatiivmaterjalid

21. Eesti Vabariigi Põhiseadus. Avaldatud: RT 1992, 26, 349; RT I 2007, 43, 311
22. Ravikindlustuse seadus. Avaldatud: RT I 2002, 62, 377
23. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RT I 2001, 50, 284; RT I 2008, 58, 329
24. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded.
Sotsiaalministri 21. augusti 2008.a määrus nr 46. Avaldatud: RTL 2008, 73,
1019
25. Haiglavõrgu arengukava. Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2003.a määrus nr 105.
Avaldatud: RT I 2003, 35, 223; 2004, 86, 586
26. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 ja selle rakendusplaanid aastateks
2009-2012 heakskiitmine ning Vabariigi Valitsuse 7. detsembri 2005.a
korralduse nr 771 muutmine. Vabariigi Valitsuse 17. juuli 2008.a korraldus nr
325. Avaldatud: RTL 2008, 63, 904
27. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 19. veebruari
2009. a määrus nr 42 Avaldatud: RT I 2009, 16, 99
28. Vabariigi Valitsuse 09.10.2008 istungi otsus: Eesti seisukohad Euroopa
Parlamendi ja nõukogu direktiivi „Patsiendiõiguste kohaldamise kohta
piiriüleses tervishoius“ eelnõu suhtes. Arvutivõrgus kättesaadav:
<https://dhs.riigikantselei.ee/dhsavalik.nsf/69a1ea59675f3692c22572b8005d9668/c2256d56004d5f80c22574dd004afa35?OpenDocument> (24.01.2010)
29. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Sotsiaalministri 15. detsembri
2004.a määrus nr 128. Avaldatud: RTL 2004, 158, 2376

30. Kindlustatud isikult tasu maksmisekohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetoodika. Sotsiaalministri 19.01.2007 määrus nr 9 Avaldatud: RTL 2007, 8, 135
31. Haigla liikide nõuded. Sotsiaalministri 19. augusti 2004.a määrus nr 103.Avaldatud: RTL 2004, 116, 1816
32. Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine. Sotsiaalministri 5. veebruari 2009.a käskkiri nr 16.
33. Ravijärjekordade maksimumpikkused. Eesti Haigekassa nõukogu 06. märtsi 2009.a otsus nr 4. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_04%20ravijärjekorra%20pikkus.pdf (09.05.2010)
34. Sotsiaalministri 22. juuni 2004.a määruse nr 84 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded“ muutmine. Sotsiaalministri määruse eelnõu, 10.01.2006. Autori valduses
35. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. Sotsiaalministri määruse eelnõu, 16.06.2008. Autori valduses
36. Act on Health Care Professionals No 559/1994. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/> (24.05.2010)

III Kasutatud seletuskirjad

37. Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ eelnõu juurde. Tekst autori valduses
38. Seletuskiri Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi „Patisendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius“ eelnõu juurde. Sotsiaalministeerium, Trelin H, Uusberg T. Tekst autori valduses
39. Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Sotsiaalministri 22.06.2004.a määruse nr 84 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded“ muutmine“ eelnõu juurde. Sotsiaalministeerium, Normet I. Tekst autori valduses.

IV EL instrumendid

40. Euroopa asutamisleping. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://europa.eu/abc/treaties/index_et.htm (19.12.2009)
41. EL põhiõiguste harta. ELT C 303, 14.12.2007, lk 1-16. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.headest.ee/index.php?page=harta> (19.12.2009)
42. Euroopa Liit- Euroopa Liidu lepingu ja Euroopa Ühenduse asutamislepingu konsolideeritud versioonid. 29.12.2006. ELT C 321 E/1. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ecb.int/ecb/legal/pdf/ce32120061229et00010331.pdf> (19.12.2009)
43. Nõukogu määrus (EMÜ) nr 1408/71, 14. juuni 1971, sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate ja nende pereliikmete suhtes. ELT L 149, 05/07/1971, lk 0002-0050. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:01:31971R1408:ET:PDF> (04.01.2010)
44. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ, 12. detsember 2006 teenuste kohta siseturul. ELT L376, 27/12/2996, lk 0036-0068. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:et:PDF>
45. Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiuvallas. 26.09.2006 SEC (2006) 1195/4. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_et.pdf (09.11.2009)
46. Euroopa Parlamendi 23. mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)), 23. mai 2007, Strasbourg. Arvutivõrgust kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2007-0201&language=ET> (13.04.2010)

47. Euroopa Parlament. Istungi vastuvõetud tekstid. 2. osa. Neljapäev 23. aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2009-0286&language=ET&ring=A6-2009-0233> (04.01.2010)
48. Euroopa Parlamendi 23. aprilli 2009. aasta õigusloomega seotud resolutsioon ettepaneku kohta võtta vastu Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendi õiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (KOM (2008)0414-C6-0257/2008-2008/0142(COD)). Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0286+0+DOC+PDF+V0//ET> (04.01.2010)
49. Euroopa Ühenduste Komisjoni ettepanek, Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius, 02.07.2008 KOM(2008) 414, lõplik, 2008/0142. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:ET:PDF> (04.01.2010)
50. Euroopa Ühenduste Komisjoni teatis- Ühenduse raamistik õiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius {SEK(2008)2183}/*KOM/2008/0415 lõplik/. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0415:ET:NOT> (04.01.2010)
51. Euroopa Parlamendi raport patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius, A6-0233/2009. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2009-0233+0+DOC+PDF+V0//ET> (04.01.2010)
52. EÜ komisjoni talituste töödokument lisatud dokumendile: direktiivi ettepanek patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Mõju hindamise kommenteeritud kokkuvõtte KOM(2008) 414 lõplik; SEK(2008) 2163 Brüssel, 2.7.2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/commsec_20082164_et.pdf (09.11.2009)

V Muud materjalid

53. R. Allikvee ettekanne arstiabi kättesaadavusest ja ravijärjekordadest. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.kliinikum.ee/doc/kliin_konv/ralf_allikveet.ppt (21.05.2010)
54. Kokkuvõte Riigikontrolli auditist „ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine” Arvutivõrgus kättesaadav:
http://eesitarst.ee/static/files/004/ravijarjekorrad_korda.pdf (10.05.2010)
55. Riigikogu Kantselei õigus ja analüüsiosakonna arvamus „Ravikindlustuse lisakindlustuse loomine” 26.02.2009 Arvutivõrgus kättesaadav:
www.riigikogu.ee/doc.php?53042 (26.05.2010)
56. “Veebruari sotsiaalmaksu laekumine: – 19%”. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.ap3.ee/?PublicationId=ebee57f2-c616-4347-bda5-2e3919f7eb3d> (21.05.2010)
57. Lühülevaade konsultatsioonide vastukajade koondaruandest, mis käsitleb ühenduse meetmeid tervishoiuteenuste valdkonnas. Töehõive, sotsiaalpoliitika, tervise- ja tarbijakaitseküsimuste nõukogu 2733. kohtumine, Luksemburg, 1.-2. juuni 2006. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_exs_et.pdf (19.08.2009)
58. Komisjon võtab vastu ettepaneku direktiivi kohta, milles käsitletakse patsiendiõiguste kohaldamist piiriüleises tervishoius. IP/08/1080, Brüssel, 02. juulil 2008. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:z3ht8CevRCoJ:europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do%3Freference%3DIP/08/1080%26format%3DPDF%26aged%3D0%26language%3DET%26guiLanguage%3Den+Komisjon+v%C3%B5t+ab+vastu+ettepaneku+direktiivi+kohta,+milles+k%C3%A4sitletakse+patsiendi%C3%B5iguste+kohaldamist+piiri%C3%BCleses+tervishoius&hl=et&gl=ee&pid=bl&srcid=ADGEESiDJxLcZ7xpsTWJ2Cr9_OTJMnb3xkPDfiLyiOK_wryFN4qgB3PCgEQCzKVAD4W8-0bwzxJu20j8uqRqxNZvDQtY7t68bHWZ_sRf2z_pd9zvVNPr1y5UfNzBDRsA

[z-oGL84w0W8&sig=AHIEtbQZE8u-orKTcgmwfOx5Ta6I3qhDmQ](#)

(25.05.2010)

59. Komisjoni algatuse teatis Euroopa Ülemkogu kohtumisele Lissabonis 23.-24. märtsil 2000. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.esis.ee/Q3_010100/eeuroopa.html (11.05.2010)
60. Regioonide Komitee arvamus „Piiriülene tervishoid“. Regioonide komitee täiskogu 78. istungjärk, 12.-13. veebruar 2009. Arvutivõrgus kättesaadav:
<https://toad.cor.europa.eu/AgendaDocuments.aspx?pmi=pjX4QPdeV2c%3d>
(04.01.2010)
61. Komisjoni talituste töödokument. Lisatud dokumendile: direktiivi ettepanek patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Euroopa Ühenduste Komisjon. Brüssel, 02.07.2008, SEK(2008) 2164. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2008:2164:FIN:ET:PDF>
(04.01.2010)
62. Euroopa Parlamendi Tööhõive- ja sotsiaalkomisjon. Ettl H. Arvamus „Tervishoiuteenuste siseturu teenuste direktiivist väljajätmise mõju ja tagajärjed“ (2006/2275 (INI)). Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/ad/659/659307/659307et.pdf (05.01.2010)
63. Euroopa Parlamendi Siseturu- ja tarbijakaitsekomisjon. Töödokument, Tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärjed siseturu teenuseid käsitlevast direktiivist (2006/2275(INI)). Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dt/644/644747/644747et.pdf (05.01.2010)
64. EP info nr 2- Patsiendiõigused piiriüleses tervishoius, eelarve täitmise heaskiitmine jm. 24. aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.europarl.eu/view/et/uudised/Uudised-2009/Aprill/pr-2009-Aprill-14.html> (04.01.2010)
65. Euroopa andmekaitseinspektori arvamus, mis käsitleb Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi ettepanekut patsientide õiguste rakendamise kohta piiriüleses

- tervishoius. Euroopa Liidu Teataja C128, 52. köide, 6. juuni 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2009:128:SOM:et:HTML> (04.01.2010)
66. Lühülevaade konsultatsioonide vastukajade koondaruandest, mis käsitleb ühenduse meetmeid tervishoiuteenuste valdkonnas. Euroopa Komisjon, 26. september 2006. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_exs_et.pdf (05.01.2010)
67. Flash Eurobarometer, Cross-border health services in the EU. Analytical report. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf (05.01.2010)
68. Patsiendiõigused piiriüleses tervishoius. Kokkuvõte kodanikele. Euroopa Komisjon, 02.juuli 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/citizens_summary_et.pdf (04.01.2010)
69. Public consultation on Community action on health services. Sotsiaalministeeriumi 02.02.2007 pöördumine Euroopa Komisjoni poole. Tekst autori valduses.
70. Flash Eurobarometer Series #210, Cross-border health services in the EU, Analytical report. Uuringu korraldaja: The Gallup Organization (Ungari); tellija: Euroopa komisjoni tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat, 2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf (30.09.2009)
71. Soome tervishoiuteenuste hinnakiri 01.03.2010. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/\\$File/taksa.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/taksa/$File/taksa.pdf?OpenElement) (25.05.2010)
72. CIA World Facebook (2007); United Nations Population Division, DESA (2006); WHO „The World Health Report 2007“, WHO „World health Report 2006:NHA Rations and Per Capital levels (2004)“. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.aarpinternational.org/map_country/map_country_show.htm?doc_id=545816 (19.12.2009)

73. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Koostajad Kaarna M, Kalda R. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (15.02.2010)
74. Rootsi ekspert: Eestile piisab kuuest haiglast. Delfi.ee, 20.05.2010. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.delfi.ee/news/paevauudised/eesti/rootsi-ekspert-eestile-piisab-kuuest-haiglast.d?id=31164401> (20.05.2010)
75. Praxis: Tervise- ja heaoluteenuste ekspordivõimalused. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.praxis.ee/index.php?id=733&L=0> (03.05.2010)
76. Rahvastikupoliitika alused 2009-2013, lk 7-9. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastikupoliitika_alused_muudetud.pdf (18.12.2009)
77. Ambulatoorne arstiabi on kättesaamatu paljudele kaskustest kaugemal elavate piirkondade elanikele, Eesti Vabariigi Õiguskantsler, pressiteade. 12. juulil 2005. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/index.php?newsID=19> (27.04.2010)
78. Õiguskantsleri Kantselei valmis uuring ravikindlustamata inimestele arstiabi kättesaadavusest omavalitsustes, Õiguskantsleri Kantselei, 15. jaanuar 2010. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/sisu.php?weeklyID=161&menuID=38&lang=est> (26.04.2010)
79. Kellel on õigus tervise kaitsle? A. Jõks, Õiguskantsler, 20. jaanuar 2005 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/index.php?mediaID=16&show=media&menuID=20> (26.04.2010)
80. Arstiabi kättesaadavus on prioriteet õiguskantsleri 2005.a tegevuses, Eesti Vabariigi Õiguskantsler, 08.03.2005. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/sisu.php?weeklyID=32&lang=est> (27.04.2010)
81. Plaaniline ravi välisriigis. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/erandkord/ (25.05.2010)
82. ELL juhatus 14.10.2008 koosoleku päevakorrapunkt 5- Seisukoha kujundamisest Euroopa Kohalike ja Regionaalsete Omavalitsuste Nõukogu

- (CEMR) sotsiaal- ja tööhõive komisjoni tervishoiu alase alakomisjoni ettepaneku osas seoses EL direktiiviga patsientide õigustest piiriüleses tervishoius. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ell.ee/13715> (12.05.2010)
83. Eesti ja Läti ootavad piiriülese meditsiini osas selgust. Arst.ee, 08.12.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <https://www.arst.ee/et/Uudised-ja-artiklid/35180/eesti-ja-lati-ootavad-piiriulese-meditiini-osas-selgust> (04.04.2010)
84. Eesti kukkus EL-i iga-aastases tervishoiuteenuste tarbijahinnaindeksis- kas see on finantskriisi hind? Health Consumer Powerhouse pressiteade, Brüssel, 28. september 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Estonia.pdf> (03.03.2010)
85. Erineval põhjusel ravijärjekorras ootajate % kogu eriarstiabi järjekorrast haiglavõrgu arengukava haiglates 2009.a. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/jarjekorrad_graafikul_01122009\(1\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/jarjekorrad_graafikul_01122009(1).pdf) (14.05.2010)
86. Erineval põhjusel ravijärjekorras ootajate % kogu eriarstiabi järjekorrast haiglavõrgu arengukava haiglates 2010.a. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/jarjekorrad_graafikul_01_05_2010.pdf (15.05.2010)
87. Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (09.05.2010)
88. Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2006-2008, lk 26-35. Sotsiaalministeerium, september 2006. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalne_kasatus/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklikud_aruanded/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklik_aruanne_2006-2008_.pdf (11.05.2010)
89. Arstide liit: tervishoiu rahastamissüsteemi tuleb muuta. M. Kruuse, Eesti Päevaleht, 24. oktoober 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/480974> (13.05.2010)

90. Ravikindlustus Euroopa Liidus ja mujal, info riigiti. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val/riigiti (12.05.2010)
91. Suurte haiglate statsionaarsed ravijärjekorrad seisuga 01. märts 2010. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad/suured_stats/ (06.04.2010)
92. Suurte haiglate ambulatoorsed järjekorrad. Ravijärjekorrad seisuga 01. mai 2010. Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad/suured_amb/ (21.05.2010)
93. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis, lk 20-22. EV Sotsiaalministeerium, Tallinn 2005. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (08.01.2010)
94. Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne, 2008 aasta, väljavõte. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008_allkirjadega.pdf (06.04.2010)
95. Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne, 2009 aasta, lk 13-14; 16-22; 25-26; 69-70. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/Eesti_Haigekassa_majandusaasta_aruanne_2009_est.pdf (06.04.2010)
96. Arstiabi ajutiselt teises Euroopa Liidu riigis viibides. Arstiabi Euroopa Liidus, Eesti Haigekassa. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www2.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val (15.05.2010)
97. Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Riigikontrolli audit. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.riigikontroll.ee/audit.php?audit=733> (30.05.2010)
98. Ravi saamine muudes liikmesriikides lihtsustub. Euroopa Komisjon, uudised 04.01.2008. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://ec.europa.eu/news/environment/08mddd_1_et.htm (11.05.2010)
99. Sotsiaalmaksu laekumine ja kasutamine. XI Riigikogu stenogramm VII istungjärk, 22. märts 2010. Arvutivõrgus kättesaadav:

- <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1269259500> (15.05.2010)
100. Ravikindlustuse lisakindlustuse loomine. Arvamus. Riigikogu kantselei õigus- ja analüüsi osakond. 26.02.2009 nr 15-3/025. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XrBqEfqFK7cJ:www.riigikogu.ee/doc.php%3F53042+ravikindlustuse+lisakindlustuse+loomine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (26.05.2010)
101. Tervishoiueksport võib Eestile tuua miljardeid. Meditsiiniuudised, 04.05.2010. Tekst magistritöö autori valduses.
102. Jakobson K. Järjekord sunnib tasulisse arstiabisse. Äripäev, 08.05.2009. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=4310/uud_uudid_x_431001 (25.05.2010)
103. Tervishoiuteenuse osutamine teises Euroopa Liidu liikmesriigis kindlustatud isikutele. Eesti Haigekassa eriarstiabi rahastamise lepingu lisa nr 13. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Microsoft%20Word%20-%20otsus%20nr_067%20lisa%2013%20RRL.pdf (26.05.2010)
104. Uue aasta algusest jõustuvad muudatused Eesti tervishoius puudutavad iga inimest. ETK internetiportaali artikkel. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.etk.ee/index.php?id=379> (03.05.2010)

VI Kohtulahendid

Euroopa Kohus

105. ECJ 28 April 1998, C-158/96 and C 120/95 Raymond Kohll v Union des caisses de maladie European Court reports 1998 Page I-01931 Case C-158/96, Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés. European Court reports 1998 Page I-01831.
106. B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. 12 July 2001 European Court reports 2001 Page I-05473 Case C-157/99. ECJ C- 12. juuli 2001, C-157/99.

107. Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health
16.05.2006, C-372/04. Kohtuotsus -ELT C 165, 15.07.2006, lk 6. Arvutivõrgus
kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:165:0006:0007:ET:PDF> (05.05.2010)
108. Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health
16.05.2006, C-372/04. Kohtuotsus (Kokkuvõte). Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=et&alljur=alljur&jurcdj=jurcdj&jurtpi=jurtpi&jurtfp=jurtfp&numaff=c-372/04&nomusuel=&docnodecision=docnodecision&allcommjo=allcommjo&affint=affint&affclose=affclose&alldocrec=alldocrec&docor=docor&docav=docav&docsom=docsom&docinf=docinf&alldocnorec=alldocnorec&docnoor=docnoor&radtypeord=on&newform=newform&docj=docj&docop=docop&docnoj=docnoj&typeord=ALL&domaine=&mots=&resmax=100&Submit=Rechercher> (05.05.2010)
109. Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health
16.05.2006, C-372/04. Kohtuotsus. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=et&alljur=alljur&jurcdj=jurcdj&jurtpi=jurtpi&jurtfp=jurtfp&numaff=c-372/04&nomusuel=&docnodecision=docnodecision&allcommjo=allcommjo&affint=affint&affclose=affclose&alldocrec=alldocrec&docor=docor&docav=docav&docsom=docsom&docinf=docinf&alldocnorec=alldocnorec&docnoor=docnoor&radtypeord=on&newform=newform&docj=docj&docop=docop&docnoj=docnoj&typeord=ALL&domaine=&mots=&resmax=100&Submit=Rechercher> (05.05.2010)
110. V. G. Müller-Fauré ja Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ
Zorgverzekeringen UA ning E. E. M. van Riet ja Onderlinge
Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. 13.05.2003, C385/99.
Kohtuotsus. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi->

bin/form.pl?lang=et&alljur=alljur&jurcdj=jurcdj&jurtpi=jurtpi&jurftp=jurftp&numaff=c-385/99&nomusuel=&docnodecision=docnodecision&allcommjo=allcommjo&affint=affint&affclose=affclose&alldocrec=alldocrec&docor=docor&docav=docav&docsom=docsom&docinf=docinf&alldocnorec=alldocnorec&docnoor=docnoor&radtypeord=on&newform=newform&docj=docj&docop=docop&docnoj=docnoj&typeord=ALL&domaine=&mots=&resmax=100&Submit=Rechercher
(05.05.2010)

VII Kasutatud veebilehed

111. Arst.ee (2010). Arvutivõrgus: <http://www.arst.ee>
112. Eesti Haigekassa (2010). Arvutivõrgus: <http://www.haigekassa.ee/>
113. Inimene.ee terviseportaal (2010). Arvutivõrgus: <http://www.inimene.ee>
114. Internet Healthcare Coalition (2010). Arvutivõrgus:
<http://www.ihealthcoalition.org/>
115. Kliinik.ee (2010). Arvutivõrgus: <http://www.kliinik.ee>
116. Lasnamäe Tervisekeskus Medicum (2010). Arvutivõrgus:
<http://www.medicum.ee/>
117. SA Tartu Ülikooli Kliinikum (2010). Arvutivõrgus: <http://www.kliinikum.ee/>
118. Tervishoiuamet (2010). Arvutivõrgus: <http://www.tervishoiuamet.ee>
119. WHO (2010). Arvutivõrgus: <http://www.who.int/en/>
120. Eesti E-tervise Sihtasutus (2010). Arvutivõrgus <http://e-tervis.ee>
121. Eesti E-tervise Sihtasutus, digilugu (2010). Arvutivõrgus:
<http://www.digilugu.ee>
122. AS Ida-Tallinna Keskhaigla (2010). Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.itk.ee>
123. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla (2010). Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.ltkh.ee>
124. Tallinna Lastehaigla SA (2010). Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.lastehaigla.ee>

125. TÜ Kliinikumi SA (2010) Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.kliinikum.ee>
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA (2010) Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.regionaalhaigla.ee>

Olen koostanud magistritöö iseseisvalt.

Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad allikad on viidatud.

31. mai 2010

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele.

Kaitsmisele lubatud

Kaitsmiskomisjoni esimees