

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
AVALIKU ÕIGUSE INSTITUUT

Marika Žmenja

E-TERVIS JA ÕIGUS

Magistritöö

Juhendaja: prof Eerik Kergandberg

2009

Sisukord

Kasutatud lühendid	4
Sissejuhatus	6
I E-tervise kesksed mõisted	12
1.1 E-tervise mõiste	12
1.2 Telemeditsiin ja teletervis	16
1.3 Kübermeditsiin	20
1.4 E-tervise legaaldefiniitsiooni tarvidus	22
II E-tervis ja Euroopa Liit	24
2.1 Euroopa Liidu roll liikmesriikide tervishoiu korraldamisel	24
2.2 Kohtulahendite mõju tervishoiuteenuste piiriülesele osutamisele	26
2.3 E-Euroopa algatus ja <i>online</i> tervis	28
2.4 Euroopa Liidu õiguslik regulatsioon	30
2.5 E-tervis ja e-kaubanduse direktiiv	32
2.6 Piiriülese arstiabi reguleerimine	35
2.7 Patsientide õiguste kohaldamine piiriüleses tervishoius	41
III E-tervis ja Eesti	46
3.1 Eesti tervishoiureform ja tervishoiukorraldus	46
3.2 Tervishoiuprobleemid	48
3.3 Suund e-tervisele	53
3.4 E-tervise õiguslik regulatsioon	55
3.5 E-tervise projektide mõju tervishoiu probleemide lahendamisele	59
3.6 E-tervise perspektiivid	67
IV E-tervise õiguslikud aspektid	70
4. 1 Arst-patsiendi suhte teisenemine	70
4.1.1 Üldist	70
4.1.2 Arst-patsiendi suhte tekkimine	71
4.1.3 Arst-patsiendi suhe Eesti õiguses	74
4.1.4 Veebilehed ja e-konsultatsioon	76

4.1.5 E-konsultatsioon kui meditsiinipraktika	79
4.1.6 Kohustuste tasakaalu muutumine informatsiooni jagamisel	81
4.2 E-tervise kvaliteet	84
4.2.1 Üldist	84
4.2.2 Ravistandard	85
4.2.2.1 E-tervis ja ravistandard	86
4.2.2.2 E-konsulteerimine ja ravistandard	91
4.2.3 Kvaliteedi tagamine piiriülese meditsiini juhtumitel Euroopa Liidus	93
4.2.4 Tervise veebilehtede kvaliteet	96
4.2.4.1 E-tervis Internetis	96
4.2.4.2 Tervise veebilehtede õiguslik regulatsioon	98
4.2.4.3 Tervise veebilehtede kvaliteedi tagamise muud vahendid	100
4.3 E-tervise litsentseerimine	107
4.3.1 Üldist	107
4.3.2 E-tervise ja telemeditsiini litsentseerimine	108
4.3.3 Litsentseerimine piiriülese telemeditsiini juhtumitel	109
4.3.4 E-kaubanduse direktiivi mõju e-tervise litsentseerimisele	113
Lõppsõna	115
Resume	119
Kasutatud allikate loetelu	124

Kasutatud lühendid

Asutamisleping- Euroopa Ühenduse asutamisleping.

EL- Euroopa Liit.

EMÜ- Euroopa Majandusühendus.

E-kaubanduse direktiiv-Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 8. juuni 2000, 2000/31/EÜ infoühiskonna teenuste teatavate õiguslike aspektide, eriti elektroonilise kaubanduse kohta siseturul.

Euroopa Kohus- Euroopa Ühenduste Kohus.

Euroopa Komisjon- Euroopa Ühenduste Komisjon.

Euroopa Nõukogu- Euroopa Liidu Nõukogu.

E-privaatsuse direktiiv- Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 2002/58/EÜ, 12.07.2002 milles käsitatakse isikuandmete töötlemist ja eraelu puutumatuse kaitset elektroonilise side sektoris (eraelu puutumatust ja elektroonilist sidet käsitlev direktiiv).

IKS- isikuandmete kaitse seadus.

InfoTS- infoühiskonna teenuste seadus.

IST- info- ja sidetehnoloogia.

ITK- AS Ida-Tallinna Keskhaigla.

KarS- karistusseadustik.

Kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiiv - Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2005/36/EÜ, 7. september 2005, kutsekvalifikatsioonide tunnustamise kohta.

Patsiendiõiguste direktiivi eelnõu- Euroopa Ühenduste Komisjoni ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kaitse kohta piiriülese meditsiini juhtumitel.

RaKS- ravikindlustuse seadus.

Teenuste direktiiv-Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ, 12. detsember 2006 teenuste kohta siseturul.

TTKS- tervishoiuteenuste korraldamise seadus.

VÕS- võlaõigusseadus.

WHO- Maailma Tervishoiu Organisatsioon.

WMA- Maailma Arstide Liit.

Sissejuhatus

Info- ja sidetehnoloogiad on mõjutanud märkimisväärselt meie igapäevast elu ning on saanud selle lahutamatuks osaks. Viis, kuidas me informatsiooni hangime, kaupu ostame ja teenuseid tarbime, on viimase 10 aastaga oluliselt muutunud. E-pangandus, e-kaubandus, e-maksuamet, e-valimised, mobiilne parkimine - need on vaid mõned märksõnad, millela me enam oma igapäevast elu ette kujutada ei oskaks.

Internet ja muud sidetehnoloogiad on tunginud ka meditsiini ning on kiiresti muutmas tänapäevast meditsiinipraktikat. Erinevalt traditsioonilisest tervishoiust ei ole Internet piiratud geograafiliste ja poliitiliste piiridega ning teeb võimalikuks otsida ja pakkuda terviseinfot, -tooteid ja -teenuseid rahvusvaheliste või kohalike piiride üleselt, sõltumata erinevates riikides räägitavatest keeltest, seal kehtivast erinevast õiguslikust regulatsioonist, tervishoiutöötajate litsentseerimise nõuetest, tervisetoodete ja -teenuste reklaami ning müügi reeglitest ning isikuandmete kaitse tasemest.

Kogu traditsiooniline tervishoid sõltub informaatikast. Väga paljud tervishoiu valdkonnad on mõjutatud IST poolt: arvuti toetatud (*computer supported*) diagnoosimine, elektrooniline tervisekaart (EHR, *electronic health record*), elektrooniline retsept, digitaalsed raamatukogud, haigla infosüsteem (HIS), *online* registreerimine, *online* praktika ja -kaugõppe programmid, regionaalsed võrgud, telemeditsiin (teledermatoloogia, -psühhiaatria, -kardioloogia, radioloogia, -patoloogia, -kirurgia, -telemonitooring, videokonverents). Igas Eestigi haiglas on kasutusel suuremal või vähemal määral e-tervise rakendusi- HIS,¹ e-radioloogia, PAKS,² monitooring, labor³ jne. Telemeditsiini muutumine meditsiiniabi osaks on tänaseks juba reaalsus.

¹Nt HIS Ester sisaldab haigla struktuuri ja personali haldamist, meditsiiniseadmete haldamist, ravijärjekordade pidamist, toitlustamist, kindlustatuse kontrolli, tervisekaarti, protseduure, uuringuid, aruandlust, andmevahetust teiste süsteemidega, raviarvete koostamist jne. K.Hanstein, Ü.Kährlik, „Eesti levinuim HIS ESTER”. Ettekanne 2006.a konverentsil „ESTER 10. aastane”. Arvutivõrgus kättesaadav:

www.gennet.ee/home/failid/File/Konverentsimaterjalid/KajaHanstein.ppt (19.03.2009).

² Meditsiiniliste ülesvõtete arhiveerimise ja kommunikatsioonisüsteem.

³ Laboriseadmed on ühendatud arvutiga, seade automaatselt analüüsib ning salvestab tulemused arvutis, samas võib arvuti liidestada infosüsteemiga, mille kaudu toimub andmete töötlemine ja edastamine.

Internet on ka üks meditsiinalase informatsiooni hankimise allikas. Uuringud näitavad, et üha enam otsivad inimesed Interneti vahendusel just infot tervise kohta.^{4,5,6} Interneti kaudu toimub suhtlemine nii tervishoiutöötajate ja patsientide kui ka tervishoiutöötajate endi vahel, samuti suhtlevad Interneti vahendusel patsiendid isekeskis.⁷ Interneti vahendusel toimub tervisega seotud toodete ja teenuste (s.h ravimite) ostmine,⁸ on võimalik juurde pääseda oma tervisekaardile⁹ ja korraldada oma isiklikku terviseinfot, suhelda tarbijate/patsientide ja teenuse osutajate, kindlustajatega¹⁰ ning seda e-kirja ja teiste Interneti vahendite abil.

E-tervise erinevad rakendused pakuvad lahendusi paljudele probleemidele- patsientide mobiilsus, rahvastiku vananemine, tervishoiutöötajate vähesus, arstiabi ebarahuldav kättesaadavus eraldatud piirkondades, ravi järjepidevuse tagamine, rahaliste vahendite nappus. Elektrooniline terviselugu võimaldab ligipääsu patsientide andmetele reaajas, kahandada dubleerivaid uuringuid ja ravi, vähendada meditsiiniivigu, seeläbi parandades tervishoiuteenuste kvaliteeti. Väljavaade tutvuda meditsiiniinfoga, mis varem oli privilegieeritud meditsiini eriala esindajatele ja juurdepääs oma terviseandmetele suurendab patsientide informeeritust oma tervisest ning seega pakub inimestele võimaluse võtta suuremat kontrolli oma terviseriskide üle ja paremini oma tervise eest hoolt kanda. Telemeditsiin pakub juurdepääsu tervishoiuteenustele eraldatud piirkondade elanikele, takistades seeläbi maapiirkondade elanike migratsiooni suurematesse asustatud punktidesse.

⁴ M. O'Reilly. Get ready for online sales of prescription drugs (1999).- CMAJ 161:557. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/5/557> (19.03.2009).

⁵ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Europe 2002 action plan. An Information Society For All. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/documents/archiv_eEurope2002/actionplan_en.pdf (19.03.2009).

⁶ Tervisealase info otsimine on populaarne online tegevus, ulatudes keskmiselt 28%-ni (Soomes nt 51%) Interneti kasutusest 27 riigis, kus uuring läbi viidi. EU internet access reaches 60 per cent. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ehealthEurope.net/news/4381/eu_internet_access_reaches_60_per_cent (19.03.2009).

⁷ Patsiendid suhtlevad omavahel arvukates foorumites, jagades ja saades infot oma haiguste kohta.

⁸ Nt ravimite müügiga tegelevad veebilehed <http://www.medrx-one.com/> (19.03.2009), <http://www.net-dr.com/> (19.03.2009), <http://ouaibe.com/ee/cache/viagra/cheapest-viagra-online-pharmacy.html> (19.03.2009). Eestis ei ole ravimite müük otse tarbijale Interneti vahendusel lubatud, kui need toimetatakse kohale posti või kullerposti teel (ravimiseadus § 25 lg 3). Samuti on Internetis keelatud ravimireklaam (ravimiseadus § 84 lg 9 p 5), küll on reklaam lubatud EL-s (v.a retseptiravimid. Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2001/83/EÜ, 6. november 2001, inimtervishoiu kasutatavaid ravimeid käsitlevate ühenduse eeskirjade kohta art 88). Euroopa Kohus kinnitas 11. detsembri 2003. aasta otsuses Deutscher Apothekerverband (C-322/01, EKL 2003, lk I-14887, punkt 113), et ravimeid võib müüa Interneti vahendusel.

⁹ ITK veebilehel www.itk.ee (19.03.2009) iPatsiendi vahendusel on hetkel piiratud ulatuses võimalik tutvuda oma terviseandmetega (üldandmed, visiidid arstide juurde, uuringute tulemused). 1.septembril 2008.a rakendunud terviseinfosüsteemis ei ole võimalik tutvuda oma andmetega kõikidel kasutajatel, vaid neil, kes end beetatestijateks registreerivad. Sellekohane info on kättesaadav terviseinfosüsteemi infoportaalil <http://www.digilugu.ee/portal/page/portal/Digilugu/NoLoginPP> (19.03.2009).

¹⁰ Eesti Haigekassa veebilehel <http://www.haigekassa.ee/> (14.04.2009) on võimalik kontrollida oma kindlustatust. Tervishoiuteenuse osutajad esitavad arveid haigekassale ainult elektroonselt.

Nagu ütles D.Silber ” ... on e-tervis tähtsaim revolutsioon tervishoius alates moodsa meditsiini, vaktsiinide või isegi rahvatervise alaste meetmete nagu sanitaarkaitse ja puhta vee kasutuselevõttust”.¹¹

Kuigi e-tervis pakub enneolematuid hüvesid, toob ta kaasa mitmeid muid lahendamist vajavaid probleeme - nii poliitilisi, majanduslikke, tehnilisi, organisatoorseid, administratiivseid, sotsiaalseid kui ka õiguslikke. Viimastest on magistritöö autori arvates märkimisväärsamad küsimused, mis on seotud patsientide privaatsuse, tervishoiuteenuse kvaliteedi, tervishoiuteenuse osutajate litsentseerimise, vastutuse, teenuse eest tasustamisega.

Patsientide ja arstide ootused uute võimaluste juures on muutumas. Sajandeid kestnud arst-patsiendi traditsiooniline suhe on asendumas Interneti vahendatud suhtlemisele, jälgimisele, ravile. Informatsiooni kättesaadavusele aitab kaasa ka elektroonse terviseloo rakendamine, kus patsiendil on lihtsal viisil juurdepääs oma tervise andmetele. Selline tasakaalu muutumine toob kaasa ka suhete teisenemise arst-patsiendi vahel ning sellega kaasnevalt ka pooltevahelise vastutuse tasakaalu muutumise.

Kuna e-tervis ei tavatse piirduda vaid riigisisese teenuse osutamisega, siis kerkivad esile ka probleemid erinevate riikide erineva seadusandlusega ning see tingib vajaduse ühtlustada e-tervise piiriüleseks osutamiseks vajalikke õigusnorme. Tänapäevaks ei ole otsest e-tervise õiguslikku regulatsiooni rahvusvahelisel tasandil. Erinevate e-tervise rakenduste toimimisel tekkinud probleemide lahendamiseks on käesoleval ajal kasutada ainult üldised normid. E-tervise kommertsaspektid on EL tasandil reguleeritud e-kaubanduse direktiiviga,¹² e-tervise privaatsuse ja andmekaitse küsimused rahvusvaheliste konventsioonide¹³ ning andmekaitse määruse,¹⁴ andmekaitse direktiiviga¹⁵ ja e-privaatsuse direktiiviga.¹⁶ Lepingu, lepinguväliste kohustuste ja vastutuse, jurisdiktsiooni küsimused on lahendatud rahvusvaheliste konventsioonidega ja

¹¹ D. Silber. The Case for eHealth. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2003.pdf (19.03.2009).

¹² ELT L 178, 17/07/2000, Lk 0001 – 0016, ELT eriväljaanne 13/25, lk 399.

¹³ Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsioon (RT II 1996, 11/12, 34; 2000, 11, 57), Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärikuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel (RT II, 07.01.2002, 1, 2).

¹⁴ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrus (EÜ) nr 45/2001, 18. detsember 2000, üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ühenduse institutsioonides ja asutustes ning selliste andmete vaba liikumise kohta. -EÜT L 8, 12.1.2001, lk 1-22.

¹⁵ Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 95/46/EÜ üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise kohta. EÜT L 281, 23.11.1995, lk 31. Direktiivi on muudetud määrusega (EÜ) nr 1882/2003. -ELT L 284, 31.10.2003, lk 1.

¹⁶ EÜT L 201, 31.7.2002, lk 37-47.

Euroopa Nõukogu määrustega.¹⁷ Riigiti on e-tervise erinevate rakenduste (telemeditsiin, e-terviselugu, e-retsept) reguleerimiseks vastu võetud eraldi seadusi¹⁸ või reguleeritud neid olemasolevate seaduste raames.¹⁹

Võib öelda, et e-tervise arengud on olnud kiiremad, kui õigus sellele järele jõuab. Olemasolev regulatsioon ei taga aga õigusselguse põhimõtte rakendamist, seda eriti juhul, kui tegemist on piiriülese tervishoiuga. Ka rahvusvahelisel tasandil tunnistatakse mitmesuguste organisatsioonide ja ühenduste poolt vajadust selgema õigusliku regulatsiooni järele. Rahvusvahelise Advokaatide Liidu õiguspraktika sektsioon (*International Bar Association Section on Legal Practice*) töötas 2000.a välja rahvusvahelise telemeditsiini ja teletervise konventsiooni projekti,²⁰ *The Internet Healthcare Coalition Initiative of e-Health Ethics* andis välja e-tervise eetikakoodeksi,²¹ WMA avaldas seisukohad telemeditsiini ja elektroonse terviseloo kohta,^{22,23} erainitsiatiivil on püütud reguleerida tervise veebilehtede kvaliteeti.^{24,25} Tegemist ei ole siiski õiguslikult siduvate normidega.

Ka EL on tunnetanud vajadust arendada ja toetada e-tervise alaseid algatusi, on teinud e-tervise oma prioriteediks, kinnitades seda mitmetes oma dokumentides.^{26,27,28} Aastaid on märgitud, et

¹⁷ ÜRO konventsioon kaupade rahvusvahelise ostu-müügi lepingute kohta (RTII 1993, 21/22, 52), Lepinguliste kohustuste suhtes kohaldatava õiguse konventsioon (RTII, 18.05.2006, 10, 25, 1968), Tsiviil- ja kaubandusajade kohtualluvuse ning neid käsitlevate kohtuotsuste tunnustamise ja täitmise konventsioon (ELT L 339, 21.12.2007, lk 3-41), Euroopa Parlamendi Ja Nõukogu Määrus (EÜ) nr 864/2007, 11. juuli 2007, lepinguväliste võlasuhete suhtes kohaldatava õiguse kohta (Rooma II) (ELT L 199, 31.7.2007, lk 40-49), EL Nõukogu määrus 44/2001/EÜ kohtualluvuse ja kohtuotsuste tunnustamise ja täitmise kohta tsiviil- ja kaubandusajades (EÜT L 12, 16.1.2001, lk 1-23).

¹⁸ Nt Malaysia- Malaysian Government. Laws of Malaysia, Act 564, Telemedicine Act, 1997. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ktak.gov.my/system/uploaded/files/Telemedicine%20Act%201997%20-%20Act%20564.pdf> (19.03.2009), Soome- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> (19.03.2009), Laki sähköisestä lääkemääräyksestä. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061> (19.03.2009), Saksa Liitvabariik -Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung Modernisierungsgesetz. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.rechtliches.de/info_GKV-Modernisierungsgesetz.html (19.03.2009).

¹⁹ Nt Eesti - TTKS, Prantsusmaa- Loi n°2004/810 sur l'Assurance Maladie. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=> (19.03.2009).

²⁰ Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).

²¹ eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

²² WMA Statement on Ethical Considerations Regarding Health Databases. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/d1.htm> (19.03.2009).

²³ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

²⁴ Health on the Net Foundation välja antud HONCode. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).

²⁵ Health Internet Ethics . Ethical Principles For offering Internet Health Services to Consumers. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wellspan.org/body.cfm?id=348> (19.03.2009).

²⁶ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Europe 2002 action plan. An Information Society For All. Arvutivõrgus kättesaadav:

kuigi turg tehnoloogiliste rakenduste jaoks kliinilises valdkonnas on arenenud Euroopas kiiresti ja ehkki Internetis kättesaadava terviseinfo ja -õpetuse materjali hulk on kasvanud märkimisväärselt, on takistanud selle mõlema e-tervise sektori täit rakendamist õigusliku selguse ja kindluse puudumine.²⁹

E-tervise edukus sõltub osaliselt läbipaistva õigusliku raamistiku loomisest, milleks tuleb ületada mõned tõkked, näiteks jurisdiktsiooni küsimused, rakendatavad seadused, vastutus, tasustamine, litsentseerimine, privaatsus, terviseveebilehtede usaldusväärsus ja kvaliteet.

Magistritöö teema on ülimalt aktuaalne, tegemist on Eesti tasandil praktiliselt käsitlemata valdkonnaga, puudub ka sellekohane spetsiifiline seadusandlus. Kõnealusel teemal ei ole mainimisvääriks arvu avaldatud eesti keelseid artikleidki,³⁰ v.a terviseinfosüsteemi (e-terviselugu, e-retsept, e-registratuur, e-pildid) loomise ja rakendamisega seonduvalt. Sellest johtuvalt ei ole magistritöö kirjutamisel taotletud üksiku e-tervise tahu süvaanalüüsi, vaid eesmärgiks on anda sissejuhatav ülevaade temaatikasse.

Kuigi e-tervisena on käsitletav peaaegu et kõik, mis on seotud tervise ja ISTga, ei pretendeeri magistritöö autor teema kõikehõlmavale käsitlusele. Magistritöö mahu piiratuse tõttu leiavad töös käsitlemist e-tervise õiguslik regulatsioon EL ja Eesti tasandil, arst-patsiendi suhted, e-tervise kvaliteet ja litsentseerimine.

Magistritöö kirjutamisel on enamjaolt kasutatud inglise keelset materjali, seda eesti keelse materjali puuduse tõttu. Töö kirjutamise tegi raskeks süstemaatilise materjali nappus (kuigi e-terviselugu puudutavaid materjale oli küll), samuti ei puutunud kätte põhjalikke õiguslaseid teemakäsitlusi. Kasutamist leidsid EL ja Eesti õigusaktid, EL institutsioonide poolt väljaantud

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/documents/archiv_eEurope2002/actionplan_en.pdf (19.03.2009).

²⁷ Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. eEurope 2005 Action Plan: An Update COM(2004) 380 final. 17.5.2004. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0380:FIN:EN:PDF> (23.04.2009).

²⁸ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

²⁹ Connected health: Quality and Safety for European Citizen. Report of the Unit ICT for Health in collaboration with the i2010 sub-group on eHealth (formerly known as the eHealth working group) and the eHealth stakeholders' group. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/connected-health_final-covers18092006.pdf (19.03.2009).

³⁰ Otsingusaitide NETI, Google otsimootorisse sõna e-tervis, e-meditiin, telemeditsiin sisestades ja Eesti raamatukogude kataloogi (ESTER) sirvides sai vastuseks vaid piiratud hulgal eesti keelseid artikleid. Suurem osa artiklitest puudutas telemeditsiini ning nende autorid olid peamiselt erialalt arstid või tehniliste lahenduste väljatöötajad. Muud kirjutised puudutasid enamjaolt digilugu ja vähesel määral e-retsepti/järjekorda.

materjalid: EL komisjoni, nõukogu, institutsioonide arvamused, teatised, otsused jne. Valdav osa kättesaadavast seadusandlikust materjalist oli seotud EL-ga, seetõttu on töös käsitlemist leidnud e-tervise piiriülene osutamine EL-s. Seda samuti põhjusel, et EL seadusandlus avaldab otsest mõju EL liikmesriikide s.h Eesti seadusandlusele ning seega tervishoiuteenuste, -kaupade, isikute (s.h patsientide ja tervishoiutöötajate) vabale liikumisele ühenduse piires. Kirjutamiseks on kasutatud enamjaolt Interneti vahendusel kättesaadavaid artikleid, ettekandeid, aruandeid ja ülevaateid. Kasutatud on EL kohtu praktikat, kuid seda vaid üldküsimumustes, kuna e-tervise alane EL kohtu, nagu ka Eesti kohtute praktika puudub. Mõnevõrra on viidatud USA kohtulahenditele.

Töös on tuginetud ka rahvusvahelises projektis *Baltic e-Health*³¹ osalemise käigus õigusgrupi (mille liige magistritöö autor oli) poolt valminud ettekandele „*Report on identified legal issues of the Baltic eHealth project*“,³² R-Bay projekti³³ käigus valminud aruandele „*Report on the legal framework and related European trends*“³⁴ ning ka on kasutatud teadmisi, mis on saadud osalemisest rahvusvahelises projektis *DREAMING*.³⁵

Samuti on kasutatud e-tervise projektide elluviimise riskide hindamise osas sotsiaalministeeriumi poolt läbi viidud auditi kokkuvõtet.³⁶ Mõningal määral on magistritöös võrreldud ka erinevate riikide õigusakte.

Magistritöös on esitatud paralleelselt eesti keelsete terminitega ka inglise keelsed vasted (sulgudes), kui üldkasutatav või üldtunnustatud termin eesti keeles puudub.

Magistritöö eesmärgiks on anda ülevaade EL kehtivast õiguslikust regulatsioonist, mis avaldab mõju e-tervise teenuste osutamisele, selgitada piiriülese arstiabi reguleerimise vajadust,

³¹ ITK, kus magistritöö autor töötab, osales aastatel 2004-2007 Interreg III B raames finantseeritud projektis *Baltic e-Health*, kus lisaks ITK-le osales veel 9 partnerit viiest Balti mere regiooni riigist. Projekti eesmärk oli e-radioloogia ja e-ultraheli teenuste piiriülene osutamine ITK, Taani Funeni maakonnahaigla ja Vilniuse Ülikooli Haigla vahel. Projektiga on võimalik tutvuda konsortsiumi veebilehel: www.baltic-ehealth.org/ (14.04.2009). *Baltic e-Health* projekti raames valmis aruanne „*Cross border eHealth in the Baltic Sea Region – what issues should be considered?*“, mille ühe osa moodustasid õiguslikud küsimused. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross border eHealth in the Baltic Sea%20 Region report june2006.pdf](http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross%20border%20eHealth%20in%20the%20Baltic%20Sea%20Region%20report%20june2006.pdf) (19.03.2009).

³² Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.baltic-ehealth.org/news/Publications/Baltic eHealth Legal issues Report.pdf](http://www.baltic-ehealth.org/news/Publications/Baltic_eHealth_Legal_issues_Report.pdf) (19.03.2009).

³³ 2007.aastast osaleb ITK Interreg III B poolt finantseeritud projektis R-Bay, mille eesmärgiks on sarnaselt *e-Bay*-le luua veebikeskkond, mille kaudu saab vahendada e-tervise teenuseid: e-radioloogia, e-arhiiv, e-õpe, e-konsulteerimine. Veebilehe aadress : www.r-bay.org/ (14.04.2009).

³⁴ Arvutivõrgus kättesaadav: [www.r-bay.org/twiki/pub/RBay/Deliverables/D4_1_R-Bay Draft of Legal Framework v1.pdf](http://www.r-bay.org/twiki/pub/RBay/Deliverables/D4_1_R-Bay_Draft_of_Legal_Framework_v1.pdf) (19.03.09).

³⁵ Projekti eesmärgiks on kindlaks teha, kas eakate patsientide eluliste näitajate ja nende üldise tervises seisundi pidev jälgimine, kasutades selleks kaugjälgimise vahendeid, võimaldab parandada isikute elukvaliteeti ja iseseisvust, vähendades kroonilise haiguse ägenemist, haiglas viibimiste arvu ja kestust ning lükates edasi hoolde- või vanadekodusse minekut. Veebilehe aadress: www.dreaming-project.org (14.04.2009).

³⁶ Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

analüüsida e-tervise osutamisel tekkida võivaid õiguslikke probleeme ja pakkuda võimalusi nende lahendamiseks. Eesti e-tervise lahenduste osas püütakse leida vastus küsimusele, kas need on piisavad lahendamaks Eesti tervishoiu ees seisvaid probleeme. Lahendusi otsitakse ka küsimustele, milline peab olema e-tervise kvaliteet, mil viisil seda tagada ning kuidas avaldavad teisenenud arst-patsiendi suhted mõju poolte kohustuste ja õiguste vahekorrale. E-tervise õiguslikes küsimustes valitseb üle maailma suures osas ebaselgus, puudub ka sellekohane seadusandlus, vaidlused ühe või teise probleemi lahenduse üle alles käivad ning arvamuste paljususe tõttu ei ole kõikides küsimustes üldaktsepteeritud seisukohti kujunenud. Sellest tulenevalt ning arvestades, et magistritöö käsitleb siiski vaid murdosa e-tervise probleemidest, ei ole ka magistritöö autoril õnnestunud alati anda lõplikke seisukohti või pakkuda lahendusi, kuna see eeldaks e-tervise probleemide veelgi laiemat ja põhjalikumat analüüsi ning seda ka nende teemade osas, mida magistritöö ei hõlmanud. Püstitatud eesmärgi saavutamiseks on töös kasutatud analüüsiv-võrdlevat meetodit.

Magistritöö jaguneb neljaks peatükiks. Esimeses peatükis üritatakse avada³⁷ teema terviklikuks käsitlemiseks e-tervise mõiste sisu, seda ka selle oluliste rakenduste kaudu. E-tervise mõiste käsituse kaudu püütakse jõuda arusaamisele, kas akuutne vajadus e-tervise mõiste defineerimiseks on olemas või piisab selles vallas hetkel valitsevast ebamäärasusest. E-tervise ja tema erinevate rakenduste defineerimine hõlbustab ka teemast arusaamist, kuna teatud juhtudel on teema käsitus seotud konkreetse e-tervise valdkonnaga.

Teises peatükis käsitletakse tervishoiupoliitika arenguid EL-s ja nende mõju piiriülese meditsiini s.h e-tervise osutamisele ja selle kvaliteedile, e-tervise perspektiive, e-tervise alast regulatsiooni. Käsitletud on olemasolevaid üldisi õigusakte, mis võivad avaldada mõju e-tervise osutamisele magistritöö teema kontekstist lähtuvalt.

Kolmandas peatükis kirjeldatakse ülevaatlilikult tervishoiukorraldust Eestis, e-tervise projektide käivitamist ning nende mõju tervishoiusüsteemi ees seisvate probleemide lahendamisele. Püütakse leida vastust küsimusele, kas kavandatud e-tervise lahendused tagavad tervishoiusüsteemi eesmärkide saavutamise või on vaja võtta Eestis suund e-tervise laiemate rakenduste kasutamisele.

Neljandas peatükis esitletakse mõningaid e-tervise õiguslikke aspekte, mis on seotud eelkõige arst-patsiendi suhte tekkimise ja muutumise ning sellega seotud kohustuste tasakaalu

³⁷ Kuna e-tervis hõlmab väga erinevaid rakendusi ning selle kohta on kasutusel ka mitmeid erinevaid definitsioone, siis ei ole võimalik esitada üldaktsepteerivat mõistet.

muutumisega. Käsitlemist leiavad samuti e-tervise kvaliteediga seonduvad tahud, eelkõige tervishoiutöötajate litsentseerimine, ravistandard ning tervisega seotud veebilehtede kvaliteet.

Kuigi elektroonilist terviselugu peetakse e-tervise nurgakiviks, on seda töös puudutatud vaid põgusalt ja seda põhjusel, et sellel alal kaitses TÜ Õigusinstituudi magistrant Liina Tamela 2008.a kevadel magistritöö „Digitaalne terviselugu- kas patsiendi õiguste parem kaitsja?“. Samuti on digitaalse terviselooga seonduva käsitluse võtnud endale magistritöö teemaks teine Tartu Ülikooli õigusteaduse magistrant ning seetõttu ei pidanud magistritöö autor seda paslikuks põhjalikult käsitleda.

I E-tervise kesksed mõisted

1.1 E-tervise mõiste

E-tervise (*e-health*) mõiste võeti maailmas esmakordselt kasutusele 1999-2000.aastatel,^{38,39,40} mõnedel andmetel veelgi varem⁴¹ ning sellest on saanud üldaktsepteeritud uudiskeelend. Esialgu tähistas e-tervis Internetil baseeruvat tervishoiuteenuse osutamist, hiljem kõike virtuaalselt, mis seondub arvutite ja meditsiiniga. E-tervist on kasutatud nii terviseinformaatika, telemeditsiini, tarbija terviseinformaatika ja e-kaubanduse sünonüümina, kui ka spetsiifilisemate tehniliste rakenduste tähistamiseks. IST kasutamise ajalugu tervishoius ja kliinilises teaduses on hästi uuritud.⁴² Esimene arvutirakendus meditsiini ja tervishoiu jaoks töötati välja juba 1960ndatel.^{43,44} Hetkel puudub siiski konsensus e-tervise täpse definitsiooni osas ning ebaselge

³⁸ P.Wilson, C.Leitner, A.Moussalli. Mapping the Potential of e-Health: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services Arvutivõrgus kättesaadav: www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2004.pdf (19.03.2009).

³⁹ M.M.Maheu, P.Whitten, A. Allen. E-Health, Telehealth and Telemedicine. San Francisco: Jossey Bass, 2001, lk 3.

⁴⁰ G Eysenbach. What is e-health?- Journal of Medical Internet Research 2001;3(2):e20. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/> (19.03.2009).

⁴¹ C. P. Waegemann mainib oma artiklis aastaid 1997-1998. The Role of the Internet for Today's Healthcare.- Medical Informatics Internet, lk 18-21. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/publications/pdf/2000/waegemann.pdf> (19.03.2009).

⁴² P.Wilson, C.Leitner, A.Moussalli.Ibid.

⁴³ D. Silber. The Case for eHealth. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2003.pdf (19.03.2009).

⁴⁴ Opinion of The European Group on Ethics in Science and New Technologies to The European Commission. Ethical Issues of Healthcare in the Information Society. No 13, 30 July 1999. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/avis13_en.pdf (19.03.2009).

on ka, kas see esindab tõesti uut kontseptsiooni või on tegemist lihtsalt lingvistilise muudatusega.⁴⁵

Läbiviidud uuringute andmetel andis Interneti otsimootoritesse sisestatud sõna *e-health*, *ehealth* või *electronic health* tulemuseks ühel juhul 51,⁴⁶ teisel juhul 36⁴⁷ unikaalset e-tervise definitsiooni.⁴⁸ Uuringu läbiviijad identifitseerisid saadud andmete analüüsi tulemusena 2 universaalset teemat - tervis ja tehnoloogia ning 6 vähem üldisemat - kaubandus, tegevused, huvigrupid, tulemus, koht, ka perspektiivid. Ka magistritöö autoril õnnestus leida Interneti vahendusel mitmeid e-tervise (*e-health*)⁴⁹ definitsioone, mis enamjaolt varieerusid, osaliselt ka kattusid. Eestikeelne definitsioon oli antud EL rahvatervise portaalis⁵⁰, veebientsüklopeedias Wikipedia⁵¹ ja Eesti E-Tervise SA kodulehel,⁵² kus esitatud mõisted olid identsed. Seega võiks väita, et eesti keeles kättesaadava mõiste osas valitseb konsensus.

Mitmed autorid on püüdnud e-tervise mõistet sisustada, kuid kõige sagedamini kasutatud ja kohandatud termini on välja pakkunud *Journal of Medical Internet Research* toimetaja Gunther Eysenbach. Tema pakutud definitsiooni kohaselt käsitletakse e-tervisena Interneti ja sellega kaasnevate tehnoloogiate kaudu edastatud ja parendatud tervishoiuteenuseid ja informatsiooni. Laiemas tähenduses iseloomustab termin mitte ainult tehnilist arengut, vaid ka meeleseisundit, mõtteviisi, hoiakut ja enesesisidumist võrguga ühendatud globaalses mõtlemises eesmärgiga parendada tervishoidu lokaalsel, regionaalsel ja ülemaailmsel tasandil, kasutades selleks ISTd.⁵³

Eysenbachi järgi ei viita täiend „e” ainuüksi tähendusele „elektrooniline”, vaid hõlmab ka rida muid „e“-sid ehk e-tähga algavaid e-tervise omadustele viitavaid sõnu.⁵⁴

Kasutusel on ka teine, e-tervist kitsamas tähenduses esitav definitsioon. WHO Ida-Vahemere Regionaalbüroo (*Regional Office for the Eastern Mediterranean*) on defineerinud e-tervist kahes

⁴⁵ C.Pagliari, D. Sloan et al. What Is e-Health (4): a Scoping Exercise to Map the Field. - *Journal of Medical Internet Research* 2005;7(1):e9. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:BQjXebZt0SQJ:www.jmir.org/2005/1/e9/+linguistic+change+e-health&hl=et&ct=clnk&cd=1&gl=ee> (19.03.2009).

⁴⁶ H. Oh, C. Rizo et al. What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions.- *Journal of Medical Internet Research* 2005;7(1):e1. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2005/1/e1/> (19.03.2009).

⁴⁷ C.Pagliari, D. Sloan et al. Ibid.

⁴⁸ Erinevus uuringute tulemustes oli tingitud otsimise aluseks võetud andmebaaside ja allikate erinevusest.

⁴⁹ Magistritöö autor sisestas otsimootorisse nii „e-tervis”, kui „e-health”

⁵⁰ Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_et.htm (19.03.09).

⁵¹ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://et.wikipedia.org/wiki/E-tervis> (19.03.09).

⁵² Arvutivõrgus kättesaadav: <http://wiki.e-tervis.ee/wiki/index.php/E-tervis> (19.03.09).

⁵³ G. Eysenbach. What is e-health?- *Journal of Medical Internet Research* 2001;3(2):e20. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/> (19.03.2009).

⁵⁴ Efficiency, enhancing quality, evidence based, empowerment, encouragement, education, enabling, extending, ethics, equity.

variandis: kui elektroonilise side- ja infotehnoloogia kombineeritud kasutamist tervishoiusektoris või kui elektroonselt edastatud, säilitatud või saadud digitaalsete andmete kasutamist tervishoiusektoris kliinilistel, hariduslikel või administratiivsetel eesmärkidel nii kohapeal kui vahemaa tagant.⁵⁵ Ka Euroopa Komisjon on tunnustanud seda definitsiooni, täiendades seda vaid andmete kasutamise eesmärgiga- „kodanike, patsientide, tervishoiutöötajate, tervishoiuteenuse osutajate, samuti ka poliitika tegijate vajaduste rahuldamine”.⁵⁶

E-tervist defineeritakse ka tema rakenduste järgi: e-tervis hõlmab patsientide ja tervishoiutöötajate omavahelist suhtlemist, asutustevahelist andmevahetust või patsientide kui ka meditsiinitöötajate omavahelist suhtlemist. See võib hõlmata ka tervishoiualase teabe võrgustikke, elektroonilisi tervisealaseid registreid, telemeditsiiniteenuseid, patsientide seireks ja tugiteenusteks kasutatavaid personaalseid kaasaskantavaid kommunikatsioonivahendeid jne.^{57,58} Vähesed kitsad kontseptsioonid osutavad spetsiifilistele rakendustele nagu telemeditsiin ja e-kaubandus, kuid need on erandid.

Kuigi enamjaolt seostatakse e-tervist tervishoiusektoriga ning kliiniliste, hariduslike või administratiivsete eesmärkidega, on e-tervisena käsitletav tervisetoodete, -teenuste, informatsiooni vahendamine ka ärilistel eesmärkidel. E-tervis ei ole ainuüksi reserveeritud tervishoiuteenuse osutajatele, vaid selles vallas tegutsevad professionaalide kõrval ka mitteprofessionaalid, ärid ja tarbijad ning seda ka isikeskis.⁵⁹

Mitmed kasutusel olevad e-tervise mõisted varieeruvad oma detailide ja üldisuse taseme poolest, eesmärgiks seatud funktsioonide, sihtgruppide (mõned märgivad vaid tervishoiutöötajaid ja patsiente, teised kõiki sihtgruppe), konteksti ja teoreetiliste küsimuste osas. Enamus hõlmab laialdasi meditsiiniinformaatika rakendusi. E-tervist defineeritakse kui väga laia ringi meditsiiniinformaatika rakendusi hõlbustamaks tervishoiu juhtimist ja osutamist.⁶⁰

⁵⁵ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/> (24.04.2009).

⁵⁶ Ministerial Declaration at Ministerial e-Health 2003 Conference. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/doc/min_dec_22_may_03.pdf (19.03.2009).

⁵⁷ D.Silber. The Case for eHealth. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2003.pdf (19.03.2009).

⁵⁸ P.Wilson, C.Leitner, A.Moussalli. Mapping the Potential of e-Health: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services. Arvutivõrgus kättesaadav: www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2004.pdf (19.03.2009).

⁵⁹ M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Op.cit., lk 4.

⁶⁰ C.Pagliari, D. Sloan et al. What Is e-Health (4): a Scoping Exercise to Map the Field. - Journal of Medical Internet Research 2005;7(1):e9. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:BQjXebZt0SQJ:www.jmir.org/2005/1/e9/+linguistic+change+e-health&hl=et&ct=clnk&cd=1&gl=ee> (19.03.2009).

Kõik esitatud definitsioonid on loomulikult seotud tervise teemaga. Samuti viitavad kõik definitsioonid kas otseselt või kaudselt tehnoloogiale. Siiski rõhutab enamus e-tervise kommunikatiivset funktsiooni ja märgib selle spetsiifilise iseärasusena võrku ühendatud (*networked*) digitaalse tehnoloogia, eelkõige Internet⁶¹ kasutamist. Iseloomulikuks on ka info ja teenuse edastamine vahemaa tagant, kuid see ei ole määrav. E-tervisena on käsitletav ka teenuse osutamine patsiendi juuresolekul, kasutades selleks ISTd.⁶²

Kuigi Eestis käivitunud aastaid tagasi e-tervise projektid, mis pidid tipnema e-tervise seaduse vastuvõtmisega,⁶³ ei ole e-tervist õigusaktides otsesõnu defineeritud.⁶⁴ E-tervise käsitletu riiklikul tasandil saab tuletada mitmest dokumendist, nagu valitsusliidu programm,⁶⁵ Eesti E-Tervise Sihtasutuse põhikiri.⁶⁶

Valitsusliidu programmi tervisepoliitika kohaselt on e-Tervise seaduse vastuvõtmise ja rakendamise eesmärgist tulenevalt e-tervis seotud eelkõige selliste infotehnoloogiliste lahenduste nagu digitaalne registratuur, digitaalne haiguslugu, digitaalne retsept, televisiit, ühiskasutuses pildipank kasutuselevõtuga.⁶⁷ Valitsusliidu programmi järgi pidi vastu võetava e-tervise seaduse eesmärgiks olema õiguslike aluste loomine e-tervise projektide rakendamiseks ehk terviseinfosüsteemi loomiseks. Eesti infoühiskonna arengukava 2010 meetme nr 6 kohaselt on e-tervis seotud ühtse riikliku terviseinfosüsteemi loomise ja vastavate teenuste osutamisega.⁶⁸ Ka Vabariigi Valitsuse 30. novembri 2006. a korraldusega nr 667 “Eesti infoühiskonna arengukava 2013» heakskiitmine”⁶⁹ välja töötatud infoühiskonna arengukava rakendusplaani 2007-2008⁷⁰ järgi pidi vastuvõetav e-Tervise seadus kiirendama infotehnoloogiliste lahenduste (digitaalne registratuur, digitaalne haiguslugu, digitaalne retsept, televisiit, ühiskasutuses pildipank jne) kasutuselevõttu. Seega on riiklikul tasandil e-tervise käsitus kitsalt seotud enamjaolt tervisealase andmevahetusega.

⁶¹ M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Osutatud raamatus piiratakse ainult Internetiga, lk 3. Samas on e-tervis D.Silberi arvamusel siiski laiem termin kui Internet. D.Silber. The Case for eHealth. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2003.pdf (19.03.2009).

⁶² Nt arvutiga ühendatud seadmed, millega teostatakse patsiendi läbivaatust, ravi ning mis automaatselt salvestavad andmed arvutisse, kusjuures seadmed on omakorda ühendatud võrguga.

⁶³ Iseseisva seaduse asemel lülitati e-tervise rakendused TTKS-sse.

⁶⁴ Vähemalt magistritöö autoril ei õnnestunud seda leida.

⁶⁵ Reformierakonna, Isamaa ja Res Publica Liidu ning Sotsiaaldemokraatliku Erakonna valitsusliidu programm aastateks 2007-2011. Arvutivõrgus kättesaadav: www.valitsus.ee/?id=1307 (20.03.2009).

⁶⁶ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/eesti-e-tervise-sihtasutus.html> (20.03.2009).

⁶⁷ Viide 65, tervisepoliitika punkt 23.

⁶⁸ Arvutivõrgus kättesaadav: www.riso.ee/et/files/IYA_versiooon_23-03-06_red.rtf (15.04.2009).

⁶⁹ RTL, 2006, 87, 1607.

⁷⁰ Arvutivõrgus kättesaadav: www.mkm.ee/failid/IYA_rakendusplan_8.rtf (20.03.2009).

Kuigi sotsiaalministeeriumi ja mitmete tervishoiuteenuse osutajate poolt asutatud Eesti E-Tervise Sihtasutuse eesmärgist tulenevalt võiks e-tervisena käsitleda IST rakendamist tervishoiusüsteemis, on need rakendused enamasti siiski seotud vaid informatsiooni haldamisega.⁷¹ Sihtasutuse missioonist järeltab A.Soosaar, et e-tervis tähendab pigem tervishoiusüsteemi tõhusat funktsioneerimist, kui otsest puutumist kellegi konkreetse isiku tervisesse.⁷²

Ka sotsiaalministeeriumis 2008.a algul loodud e-tervise osakonna põhimäärusega⁷³ osakonnale pandud ülesannetest ja eesmärkidest ei saa tuletada e-tervise mõistet. Põhimääruse § 2 lg 1 kohaselt tegeleb osakond küll e-tervise projektide kavandamise ja rakendamisega ning selle täitmiseks koostab mh e-tervise arendamise ning rakendamise tegevuskavad, kuid mida e-tervisena käsitleda, on õiguslikult täpselt määratlemata.

Olenemata erinevate definitsioonide paljususest sobib e-tervist tabavalt ja lühidalt iseloomustama Euroopa e-tervise valdkonna tegevuskavas esitatud mõiste, mille kohaselt käsitletakse e-tervisena IST rakendusi kogu funktsioonide ulatuses, mis mõjutavad tervishoiusektorit.⁷⁴

1.2. Telemeditsiin ja teletervis

Telemeditsiin ja teletervis on e-tervise eelkäijad.⁷⁵ Osaliselt on need mõisted kattuvad, mahtudes e-tervise mõiste alla. Osa autoreid eristavad neid kõiki,^{76,77} osa samastavad telemeditsiini ja teletervist e-tervisega,⁷⁸ osa peab telemeditsiini nii nagu ka teletervist e-tervise rakendusteks.^{79,80}

⁷¹ Eesti E-tervise SA põhikirja punkt 2 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/eesti-e-tervise-sihtasutus.html> (20.03.2009).

⁷² A.Soosaar. E-tervis ja eetika. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://biomedicum.ut.ee/~andress/eesti/lood/etervise%20eetika.htm> (20.03.2009).

⁷³ Sotsiaalministri 22. veebruari 2008. a määrus nr 10 „E-tervise osakonna põhimäärus“ - RTL, 2008, 18, 269.

⁷⁴ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

⁷⁵ M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Op. cit. lk 28.

⁷⁶ Ibid, lk 2.

⁷⁷ G. Eysenbach, E.Ryoung Sa, T. L Diepgen. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine.- British Medical Journal 1999, vol 319, pp 1294. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1129072> (20.03.2009).

⁷⁸ S.Callens, D.Crolla et al. E-health and the law. London: Kluwer Law International and International Law Association, 2003, lk 5.

⁷⁹ M.Sneddon, P.Noonan. Legal and Regulatory issues in E-Health. Arvutivõrgus kättesaadav: www.claytonutz.com/redirector.asp?doc=409 (20.03.2009).

⁸⁰ P.Wilson, C Leitner, A.Moussalli. Mapping the Potential of e-Health: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services Arvutivõrgus kättesaadav:

Tervishoiuteenuste osutamine, kliinilise info ja hariduse edastamine vahemaa tagant IST kasutades eksisteeris kaua aega enne Interneti. Mõned autorid märgivad, et telemeditsiin oli laialdaselt kasutusel enam kui 30 aastat tagasi enne selle termini esmakordselt käibele võtmist.⁸¹ Mõne autori järgi on telemeditsiini praktiseeritud sidetehnoloogiate kaudu peaaegu sada aastat, kasutades selleks telegraafi, telefoni või võrguta ühendust.⁸² Näiteks varajastel 1900ndatel kasutasid Austraalia kõrvalistes kohtades elavad inimesed kahesuunalist raadiot, et suhelda Austraalia Kuningliku Lendavate Arstide Teenistusega (*Australian Royal Flying Doctors Service*).⁸³ Esimest telefoni kaudset elektrilist stetoskoopi tutvustati Inglismaal 1910.a.⁸⁴ 1950ndal aastal kanti esimest korda üle radioloogilised pildid.⁸⁵

Telemeditsiini on oma dokumentides defineerinud rahvusvahelised organisatsioonid ja ühendused nagu WHO, WMA, EL, Ameerika Arstide Liit (*American Medical Association*), Rahvusvaheline Advokatuur (*International Bar Association*). Nii nagu e-tervise mõiste puhul, on ka telemeditsiini kohta kasutusel erinevaid tähendusi. Kuid siiski tundub telemeditsiini mõiste osas valitsevat suurem konsensus, kui e-tervise osas.

Üldiselt käsitletakse telemeditsiinina kliinilise või toetava meditsiinipraktika (tervishoiuteenuste ja -info) ülekandmist vahemaa tagant telekommunikatsiooni ja interaktiivse videotehnoloogia kaudu, kus arst vaatab patsienti vahemaa tagant läbi sidetehnoloogiat kasutades.⁸⁶ Sarnase definitsiooni on esitanud ka WHO.⁸⁷ Rahvusvahelise telemeditsiini ja teletervise konventsiooni eelnõu täiendab seda definitsiooni, lisades, et meditsiinipraktika osutamine toimub litsentseeritud või muud viisi õiguslikult volitatud isiku poolt.⁸⁸ WMA on pakkunud järgmise mõiste: telemeditsiin on meditsiinipraktika vahemaa tagant, milles sekkumine, diagnostika ja raviotsused ning -soovitused baseeruvad kliinilistel andmetel, dokumentidel ja muul informatsioonil, mis on üle kantud telesidesüsteemi kaudu.⁸⁹

www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2004.pdf (19.03.2009).

⁸¹ [R.L.Bashshur](#). Telemedicine nomenclature: What does it mean? - Telemedicine Journal, 2000, 6, 1-3.

⁸² [J.Mitchell](#). From Telehealth to E-health: the unstoppable rise of E-health. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.archive.dcit.gov.au/1999/09/rise> (20.03.2009).

⁸³ Ibid.

⁸⁴ [M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen](#). Op.cit., lk 5.

⁸⁵ Ibid, lk 5.

⁸⁶ [M.Sneddon, P.Noonan](#). Ibid.

⁸⁷ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.emro.who.int/his/ehealth/AboutEhealth.htm> (24.03.2009).

⁸⁸ Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).

⁸⁹ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

Euroopa Komisjon käsitleb telemeditsiinina tervishoiuteenuste pakkumist info- ja sidetehnoloogiavahendite abil olukordades, kus tervishoiuspetsialist ja patsient (või kaks tervishoiuspetsialisti) asuvad erinevates kohtades. See tähendab meditsiiniliste andmete ja teabe turvalist edastamist teksti, heli, piltide või muul kujul patsientidele vajaliku profülaktika, diagnoosimise, ravi ja järelravi eesmärgil.⁹⁰

Eesti E-tervise SA koduleheküljel Eesti Telemeditsiini Seltsingu avaldatud definitsiooni kohaselt käsitletakse telemeditsiinina IST kasutamist meditsiinilise diagnoosi määramisel /või patsiendi ravimisel, sealhulgas monitoorimist siis, kui kaasatud osapooled on füüsiliselt eemal/ või ei ole kohal samaaegselt.⁹¹

Telemeditsiin hõlmab väga erinevaid tegevusi. Kõige sagedamini nimetatakse ekspertide ülevaadetes teleradioloogiat, telepatoloogiat, teledermatoloogiat, telekonsulteerimist, telemonitooringut, telekirurgiat ja teleoftalmoloogiat. Kõnekeskused/interneti-teabekeskused patsientidele ning kaugnõustamine/e-visitidid või videokonverentsid tervishoiuspetsialistide vahel oleksid samuti võimalikud telemeditsiiniteenused.

Kui ühete mõistete kohaselt on telemeditsiinina käsitletav tervishoiuteenuste ülekandmine vahemaa tagant, teiste järgi tervishoiuteenuste osutamiseks vajaliku info ülekandmine, siis kolmandate mõistete põhjal mõlema ülekandmine. Autor ise nõustub seisukohaga, et vahemaa tagant liiguvad siiski andmed (analüüside vastused, pildid, raviotsustused, diagnoosid jne), mitte ravi.

Lisaks telemeditsiinile on kasutusel ka mõiste „teletervis”. Teletervist defineeritakse kui patsiendi ja arsti vahelist telekonsultatsiooni.⁹² Mõni definitsioon näeb ette, et teletervis on tervise informatsiooni ja nõuande tagamine ning ravi vahemaa tagant.⁹³ See definitsioon sarnaneb telemeditsiini definitsioonile. Rahvusvahelise telemeditsiini ja teletervise konventsiooni eelnõu art 1.2 järgi viitab teletervis mitmesugustele tervisega seotud tegevuste gruppidele, sisaldades tervishoiutöötajate koolitust, ühiskonna terviseõpetust, rahvatervist, uuringuid ja tervishoiuteenuste administreerimist.

⁹⁰ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

⁹¹ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/images/Telemeditsiin/terminoloogia.pdf> (20.03.2009).

⁹² M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Op.cit, lk 3.

⁹³ M.Sneddon, P.Noonan. Legal and Regulatory issues in E-Health. Arvutivõrgus kättesaadav: www.claytonutz.com/redirector.asp?doc=409 (20.03.2009).

Nii WHO definitsioonis⁹⁴ kui ka rahvusvahelise telemeditsiini ja teletervise konventsiooni eelnõus⁹⁵ on eristatud teletervist telemeditsiinist ja neid omakorda e-tervisest. Mõned autorid näevad teletervist ulatuslikuma terminina kui telemeditsiini, mida nad defineerivad piiratud kuni interaktiivse patsiendi-arsti telekonsultatsioonina.⁹⁶ WHO järgi on teletervis tervishoiu osutamine vahemaa tagant kasutades IST vahendeid,⁹⁷ mis omakorda on samane e-tervise mõningate definitsiooniga.

Terminid teletervis on kasutatud ka telemeditsiini sünonüümina,^{98,99,100} teletervise terminid peetakse uueks, telemeditsiini oma vanaks.¹⁰¹ Kuid mõnede autorite arvates ei ole see õige. Osad välistavad teletervisest telemeditsiini.¹⁰²

Telemeditsiin viitab vaid kliiniliste teenuste osutamisele, samal ajal kui mõiste teletervis viitab nii kliinilistele kui ka mittekliinilistele teenustele, nagu meditsiinialane õpe, administreerimine ja uuringud. Teletervis erineb telemeditsiinist veel selle poolest, et see seondub tervise kaitsmise ja edendamisega, kui telemeditsiin tegeleb tervistava meditsiiniga.^{103,104} E-tervist on sageli kasutatud, eriti Ühendkuningriigis ja Euroopas kui katusmõistet, mis sisaldab teletervist, elektroonilist terviselugu ja teisi tervise IT komponente.^{105,106,107}

Elektrooniline tervis on märksa laiem mõiste, kui telemeditsiin ja teletervis. See hõlmab elektrooniliselt edastatud digitaalsete andmete kasutamist kliinilisteks, hariduslikeks ja administratiivseteks rakendusteks nii lokaalselt kui ka vahemaa tagant.¹⁰⁸

⁹⁴ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.emro.who.int/his/ehealth/AboutEhealth.htm> (24.03.2009).

⁹⁵ Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).

⁹⁶ M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Op.cit., lk 3.

⁹⁷ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.emro.who.int/his/ehealth/AboutEhealth.htm> (24.03.2009).

⁹⁸ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 4.

⁹⁹ J. Mitchell. From Telehealth to E-health: the unstoppable rise of E-health. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.archive.dcita.gov.au/1999/09/rise> (20.03.2009).

¹⁰⁰ EHTEL.Sustainable Telemedicine:Paradigms for future-proof healthcare. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ehealthnews.eu/content/view/1156/62/> (24.03.09).

¹⁰¹ M.M.Maheu, P.Whitten, A.Allen. Op.cit., lk 3.

¹⁰² S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 5.

¹⁰³ Ibid, lk 3.

¹⁰⁴ WHO press release 1997, december 23. Telehealth and telemedicine will henceforth be part of the strategy for health for all. Arvutivõrgus kättesaadav: www.who.int/archives/inf-pr-1997/en/pr97-98.html (19.02.2008).

¹⁰⁵ Veebientsüklopeedia Wikipedia. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://en.wikipedia.org/wiki/Telemedicine> (04.04.2009).

¹⁰⁶ J.Mitchell. Ibid.

¹⁰⁷ V. D. Mea. What is e-Health (2): The death of telemedicine?-J Med Internet Res 2001;3(2):e22. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2001/2/e22/> (20.03.2009).

¹⁰⁸ J. Mitchell. From Telehealth to E-health: the unstoppable rise of E-health. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.archive.dcita.gov.au/1999/09/rise> (20.03.2009).

Telemeditsiini iseloomustavad ja eristavad e-tervisest järgmised asjaolud. Esiteks, telemeditsiini korral osutatakse meditsiinipraktikat ja edastatakse infot vahemaa tagant, s.t poolte vahel peab olema geograafiline eraldatus. E-tervise puhul ei ole see relevantne. Teiseks, tervishoiuteenuse osutamises osalevad isikud või vähemalt üks neist on tervishoiutöötaja (professionaal), tavaliselt on mõlemad osapooled arstid (nt radioloogiliste piltide kirjeldamine, telekirurgia). E-tervise puhul võivad mõlemad olla mitteprofessionaalid (nt patsientide foorumid), st e-tervis ei ole erialakeskne. Kolmandaks, side- ja sellega seotud tehnoloogia kasutamisel tervisega seonduvate andmete kogumiseks, säilitamiseks ning levitamiseks võib kasutada, kuid ei pea kasutama Internetti, kasutada võib kahe-suunalist (interaktiivset) videokonverentsi tehnikat.¹⁰⁹ Sellesse võib olla kaasatud ka ainult telefon või faks. Mõni autor leiab veel, et e-tervist eristab telemeditsiinist ja teletervisest asjaolu, et enamik e-tervise teenuseid on motiveeritud kasu saamisest, samal ajal kui telemeditsiini ja teletervise teenused ei ole.¹¹⁰

1.3 Kübermeditsiin

Kui eelpool sai käsitletud e-tervise, telemeditsiini ja teletervise mõistet, tuleks defineerida ka laialdaselt kasutuses olev kübermeditsiini mõiste,¹¹¹ mida magistritöös käsitletakse seoses veebilehtede ja e-konsultatsioonidega (tervishoiutöötaja-patsient). Nii nagu e-tervise, telemeditsiini ja teletervise kohta on käibel mitmeid erinevaid definitsioone, on see nii ka kübermeditsiini puhul, kuigi magistritöö autorile näib, et mõned teletervise definitsioonid kattuvad kübermeditsiini terminiga.

Kübermeditsiini tõlgendatakse kui katusmõistet, kirjeldamaks meditsiini võtmeteenuste siirdumist veebi. Olles laiem kontseptsioon, kui telemeditsiin, sisaldab kübermeditsiin marketingi, suhete loomist, nõuannet, ravimite ja meditsiiniseadmete määramist ja müüki ning veel teadmata interaktiivsuse taset, nagu kõikide asjade puhul küberruumis. Mõni kübermeditsiini definitsioon piirdub kitsalt vaid meditsiinipraktika tungimisena Internetti, kus arst suhtleb patsiendiga e-kirja teel.¹¹²

¹⁰⁹ R.Oskvig, D. Bolan et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).

¹¹⁰ R.L.Bashshur. Telemedicine nomenclatur: What does it mean? - Telemedicine Journal, 2000, 6, 1-3.

¹¹¹ Eestis see mõiste kasutusel ei ole.

¹¹² Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://gsulaw.gsu.edu/lawand/papers/su01/taylor_west/\(22.02.2007\)](http://gsulaw.gsu.edu/lawand/papers/su01/taylor_west/(22.02.2007)).

Kübermeditsiini saab kategoriseerida kolmel viisil, alustades tegelike haiguste diagnoosidega kuni info jagamiseni. Mõned veebilehed pakuvad vaid informatsiooni, teised pakuvad tasuta konsultatsiooni ja müüvad ravimeid,¹¹³ on ka lehti, mis pakuvad täielikku konsultatsiooniteenust.^{114,115} Kübermeditsiin võimaldab patsiendil saada *online* nõu küberdoktoritelt kui meditsiiniala professionaalidelt. Küberarstid diagnoosivad patsiendi haigusi, kirjutavad ravimeid Interneti vahendusel ja nõustavad, kuidas ravida erinevaid haigusi.¹¹⁶

Kübermeditsiin on eristatav telemeditsiinist, kuigi ka siin on kattuvaid küsimusi, eriti kuna kasutatakse samuti Interneti kui telemeditsiiniliste rakenduste meediumi.¹¹⁷ Samal ajal kui telemeditsiin keskendub peamiselt konfidentsiaalsete kliiniliste andmete piiratud vahetusele piiratud arvuga osalejate vahel, peamiselt patsiendi ja arsti või arsti ja arsti vahel, on kübermeditsiinis avatud, mittekliinilise informatsiooni globaalne vahetus peamiselt patsiendi ja patsiendi, mõnikord patsiendi ja arsti ning arsti ja arsti vahel.¹¹⁸ Kui telemeditsiini rakendatakse suures osas diagnostilise ja raviva meditsiini jaoks, siis kübermeditsiini rakendatakse ennetava meditsiini ja rahvatervise jaoks. Erinevalt telemeditsiinist piirdatakse kübermeditsiini puhul siiski vaid Internetiga.¹¹⁹

Magistritöö autor ise pooldab käsitlust, mille kohaselt e-tervis on katusmõiste ning telemeditsiin, kübermeditsiin, teletervis mahuvad e-tervise mõiste alla. Magistritöös on lähtutud seisukohast, et telemeditsiin hõlmab kliinilist tegevust, kus vähemalt üheks osapooleks on arst ja teenuse osutamine toimub vahemaa tagant, nt teleradioloogia, telepsühholoogia jne. Kübermeditsiininäiteks käsitleb autor magistritöös veebi vahendusel (ka e-post) antavat konsultatsiooni, info jagamist, foorumeid, ravimite ja tervisekaupade müüki, kusjuures kumbki osaleja ei pea olema (kuid võib olla) meditsiinitöötaja. Segaduse tõttu mõistete osas on ka magistritöös kasutatud kõrvuti mõisteid e-tervis ja telemeditsiin, eristamaks käsitlusel telemeditsiini kui kliinilist rakendust e-tervisest kui kliinilisest ja ka mittekliinilisest rakendusest.

¹¹³ Eestis ravimite müüki interneti teel ei toimu, küll müüakse toidulisandeid.

¹¹⁴ Eestis täielikku konsultatsiooni teenust ei pakuta.

¹¹⁵ Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: http://gsulaw.gsu.edu/lawand/papers/su01/taylor_west/ (22.02.2007).

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ G. Eysenbach, E. Ryoung Sa, T. L. Diepgen. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine.- British Medical Journal 1999, vol 319, pp 1294. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1129072> (20.03.2009).

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

1.4 E-tervise legaalfinitsiooni tarvidus

Mõistete osas valitseva ebamäärasuse tõttu ning johtuvalt e-tervise rakenduste suurest hulgast, kerkib küsimus, kas on üldse vajadust e-tervise legaalfinitsiooni järele. Kas sellele oleks ka rakendus või piisab hetkel valitsevast ebamäärasusest. Magistritöö autor leiab, et teatud e-tervise rakendused oleks mõistlik defineerida. See aitaks kaasa õigusselgusele ja –kindlusele e-tervise teenuste õigusliku regulatsiooni osas ning nende teenuste legaalsele osutamisele s.h ka piiriülel. Erinevad rakendused on küll defineeritud rahvusriikide õigusaktides - nt terviseinfosüsteem TTKSs,¹²⁰ kuid see on seotud konkreetse rakenduse elluviimisega ühe riigi tasandil. Sealjuures aga ei ole defineeritud telemeditsiiniteenuseid kliiniliste rakenduste osas või vähemalt täpsustatud tervishoiuteenuse mõistet, et oleks selgus selles, kas tervishoiuteenuse mõiste sisaldab telemeditsiini¹²¹ või mitte. Kuigi rahvusvaheliste organisatsioonide poolt on üritatud telemeditsiini mõistet defineerida,^{122,123,124} ei ole need terminid õiguslikult siduvad. Vajadus oleks aga just õiguslikult siduva mõiste järele. Telemeditsiini ja teiste e-tervise rakenduste täpsete mõistete puudumisel jääb selgusetuks nende teenuste õiguslik sisu, näiteks kas kübermeditsiini teenuse korral on tegemist meditsiinipraktikaga või tuleb seda tõlgendada Interneti teel antava patsiendiõpetusena. See omakorda põhjustab segadust kohaldamisele tulevate õigusaktide osas. Kui veebilehtede kaudu osutatav teenus on käsitletav tervishoiuteenusena, peab ta alluma samale õiguslikule regulatsioonile teenuse kvaliteedi, litsentseerimise, privaatsuse jne osas, samamoodi peaks järgnema samasugune vastutus nagu traditsioonilise meditsiini puhul. Mõistete defineerimine aitaks tuua selgust ka sellistes küsimustes, kas e-tervise teenuse osutamiseks on vaja tegevusluba,¹²⁵ kuidas toimub tasustamine (nt USAs kindlustusseltsid

¹²⁰ RT I 2001, 50, 284; RT I 2008, 58, 329.

¹²¹ Nii näiteks võib väita, et Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus teenus „arsti vastuvõtt“ ei sisalda obligatoorset nõuet, et arst peab patsiendiga silmast silma kohtuma. Arst võib konsulteerida patsienti telefoni, e-posti teel. Küsimus tekib selles, kuidas Eesti Haigekassa kui patsiendilt tasumise kohustuse ülevõtja arsti vastuvõtu tähendust sisustab. Samas on aga haigekassa tervishoiuteenuste loetelus eraldi välja toodud perearsti nõuande telefoniteenus.

¹²² Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).

¹²³ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

¹²⁴ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

¹²⁵ Nt Eesti veebilehtede www.kliinik.ee (15.04.2009) (OÜ Tervisenõuanne), www.inimene.ee (15.04.2009) (meditsiinikirjastus Lege artis) jt pidajad pakuvad arstlikku konsultatsiooni, kuid tervishoiuameti tervishoiuteenuse osutajate registri andmetel ei oma nad tervishoiuteenuse osutamiseks tegevusluba. Tervishoiuameti veebileht: www.tervishoiuamet.ee (15.04.2009).

aktsepteerivad piiratud ulatuses e-posti teel antavaid konsultatsioone).¹²⁶ Eestis on toimunud Eesi Haigekassaga sellel teemal arutelud,¹²⁷ millistele kvaliteedi kriteeriumidele teenus peab vastama ning kuidas peaks toimuma tasustamine.¹²⁸ Mõiste puudumine tekitab teisigi probleeme. Osadel nendest on magistritöös edaspidiselt ka peatutud. Mõistete defineerimine on lihtne ühe riigi tasandil. Kui teenust osutatakse aga piiriülevalt, tekivad raskused teenuse sisu ühesugusel tõlgendamisel, seetõttu oleks vajalik defineerida ka rahvusvahelisel tasandil, milleks tegi ettepaneku Rahvusvaheline Advokatuur.¹²⁹

EL tasandil tervishoiuteenuste vaba liikumise põhimõtte valguses aitaks mõistete defineerimine kaasa õigusselgusele piiriülese meditsiini osutamisel, samuti selle eest tasustamise, litsentseerimise ja kvaliteedi küsimuste lahendamisel. Kuigi patsiendiõiguste direktiivi eelnõus¹³⁰ esitatud tervishoiuteenuse mõiste järgi peaks magistritöö autori arvates sisaldama tervishoiuteenus ka telemeditsiini ja e-tervist,¹³¹ jääb ikkagi ebaselgeks, millised telemeditsiini ja e-tervise teenused kuuluvad tervishoiuteenuste alla. Mõistete defineerimine aitaks kaasa ka e-kaubanduse direktiivi tõlgendamisele ning võimaldaks selgelt aru saada, milliste telemeditsiini ja e-tervise teenuste osas see on see rakendatav ja milliste osas mitte.¹³²

Ühtlasi on aga magistritöö autor arvamusel, et e-tervise kui üldmõiste õigusliku defineerimise järele puudub otsene vajadus. Arvestades e-tervise 40-50 aastast arengut, ei saa ega ka tohiks anda e-tervisele ainust tähendust, kuna e-tervis on dünaamiline ja muutuv kontseptsioon.¹³³

Teemat kokku võttes tuleb sedastada, et ainult mõistete legaalfinitsioon saab olla aluseks e-tervise rakenduste ja telemeditsiini õiguspärasele osutamisele ning tagaks patsientide usalduse teenuse osutajate ja teenuse vastu. Samuti aitab finitsioon kaasa e-tervise protsessis osalejate

¹²⁶ G.W. Wachter. New Medicare Reimbursement Laws: An Open Door for Telemedicine? Arvutivõrgus kättesaadav: http://tie.telemed.org/articles/article.asp?path=legal&article=medicareReimbursement01_gw_tie01.xml (24.03.2009)

¹²⁷ Telemeditsiini Seltsing ja haigekassa on arutanud telemeditsiini teenuste kajastamist haigekassa hinnakirjas. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/toimunud-koosviibimised.html> (24.03.09).

¹²⁸ M.Veskimägi. Telemeditsiini ja meilikonsultatsioonist Perearst 13.veebruar.2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/article_id-924 (06.04.2009).

¹²⁹ Definitsioon sisaldub rahvusvahelises telemeditsiini ja teletervise konventsiooni eelnõus. Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).

¹³⁰ KOM(2008) 414 lõplik.

¹³¹ Tervishoiuteenusena käsitletakse tervishoiuteenust ükskõik millisel viisil on see osutatud.

¹³² Olgugi, et e-kaubanduse direktiivi tähenduses on käsitletavad infoühiskonnateenustena ka tervishoiuteenused, on kirjanduses avaldatud seisukohti, et e-kaubanduse direktiiv telemeditsiini teenustele ei ole rakendatav. Ka Baltic e-Health ja R-Bay projekti raames puutus magistritöö autor kokku osalejate eitava seisukohaga selles küsimuses.

¹³³ P.Wilson, C.Leitner, A.Moussalli. Mapping the Potential of e-Health: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services Arvutivõrgus kättesaadav: www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2004.pdf (19.03.2009).

õiguste, kohustuste ja vastutuse kindlaks määramisel. Definitsioonita ei ole võimalik selgeks teha, millised õigusaktid suhtele kohalduvad ning kas see olemasolev regulatsioon on piisav või vajab täiendamist või hoopiski uut regulatsiooni.

II E-tervis ja Euroopa Liit

2.1 Euroopa Liidu roll liikmesriikide tervishoiu korraldamisel

Juba mõned aastad on Euroopa riigid silmitsi kasvava nõudlusega tervishoiu ja sotsiaalteenuste järele rahvastiku vananemise, elanike kõrgema haridustaseme ja suuremate sissetulekute tagajärjel. Kodanike ootused parima kättesaadava ravi järele on suurenenud, patsientide ja tervishoiutöötajate mobiilsus on paremini funktsioneerival siseturul kasvanud, kuid eelarve vahendid on jäänud sealjuures piiratuks. See seab uued dimensioonid ümberkorraldustele EL-s tervishoiuteenuste osutamises.

EL huvi Interneti ja e-tervise vastu baseerub otseselt asutamislepingul.¹³⁴ See leping sisaldab mitmeid sätteid, mis annab EL-le mõjuvõimu oma kodanike heaolu üle ja sisaldab ambitsioonika tervishoidu puudutava tegevuskava. Õigust tervishoiule tunnustatakse ka EL põhiõiguste hartas (art 35).¹³⁵ Kõikidel EL kodanikel nende sissetuleku tasemest või elukohast olenemata peab olema garanteeritud võrdne ja taskukohane juurdepääs tervishoiuteenustele õige aja jooksul, järgides universaalsuse, kvaliteetsuse, turvalisuse, järjepidevuse ja solidaarsuse põhimõtteid.¹³⁶

Üldiselt loetakse enamikku sotsiaalkaitsest ja tervishoiuvaldkonnast olevat EL-s liikmesriikide pädevuses. EL liikmesriikidel on esmane kohustus kaitsta ja parendada oma kodanike tervist. Selle õigusliku kitsenduse tõttu ei ole EL saanud tänaseni avaldada initsiatiivi spetsiifilise seadusandluse väljatöötamiseks, mis puudutab tervishoiusüsteemi toimimist ühenduses.

Alates Maastrichti ja Amsterdami lepingutest on loodud õiguslik alus ühenduse tegevustele tervise valdkonnas. Kogu ühenduse poliitika ja meetmete kindlaks määramisel ja rakendamisel on ülim siht tagada inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse (asutamislepingu art 152.1). Asutamislepingu art 152.2 annab ühendusele rolli edendada koostööd liikmesriikide vahel rahvatervise parandamise, inimeste haiguste ennetamise ja inimeste tervist ohustavate tegurite

¹³⁴ Euroopa Liit — Euroopa Liidu Lepingu ja Euroopa Ühenduse Asutamislepingu Konsolideeritud Versioonid. 29.12.2006. ELT C 321 E/1.

¹³⁵ ELT C 303, 14.12.2007, lk 1-16.

¹³⁶ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)). ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

kõrvaldamise valdkonnas ning art 152.5 sillutab teed ühenduse kasvavale tegevusele selleks. Art 152.5 sisaldab spetsiifilist tingimust, mis lubab ühendusel võtta ette tegevusi otsese puutumusega tervise kaitsesse, samal ajal respektides liikmesriikide kohustusi terviseteenuste ja meditsiiniabi organiseerimises ja osutamises.

Ka muud asutamislepingu artiklid annavad EL-le õiguse tegutseda liikmesriikide tervishoiu koordineerimisel. Asutamislepingu art 2 kohaselt on ühenduse ülesanne lepingu artiklis 3 märgitud ühise poliitika või meetmete kaudu tagada elatusaseme ja elukvaliteedi parandamist. Art 3 järgi hõlmab ühenduse tegevust ühenduse eesmärkide saavutamiseks s.h ka panust tervisekaitse kõrge taseme saavutamisse.

Ühenduse roll rahvatervises subsidiaarsuse põhimõttest tulenevalt on anda lisaväärtust tegevustele ning tegelda küsimustega, millega liikmesriigid ise toime ei tule. Liikmesriikidel on kohustus korraldada oma sotsiaalsüsteemi, kuid seda teatud piirides. Liikmesriik ei saa viitega sotsiaalkindlustuse poliitikale kõrvale kalduda asutamislepingu art-s 5 sätestatud printsiibist, mille kohaselt peab liikmesriik hoiduma igast meetmest, mis ohustab asutamislepingu eesmärkide saavutamist.¹³⁷ Kuigi tervishoiusüsteemi korraldus on liikmesriikide pädevuses, on mitmeid valdkondi, nagu juurdepääs ravimitele ja ravile, patsiendi informatsiooni liikumine, pandeemiate ennetamine või patsientide ja tervishoiutöötajate liikumine, mis omavad piiriülest iseloomu, kus liikmesriigid ei suuda üksi efektiivselt tegutseda ning liikmesriikide ja ühenduse koostöö on hädavajalik, ning vajavad ühenduse poolset initsiatiivi.^{138,139} See on põhjus, miks asutamisleping annab ühendusele ülesande tegelda terviseprobleemidega laiemas tähenduses. Ka arengud e-tervise süsteemide ja –teenuste vallas omavad mõju ühenduse tegevustele.¹⁴⁰ EL-l on võtmeroll paljudes aktsioonides, mis täiendavad liikmesriikide tööd. EL on näidanud initsiatiivi e-tervise vallas ning ärgitanud liikmesriike tegelema e-tervise küsimustega, välja töötama tegevuskavasid, viljelema liikmesriikide vahelist parimate tavade vahetust.¹⁴¹

¹³⁷ W.Palm, J.Nickless et al. Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. Rapport Final May 2000 lk 70. Kirjalik materjal magistr töö autori valduses.

¹³⁸ Commission of The European Communities. Commission Staff Working Document *Accompanying document to the WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. COM(2007) 630 final. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf (23.04.2009).

¹³⁹ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)). ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

¹⁴⁰ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

¹⁴¹ Health and Consumer Protection Directorate General. Health in Europe: A Strategic Approach. Discussion Document for a Health Strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf (24.03.09).

Euroopa Komisjon võttis oma 2007.a poliitilises strateegias ülesandeks ohutu, kvaliteetse ja tõhusa tervishoiuteenuse raamistiku väljatöötamise, tugevdades selleks liikmesriikide vahelist koostööd ning tagades kindlustunde, et tervishoiuteenuste ja arstiabi suhtes kohaldatakse ühenduse õigust. See väljendub komisjoni pühendumist kodanikukeskse tegevuskava raames tõhusamate vahendite leidmiseks, et tagada kodanike õigust tervishoiu kättesaadavusele kogu Euroopas.¹⁴²

Sellest põhimõttest lähtuvalt tegi Euroopa Komisjon ettepaneku direktiivi vastuvõtmiseks patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (patsiendiõiguste direktiivi eelnõu),^{143,144} mille eesmärgiks on tagada selge ja läbipaistev raamistik piiriüleste tervishoiuteenuste osutamiseks. Direktiivi kohaldataks kõigi tervishoiuteenuste suhtes, hoolimata sellest, kuidas need on korraldatud, kättesaadavaks muudetud või kuidas neid rahastatakse.

2.2 Kohtulahendite mõju tervishoiuteenuste piiriülesele osutamisele

Tervishoiuteenuste tähendus on Euroopa tasandil muutunud. Kuigi asutamislepingu kohaselt ei laiene teenuste vaba liikumise põhimõtte tervishoiuteenustele, võib sellest üldisest reeglist eemaldumist tervishoius näha Euroopa Kohtu praktikast (*case law*) piiriülese meditsiini kindlustuse juhtumitel. Euroopa Kohus on teinud mitmeid otsuseid küsimustes, nagu tervishoiuteenuste kättesaadavus, eelloamenetluste või kulude katmise kriteeriumide kindlaksmääramine, mis annavad EL kodanikele õiguse vabalt liikuda ühenduse piirides, saamaks tervishoiuteenuseid teises liikmesriigis.¹⁴⁵ Alates Kohll/Decker¹⁴⁶ ja Geraets-Smits/Peerbooms¹⁴⁷ otsustest on ilmne, et Euroopa kodanik võib kasutada tervishoiuteenuseid teises liikmesriigis ja taotleda nende hüvitamist oma rahvusliku ravikindlustussüsteemi kaudu. Euroopa Kohus on oma

¹⁴² Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, nõukogule, Euroopa majandus- ja sotsiaalkomiteele ning regioonide komiteele. 2007. aasta poliitiline strateegia. KOM(2006)122, 14.märts 2006.

¹⁴³ Euroopa Ühenduste 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 (08.04.2009).

¹⁴⁴ Euroopa parlament kiitis 23.04.2009.a heaks sellekohase J.Bowise raporti. Patsientide õigused piiriüleses tervishoius. Euroopa Parlamendi pressiteade. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/> (24.04.2009).

¹⁴⁵ Otsused Kohll ja Decker C-158/96 and C 120/952 8.04.1998, Geraets-Smits ja Peerbooms C-157/99 12.07.2001, Müller-Fauré ja van Riet C-385/99 13.05.2003, Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health C-372/04 16.05.2004, Manuel Acerea Herrera v Servicio Cántabro de Salud C-466/04 15.06.2006 jp teistes kohtuasjades.

¹⁴⁶ ECJ 28 aprill 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, 28.aprill 1998.

¹⁴⁷ B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekering. 12 July 2001 European Court reports 2001 Page I-05473 Case C-157/99. ECJ C- 12.juuli 2001.

otsustes selgelt väljendanud, et kui tervishoiuteenuseid osutatakse tasu eest, tuleb neid käsitleda teenustena asutamislepingus määratud tähenduses ning seega kohaldada nende suhtes asjaomaseid teenuste vaba liikumise sätteid. Kohtuotsuses *Watts'i* kohtuasjas (*Watts v Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health*) sedastas kohus, et EL lepingu art 49 teenuste vaba liikumise kohta on rakendatav ka tervishoiuteenustele, kui isik läheb teise liikmesriiki ravile, ilma et oleks vaja uurida, kas selle isiku kindlustanud riikliku süsteemi raames osutatav haiglaravi on teenuste vaba osutamist käsitlevate sätete mõttes teenus.¹⁴⁸

Mõnede liikmesriikide väidetele, et asutamislepingu art 152 lg 5 nõue „võtta täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ja kättesaadavaks muutmisel” on vastuolus tervishoiusüsteemide valdkonnas ühenduse õiguse tasandil siduvate kohustuste kehtestamisega, leidis kohus, et see säte ei välista võimalust, et liikmesriikidelt võidakse teiste asutamislepingu sätete alusel, nagu art 49 või teiste asutamislepingu sätete kohaselt vastu võetud ühenduse meetmete, nagu määruse nr 1408/71¹⁴⁹ art 22 alusel nõuda oma sotsiaalkindlustussüsteemide mõningast kohandamist ilma, et seda saaks pidada nende suveräänse pädevuse piiramiseks sel alal.¹⁵⁰

Kuigi teenuste vaba liikumise põhimõte ei ole spetsiaalselt kavandatud tervishoiu suhtes, omab see kaugeleulatuvat mõju, nagu näitavad eelnimetatud kaasused.¹⁵¹

Kohtu reeglid jätavad siiski palju ebamäärasust selle kohta, kuidas neid põhimõtteid praktikas rakendada patsientide, tervishoiuteenuse osutajate ja liikmesriikide tervishoiu korraldajate poolt. Lahendamist vajavad küsimused tingimuste osas, millist arstiabi on õigus teises liikmesriigis saada ning milliste tervishoiuteenuste eest tasustatakse. Samuti on vaja täpsustada tingimused patsientide informeerimiseks teises liikmesriigis kättesaadava ravi osas, millised tervishoiu ametkonnad vastutavad piiriülese arstiabi järelevalve eest, eriasjaoludel ka ravi järjepidevuse tagamine ning patsiendi õiguste kaitse. Samuti ei ole teada, kas kohtu reeglid on kohaldatavad ka e-tervise (telemeditsiini) juhtumitel. Õigusselguse ja -kindluse huvides on kavandatud need küsimused ühenduse tasandil lahendada patsiendiõiguste direktiivis.

¹⁴⁸ C-372/04, 16.mai 2006.a, otsuse punkt 123.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ C-372/04, 16.mai 2006.a, otsuse punkt 123, punkt 147.

¹⁵¹ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 100.

2.3 E-Euroopa algatus ja *online* tervis

8.detsembril 1999.a lانسseeris Euroopa Komisjon nn e-Euroopa algatuse (*eEurope initiative*) Algatus oli poliitiline kindlustamaks EL-le täielik kasu saamine infoühiskonnaga kaasnevatest muudatustest ning saada EL *online*’le.¹⁵² E-Euroopa algatus rõhutas Interneti kasutamist, mis on kasvava tähtsusega tervishoiuvaldkonnas.

Koos algatuse lانسseerimisega andis Euroopa komisjon 2000.a välja tegevuskava „e-Euroopa 2002 - infoühiskond kõigile” (‘*eEurope 2002 – An Information Society for All*’).¹⁵³ E-Euroopa tegevuskava ühe osana startis tervise *online* tegevus, millega EL tunnistas uue tehnoloogia kasutamise täielikku strateegilist tähtsust tervishoius.

Teatise väljaandmisel märgiti, et kuigi tehnoloogiliste rakenduste turg meditsiini vallas on Euroopas arenemas kiiresti ja Internetis kättesaadavate tervisega seotud informatsiooni ja õpetusmaterjalide hulk on märkimisväärselt kasvuga, siis on mõlema e-tervise sektori täielik ekspluateerimine takistatud õigusselguse ja õiguskindluse puudumise tõttu.^{154,155}

Tegevuskava kohaselt pidi komisjon avaldama teatise „E-tervise õiguslikud aspektid 2001.a” (*Legal Aspects of eHealth in 2001*”), mille eesmärgiks oli anda ülevaade olemasolevast seadusandlusest, mis avaldab mõju sellele valdkonnale, selgitades välja olemasoleva seadusandluse ja ehitades tööstuslikku usaldust turule sisenemiseks.¹⁵⁶ Üheks eesmärgiks oli tegevuskava kohaselt välja anda teatis tervisega seotud veebilehtede kvaliteedi kohta¹⁵⁷

Erilist äramärkimist leidis teatises see, et kliinilistes (s.h kaubanduslikes) e-tervise rakenduste valdkondades säilib tervise telemaatikaga seotud tööstuses ebakindlus vastutuse ja andmekaitse,

¹⁵² "eEurope – An Information Society for All“. Communication on a Commission Initiative for the Special European Council of Lisbon 23 and 24 March 2000 (presented by the Commission). COM (99) 687 final, 8.12.1999. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://aei.pitt.edu/3532/> (24.03.09).

¹⁵³ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Europe 2002 action plan. An Information Society For All. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/documents/archiv_eEurope2002/actionplan_en.pdf (19.03.2009).

¹⁵⁴ European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth”. Final Recommendations on Legal Issues in eHealth. Deliverable 5. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

¹⁵⁵ Connected health: Quality and Safety for European Citizen“. Report of the Unit ICT for Health in collaboration with the i2010 sub-group on eHealth (formerly known as the eHealth working group) and the eHealth stakeholders’ group. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/connected-health_final-covers18092006.pdf (19.03.2009).

¹⁵⁶ Komisjon pidi avaldama teatise e-tervise õiguslike aspektide kohta 2001.a-ks. Teatis on kättesaadava info põhjal valminud, kuid ei ole kättesaadav.

¹⁵⁷ Anti välja 2002.a ning see leiab käsitlemist magistritöös edaspidi.

online meditsiiniarvamuste andmise, samamoodi ka *online* farmaatsiaalase informatsiooni ja toodete pakkumise seaduslikkuse osas.¹⁵⁸

E-Euroopa tegevuskava 2002 jätkuks oli e-Euroopa tegevuskava 2005. E-Euroopa 2005 tegevusplaani konkreetseks eesmärgiks e-tervise vallas on töötada välja elektroonilise tervishoiuregistri standardne ülesehitus, et toetada parimate praktikate vahetamist, seada sisse tervise teabe võrgustikud tervishoiuasutuste vahel terviseohtudega tegelemise kooskõlastamiseks, *online* teenuste tagamine, näiteks teabe jagamine tervislike eluviiside ja haiguste vältimise kohta, samuti telekonsulteerimine, e-retseptid ja e-maksed.¹⁵⁹

EL strateegiast eEuroopa tegevuskavas moodustab osa 30.04.2004.a välja antud Euroopa Komisjoni teatis „E-tervis – Euroopa kodanikele parema tervishoiuteenuse pakkumine. Euroopa e-tervise valdkonna tegevuskava” („*e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*”, lüh E-tervise tegevusplaani- *e-health action plan*).¹⁶⁰ Selle plaaniga võttis EL suuna „Euroopa e-tervishoiu piirkonna“ loomisele. E-tervise tegevusplaani peamine eesmärk on võimaldada EL-l ekspuuteerida *online* tervisesüsteemide ja teenuste kogu potentsiaali Euroopa e-tervise piirkonnas. Võttes arvesse, et tervishoiuteenuseid kasutatakse üha rohkem teises riigis, rõhutas Euroopa Komisjon oma teatistes elektrooniliste tervishoiuteenuste ja elektrooniliste tervisekaartide koostalitlusvõime tähtsust.

E-tervise tegevusplaanis tõstatati jälle küsimus õigusliku ebakindluse osas. Teatistes sedastati, et hoolimata EL seadusandlusest selliste küsimustes nagu andmekaitse (direktiiv 95/46/EC), elektrooniline allkiri (direktiiv 99/93/EC), infoühiskonna teenused (direktiiv 2000/31/EC), kauglepingud (direktiiv 97/7/EC) ja olemasolev seadusandlus üldise tootevastutuse (direktiiv 92/59/EEC) ja meditsiiniseadmete kohta (direktiiv 92/59/EEC), jätkub e-tervise rakenduste kasutamise õiguslike aspektide osas arvestatav ebaselgus.¹⁶¹

¹⁵⁸ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Europe 2002 action plan. An Information Society For All. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/documents/archiv_eEurope2002/actionplan_en.pdf (19.03.2009).

¹⁵⁹ Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. eEurope 2005 Action Plan: An Update COM(2004) 380 final. 17.5.2004. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0380:FIN:EN:PDF> (23.04.2009).

¹⁶⁰ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

¹⁶¹ European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth”. Final Recommendations on Legal Issues in eHealth. Deliverable 5. Elektrooniline materjal magistratöö autori valduses.

Õigusküsimustes plaanis Euroopa Komisjon koostöös liikmesriikidega ette võtta 2009.a tegevused, et tagada raamistik suuremaks õiguskindluseks e-tervise toodete ja teenuste vastutuse osas olemasoleva tootevastutuse seadusandluse kontekstis.¹⁶² 2008.a lõpuks e-tervishoiu tegevuskava kohaselt enamik Euroopa tervishoiuorganisatsioonide ja tervishoiu regioone peaksid olema võimelised tagama *on-line* teenuseid nagu telekonsultatsioon (teisene arvamus), e-retsept, e-suunamine, telemonitooring ja telehooldus.¹⁶³

2.4 Euroopa Liidu õiguslik regulatsioon

Käesoleval ajal ei ole EL tasandil otsest e-tervise regulatsiooni spetsiifiliste direktiivide või teiste õiguslike instrumentide kaudu. Siiski omavad mitmed EL direktiivid mõju e-tervisele, kuid on ka teisi eEuroopa algatusel põhinevaid tegevusi, mis mõjutavad samuti e-tervist. Nii reguleerib e-kaubanduse direktiiv infoühiskonna teenuste osutamisega seonduvaid küsimusi. Koos tervise veebilehtede ja teistel veebil põhinevate teenuste loomisega on olemasolev üldine infoühiskonna teenuste regulatsioon kombineeritud vabatahtlike juhtnööridega, mis on spetsiaalselt välja töötatud *online* tervise jaoks, et tagada hea lähtepunkt e-kaubanduse suhtes.¹⁶⁴ Magistritöö järgnevates peatükkides käsitletakse e-kaubanduse direktiivi mõju e-tervise teenuste osutamisele üksikasjalikumalt.

Andmekaitse e-tervises on tagatud andmekaitse direktiivi,¹⁶⁵ -määruse¹⁶⁶ ja e-privatsuse direktiiviga.¹⁶⁷ E-tervisele avaldavad mõju lisaks elektroonilise allkirja direktiiv,¹⁶⁸ autoriõiguse ja kõrvalõigustega seotud mõningad aspektid, direktiivid tarbijate kaitsest kauglepingutes,¹⁶⁹

¹⁶² Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ M. Lönnfors. The Finnish Health System and CT law: The Difficulty of Caring for Santa's Bairns. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bileta.ac.uk/02papers/lonnfors.html> (01.04.2005).

¹⁶⁵ Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 95/46/EÜ üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise kohta. -EÜT L 281, 23.11.1995, lk 31. Direktiivi on muudetud määrusega (EÜ) nr 1882/2003. -ELT L 284, 31.10.2003, lk 1.

¹⁶⁶ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrus (EÜ) nr 45/2001, 18. detsember 2000, üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ühenduse institutsioonides ja asutustes ning selliste andmete vaba liikumise kohta. -EÜT L 8, 12.1.2001, lk 1-22.

¹⁶⁷ Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 2002/58/EÜ, 12.07.2002 milles käsitatakse isikuandmete töötlemist ja eraelu puutumatuse kaitset elektroonilise side sektoris (eraelu puutumatust ja elektroonilist sidet käsitlev direktiiv).- EÜT L 201, 31.7.2002, lk 37-47.

¹⁶⁸ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 1999/93/EÜ, 13. detsember 1999, elektroonilisi allkirju käsitleva ühenduse raamistiku kohta. - ELT L 013, 19.01.2000, lk 0012-0020.

¹⁶⁹ Euroopa parlamendi ja nõukogu 20.mai 1997.a direktiiv 97/7/EÜ tarbijakaitse kohta seoses sidevahendi abil sõlmitud lepingutega. -EÜT L 144, 4.6.1997, lk 19.

ebaõiglaste tingimuste kohta tarbijalepingutes,¹⁷⁰ eksitava ja võrdleva reklaami kohta,¹⁷¹ universaalteenuste direktiiv.¹⁷² Soovitusliku iseloomuga dokumentidest võiks ära märkida art 29 andmekaitse töörühma töödokumendid ja arvamused.¹⁷³ EL komisjon on välja andnud juhtnöörid veebilehtede õigusliku kvaliteedi tagamiseks.¹⁷⁴ Siiski on tegemist nende puhul vaid mittesiduvate vahenditega ja kõik küsimused e-tervise kvaliteedi tagamiseks väljapakutud kriteeriumide rakendamisega tuleb lahendada rahvuslikul või kohalikul tasandil.

Lisaks reguleerivad e-tervist üldised õigusaktid, mis kohalduvad teenuste, kaupade ja isikute vabale liikumisele- nt meditsiiniseadme direktiiv,¹⁷⁵ kus on juba ette nähtud tarkvara lülitamine meditsiiniseadme mõistesse, direktiiv üldise tooteohutuse kohta,¹⁷⁶ direktiiv ravimite reklaamimise kohta,¹⁷⁷ direktiiv farmaatsiatoodete kohta¹⁷⁸ jne.

EL üritas tervishoiuteenuseid reguleerida teenuste direktiiviga,¹⁷⁹ kuid tervishoiuteenused siiski välistati direktiivi kohaldamisalast. Parlamendi ja Nõukogu seisukoha järgi tervishoiuteenused hoolimata sellest, et kohtupraktika kohaselt on nad käsitletavat teenustena asutamislepingu tähenduses, on siiski niivõrd erinevad, et neid reguleerida samade sätete kohaselt, kui muid teenuseid.¹⁸⁰ Oldi arvamusel, et tervishoiuteenuste eripära ei olnud piisavalt arvestatud, eriti nende tehnilist keerukust, nende suurt tähtsust avalikkusele ja riikliku rahastamise suurt osakaalu.¹⁸¹

¹⁷⁰ Nõukogu 5.aprilli 1993.a direktiiv 93/13/EMÜ ebaõiglaste tingimuste kohta tarbijalepingutes . -EÜT L 95, 21.4.1993, lk 29.

¹⁷¹ Nõukogu 10.09.1984.a direktiiv 84/450/EMÜ eksitava ja võrdleva reklaami kohta.-EÜT L 250, 19.09.1984, lk 17

¹⁷² Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 2002/22/EÜ universaalteenuse ning kasutajate õiguste kohta elektrooniliste sidevõrkude ja -teenuste puhul (universaalteenuse direktiiv). -EÜT L 108, 24.04.2002, lk 51–77.

¹⁷³ Andmekaitse direktiivi art 29 alusel loodud töörühm, mis koondab EL liikmesriikide andmekaitseametite esindajaid.

¹⁷⁴ Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav:

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).

¹⁷⁵ Nõukogu Direktiiv 93/42/EMÜ, meditsiiniseadmete kohta 14. juuni 1993. -EÜT L 169, 12.07.1993, lk 1–43, muudetud direktiividega 98/79/EÜ -EÜT L 331, 07.12.1998, lk 1, 2000/70/EÜ -EÜT L 313, 13.12.2000, lk 22 ja 2001/104/EÜ -EÜT L 6, 10.01.2002, lk 50 ja määrusega (EÜ) nr 1882/2003 -ELT L 284, 31.10.2003, lk 1–53.

¹⁷⁶ Nõukogu 29.06.1992.a direktiiv 92/59/EMÜ üldise tooteohutuse kohta. -EÜT L 228, 11.8.1992, lk 24.

¹⁷⁷ Nõukogu 31.03.1992.a direktiiv 92/28/EMÜ ravimite reklaamimise kohta. -EÜT L 113, 30.4.1992, lk 13.

¹⁷⁸ Nõukogu 26. jaanuari 1965. a direktiiv 65/65/EEC ravimeid käsitlevate õigus- ja haldusnormide ühtlustamise kohta. -EÜT 1965, 22, lk 369.

¹⁷⁹ ELT L376, 27/12/1996, lk 0036-0068.

¹⁸⁰ Euroopa Ühenduste 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 (08.04.2009).

¹⁸¹ Ibid.

Euroopa Parlament ja Nõukogu leidsid, et suurema õiguskindluse ja selguse saavutamiseks on oluline käsitleda kõnealust küsimust mõnes teises ühenduse õigusaktis selles osas, milles seda ei ole käsitletud nõukogu 14. juuni 1971. aasta määruses (EMÜ) nr 1408/71 sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate, füüsilisest isikust ettevõtjate ja nende pereliikmete suhtes.¹⁸²

Selle kajastusena võttis Euroopa Parlament 23. mail 2007.a vastu resolutsiooni „Direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta”.¹⁸³ Oma resolutsioonis rõhutas Euroopa parlament muuhulgas piiriülese arstiabi tähtsust, kutsudes seejuures komisjoni aktiivselt toetama liikmesriike e-tervise ja telemeditsiini teenuseid.¹⁸⁴

2008.a suvel esitles Euroopa Komisjon direktiivi eelnõu patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius, milles tõdetakse ka telemeditsiini (e-tervise) olulisust ning käsitletakse patsientide piiriülest liikuvust ning sealhulgas nende juurdepääsu teiste liikmesriikide teenustele.¹⁸⁵

2.5 E-tervis ja e-kaubanduse direktiiv

Ühe osana e-Euroopa algatuses on Euroopa parlament ja nõukogu välja andnud direktiivi 2000/31/EÜ infoühiskonna teenuste teatavate õiguslike aspektide, eriti elektroonilise kaubanduse kohta siseturul (e-kaubanduse direktiiv). Direktiivi eesmärk on luua õiguslik raamistik, mis tagaks infoühiskonna teenuste vaba liikumise liikmesriikide vahel. Infoühiskonnateenuste sätted on seotud siseturu, teenuse osutajate asutamise, kommertssuhtluse, elektrooniliste kontaktide, vahendajate kohustuste, käitumiskodeksite, kohtuvälise vaidluste lahendamise ja kohtu tegevuse ning liikmesriikide koostööga (art 2).

Direktiiv avaldab olulisemat mõju tervishoiuteenuste piiriülesele osutamisele, kui seda võiks arvata või tahetakse näha. Siiani ei ole sellele piisavalt tähelepanu pööratud või on eelistatud pigem seisukohta, et tervishoiuteenustele see direktiiv pigem ei kohaldu.¹⁸⁶

¹⁸² Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ, 12. detsember 2006 teenuste kohta siseturul. - ELT L376, 27/12/2006, lk 0036-0068. Sissejuhatava osa punkt 23.

¹⁸³ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)) .ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ Euroopa Ühenduste Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik, 2.7.2008. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_et.pdf (25.03.2009).

¹⁸⁶ Baltic e-Health ja R-Bay projektide läbiviimisel ei soovinud osa partnereid tunnistada direktiivi mõju teleradioloogia teenuste piiriülesele osutamisele. Kuigi patsiendiõiguste direktiivi eelnõu kohaselt jääks direktiivi jõustumisel e-kaubanduse direktiiv

E-kaubanduse direktiivi rakendatakse teenustele, mida tavapäraselt osutatakse tasu eest vahemaa tagant, elektrooniliste vahendite abil ja teenuse vastuvõtja individuaalsel palvel. Samas on oluline, et tasu ei pea olema makstud otse selle isiku poolt, kellele teenust osutatakse.¹⁸⁷ Näiteks võib teenuse osutaja samal ajal, kui ta pakub teenust teenuse kasutajale tasuta, saada tasu selle teenuse kasutajatele adresseeritud reklaamivõimaluse müümise eest.

Infoühiskonna teenused ei ole teenused, mida ei osutata "teenuse kasutaja isiklikul taotlusel", st teenused, mille puhul andmed kantakse üle ilma isikliku taotluseta samaaegselt vastuvõtuks piiramatu arvu isikute poolt (nn ühest punktist mitmesse punkti ülekanne, mis hõlmab ringhäälingut ja teleteksti).¹⁸⁸

Infoühiskonna teenus peab olema täielikult üle kantud, edastatud ja vastuvõetud elektrooniliste sidevahendite abil. Infoühiskonnateenus ei ole faksi ja telefonikõne¹⁸⁹ abil edastatud teenus ning ringhääling ringhäälinguseaduse tähenduses (InfoTS¹⁹⁰ § 2 p 1). Vahemaa tagant tähendab seda, et pooled ei ole üheaegselt kohal. See tähendab, et patsiendi visiit arstile, mille kestel arst kasutab nt elektroonilisi seadmeid, ei ole kunagi infoühiskonna teenus direktiivi tähenduses, kuna puudub vahemaa element.¹⁹¹ Kui patsiendi ja arsti kontakt toimub vahemaa tagant elektrooniliste rakenduste kaudu, nt telemeditsiini juhtumil, võib see olla infoühiskonna teenus.¹⁹² Direktiiv rakendub samuti *on-line* andmebaasidele, mis on kättesaadavad meditsiiniprofessionaalidele või tarbijatele, kui selle eest makstakse tasu või seda finantseeritakse reklaami või sponsorluse abil (isegi kaudselt), samuti arstide veebilehtedele, mis propageerivad nende tegevust, arsti nõuandeid, mis ei nõua patsiendi füüsilist läbivaatust, on tasu eest või mille kulud katab reklaam või sponsorlus, ravimite *on-line* müügile.^{193,194}

jõusse, märkis ka komisjon oma hilisemas teatises telemeditsiini kohta, et ettevõtja ja tarbija vaheliste tehingute (võib olla asjakohane telemonitooringu teenuste puhul) lepinguliste kohustuste suhtes päritoluriigi põhimõtte ei kehti: teenus peab võib-olla vastama selle kasutaja riigi eeskirjadele. E-kaubanduse direktiivis ei leia viidet sellele, et direktiiv ei kohaldu ettevõtja-tarbija vahelistele suhetele.

¹⁸⁷ Kohtuasi C-352/85 *Bond van Adverteerders* (1988). European Court reports 1988 Page 02085.

¹⁸⁸ E-kaubanduse direktiivi põhjendava osa punkt 18.

¹⁸⁹ Samas aga mobiiltelefoni või Skype'i vahendusel tehtud kõne toimub elektrooniliste vahendite kaudu ning sel teel osutatud teenused võivad seetõttu olla infoühiskonna teenused.

¹⁹⁰ RT I 2004, 29, 191; RT I 2007, 66, 408.

¹⁹¹ Directive 98/48/EC of The European Parliament and Of The Council of 20 July 1998 amending Directive 98/34/EC laying down a procedure for the provision of information in the field of technical standards and regulations. Official Journal L 217/18, 5. 8. 1998, Annex 5 art 1.

¹⁹² *S. Callens, D.Crolla et al.* Op.Cit., lk 103.

¹⁹³ *Ibid*, lk 103.

¹⁹⁴ European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth "Legally eHealth" Deliverable 3 Issues of Liability and Consumer Protection. Elektrooniline materjal magistrirühma autori valduses.

Direktiivi põhjendava osa punkti 18 kohaselt ei ole infoühiskonna teenused tegevused, mida juba nende olemuse tõttu ei saa teha eemalt ja elektrooniliste vahenditega, nagu patsiendi läbivaatust nõudev arstlik nõuanne ei ole infoühiskonna teenus.

Direktiivi esimene põhimõte on, et liikmesriik tagab, et infoühiskonna teenuse pakkuja asutamist ja tegevusest ei tohi teha eelneva loa saamisest sõltuvaks ega seada teisi nõudeid, mis omavad sama efekti (art 4 p 1). Liikmesriigid ei tohi kooskõlastatud valdkonna osas piirata teisest liikmesriigist pärit infoühiskonna teenuste osutamise vabadust (art 3 p 2). Seega e-tervise ja telemeditsiini eraldi litsentseerimine selle direktiivi valguses on küsitav.

Teenuste osutamise vabaduse ning teenuseosutajate ja saajate õiguskindluse tõhusaks tagamiseks peaks infoühiskonnateenuste suhtes olema põhimõtteliselt kohaldatav teenuseosutaja tegevuskoha järgse liikmesriigi õigus. Direktiivi järgi tagab liikmesriik, et infoühiskonnateenused, mida pakub tema territooriumil asuv teenuseosutaja, vastavad kõnealuses liikmesriigis kehtivatele kooskõlastatud valdkonna küsimusi puudutavatele siseriiklikele õigusnormidele (art 3 p 1). Kontroll teenuse pakkumise üle toimub seega selles riigis, kus on teenuse osutaja tegevuskoht. E-kaubanduse direktiivi põhjendava osa punkti 19 järgi tuleks teenuseosutaja asukoht määrata vastavalt Euroopa Kohtu pretsedendiõigusele, mille kohaselt asukohana mõistetakse majandustegevuse tegeliku teostamise püriasukohta määramata ajavahemiku jooksul. Interneti võrgulehekülje kaudu teenuseid osutatava äriühingu asukoht ei ole seal, kus asub võrgulehekülje toetav tehnika, või seal, kus on juurdepääs sellele võrguleheküljele, vaid see koht, kus ta teostab oma majandustegevust. Näiteks, kui Itaalias asutatud tervishoiuteenuse osutaja annab *on-line* informatsiooni arstidele Euroopa erinevais paigus, allub tema tegevus Itaalia õigusele.

Päritolumaa reegli kehtestamine võtab liikmesriigilt õiguse kontrollida teisest liikmesriigist pärit teenuseid. Erandi tegemine päritolumaa reeglist on võimalik liikmesriigil, kui see on näiteks vaja rahvatervise kaitseks. Direktiivi põhjendava osa p 22 kohaselt kindlustaks infoühiskonnateenuste järelevalve tegevuse lähtekohas avalike huviobjektide tõhusa kaitse. Sel eesmärgil tuleb tagada, et pädev asutus ei kaitseks mitte ainult oma riigi kodanikke, vaid kõiki ühenduse kodanikke. Liikmesriikidevahelise usalduse parandamiseks on oluline selgelt sõnastada teenuste päritoluliikmesriigi kohustused.

Direktiiv ei anna spetsiaalseid reegleid privaatsuse kaitse osas. Üksikisikute kaitset isikuandmete töötlemisel reguleerivad andmekaitse direktiiv ja e-privaatsuse direktiiv, mis on täiesti kohaldatavad ka infoühiskonna teenuste suhtes. Nende direktiividega on juba kehtestatud ühenduse õiguslik raamistik isikuandmete töötlemise alal ja seepärast ei peeta siseturu

nõuetekohase toimimise, eriti isikuandmete liikmesriikidevahelise vaba liikumise tagamiseks vajalikuks seda küsimust direktiivis eraldi käsitleda.¹⁹⁵ Teabevahetuse saladuse tagab e-privaatsuse direktiivi art 5 punkt 1, mille kohaselt peavad liikmesriigid keelama saatja ja vastuvõtja vahelise teabevahetuse igasuguse pealtkuulamise või jälgimise teiste poolt, v.a seadusega lubatud juhud.¹⁹⁶

E-kaubanduse direktiiv on oluline õiguslik instrument e-tervise ja telemeditsiini piiriülesel osutamisel, kehtestades olulise reeglina päritolumaa põhimõtte teenuse osutajale ja teenusele nõudmiste esitamisele, hõlbustades seega piiriülest tervishoiuteenuse osutamist. E-kaubanduse direktiiv leiab magistritöös käsitlemist edaspidi litsentseerimisega seonduvalt.

2.6 Piiriülese arstiabi reguleerimine

EL laienemine ja sellega kaasnev isikute liikumise suurenemine, kas õppimise, töötamise, puhkamise eesmärgil toovad kaasa uue lähenemise tervishoiuteenuste osutamisele ning on tekitanud vajaduse teatud reeglite ühtlustamise järele ühenduse piires. Tervishoiuteenuste osutamine ei toimu enam ainult ühe liikmesriigi piires, vaid EL põhimõtte kohaselt on igal isikul õigus saada teises liikmesriigis samasugust arstiabi, kui oma liikmesriigis. Sellega kaasneb informatsiooni vahetus, elektrooniline ravikindlustuskaart, elektrooniline tervisekaart jne. Tervishoiuteenuse korraldamine ei saa olla pelgalt enam ühe liikmesriigi pädevuses, vaid selle piiriülese iseloomu tõttu on ilmne, et liikmesriigid siin üksinda toime ei tule ning on vajadus sellekohaste meetmete järele ühenduse tasandil.

EL on selgelt väljendanud, et turvaliste, kõrgekvaliteediliste ja tõhusate tervishoiuteenuste edendamiseks peavad ühenduse kavandatavad meetmed järgima Euroopa Kohtu poolt kehtestatud põhimõtteid, muid olemasolevaid Euroopa tervishoiusüsteeme käsitlevaid ühenduse sätteid, õigust tervishoiuteenuste, tervishoiutöötajate ja patsientide vabale liikumisele ja peamisi põhimõtteid, s.h õiglust, solidaarsust ja universaalsust.¹⁹⁷

IST võib toetada patsientide ja tervishoiutöötajate liikuvust ja ravi järjepidevust ning võimaldada piiriülest tervishoidu, ilma et patsient või tervishoiutöötaja lahkuksid omast riigist.

¹⁹⁵ E-kaubanduse direktiivi põhjendava osa p 14.

¹⁹⁶ Ibid, p 15.

¹⁹⁷ Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas .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 (25.03.2009).

Piiriülese arstiabi saab jagada kaheks, esimesel juhul liigub patsient, teisel juhul patsient on kohal ja nõ liigub tervishoiuteenuse osutaja või info, seda eelkõige e-tervise rakenduste puhul nt telemeditsiiniteenused, kaugdiagnoosimine ja retseptide väljastamine, laboratoorsed teenused.^{198,199}

Piiriülese arstiabiga on siiski sageli olnud probleeme seoses asjaomaste riikide ühtimatute reeglitega, samuti läbipaistva õigusliku raamistiku ja Euroopa koostöö struktuuri puudumise tõttu. EL on korduvalt tunnistanud, et piiriülene arstiabi tekitab probleeme tasustamise, litsentseerimise, vastutuse, informatsiooni jagamise osas.^{200,201,202,203} Kuigi EL-s kehtib kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiiv²⁰⁴ ning tervishoiuteenuse osutaja registreerimine teises liikmesriigis on pelk formaalsus, võib nõue litsentseerimise osas saada takistuseks nt telemeditsiini sujuvale osutamisele, kui ühenduse tasandil tuleb end igas liikmesriigis teenuse osutamiseks registreerida.

Vajadust õigusliku kindluse järele on viimastel aastatel esile tõstetud seoses suurenenud poliitilise fookusega piiriülesele meditsiiniabile ja patsientide mobiilsusele, mille peamiseks hõlbustajaks võib olla e-tervise turg.²⁰⁵ Tervishoiusüsteemid ja tervishoiupoliitika on üle EL muutunud rohkem omavahel ühenduses olevaks, kui kunagi varem.

Euroopa Komisjoni 26.09.2006.a teatises „Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiuteenuste valdkonnas“ tunnistatakse vajadust seadusandluse järele piiriülese meditsiini kohta, mis

¹⁹⁸ Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas .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 (25.03.2009).

¹⁹⁹ Patsiendiõiguste direktiivi eelnõusse tehtud muudatusettepanekute kohaselt käsitletak piiriülese arstiabina ainult patsiendi liikuvust.

²⁰⁰ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

²⁰¹ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)). ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

²⁰² Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

²⁰³ Viide 198.

²⁰⁴ ELT L 255/22 30.9.2005. 22-142.

²⁰⁵ Lmi REPORT. Accelerating the Development of the eHealth Market in Europe, Euroopa komisjon, infoühiskond ja meedia, e-health taskforce report 2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/lmi-report-final-2007dec.pdf (25.03.2009).

puudutab eelkõige tasustamist, vastutust, info jagamist, olenemata sellest, kas neid osutatakse piiriülevalt või mitte.²⁰⁶

Ka EL parlament on avaldanud arvamust, et patsientide ohutus ning õigused ei ole piiriüleste tervishoiuteenuste osutamisel tagatud ning eksisteerib õiguslik ebakindlus kuluhüvitusmehhanismide, siseriiklike ametiasutuste reguleerimisalase teabe jagamise kohustuse, nii esmase kui ka järelravi eest hoolitsemise kohustuse ning erapatsiente puudutavate riskijuhtimise sätete osas.²⁰⁷

Kuigi EL tunnistab tarvidust seadusandluse kohandamise järele rahvuslikul ja Euroopa tasandil kindlustamiseks, et seadusandlus ei takistaks ebavajalikult uusi teenuseid ning Euroopa Nõukogu on kutsunud üles nõukogu ja parlamenti kiiresti vastu võtma vajalikke õiguslikke ja eelarvelisi instrumente tegevusplaani rakendamiseks, on siiski e-tervise teenuste regulatsiooni osas magistritöö autori arvates jõutud vähe teha. Ka patsiendiõiguste direktiivi eelnõu ei näe ette liikmesriikidele kohustust e-tervishoiu süsteeme või teenuseid evitada. Kuigi patsiendiõiguste direktiiv on kavandatud reguleerimaks ka telemeditsiini, on Euroopa komisjon oma hilisemas teatises märkinud, et subsidiaarsuse põhimõtet järgides on need küsimused (tervishoiuteenuste ja –valdkondade ning hüvitiste õiguslik reguleerimine) peamiselt liikmesriikide pädevuses ning seega tuleb meetmed võtta nende tasandil. EL-l on vaid liikmesriike toetav roll, näiteks jagades kogemusi õigus- ja haldusraamistike täiustamiseks.²⁰⁸

Ehkki mitmed direktiivid reguleerivad üldiselt e-tervise mõningaid aspekte, puudub käesolevaks hetkeks EL-s õiguslik raamistik telekonsultatsioonide eest tasumiseks, patsiendi andmete privaatsuseks ja turvalisuseks e-tervise teenuste osutamisel, vastutuse kindlaksmääramiseks. Ebakindlus seondub teiste seas ka selliste küsimustega, nagu e-tervise kaupade ja teenuste legaalse definitsioon ja nende vastastikune ühilduvus, patsiendi mobiilsus s.h piiriülene mobiilsus. Telemeditsiin toetub senini peamiselt lepingulistele võrgustikele ja vabatahtlikele käitumiskoodeksitele, mis on vastu võetud teenuse usaldusväärsuse hõlbustamise eesmärgil.²⁰⁹ E-tervise üksikuid aspekte reguleerib ühenduse tasandil vaid nn pehme õigus (*soft law*). Art 29

²⁰⁶ Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas .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 (25.03.2009).

²⁰⁷ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)) .ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

²⁰⁸ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

²⁰⁹ M. Lönnfors. The Finnish Health System and CT law: The Difficulty of Caring for Santa's Bairns. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bileta.ac.uk/02papers/lonnfors.html> (01.04.2005).

andmekaitse töörühm on 15.02.2007.a välja andnud töödokumendi, milles käsitletakse elektroonilisele tervisekaardile kantavate tervisealaste isikuandmete töötlemist.²¹⁰ Üldiselt on senini piisavaks peetud e-tervise küsimuste reguleerimisel olemasolevat üldist seadusandlust. Samas aga puudub õiguskindlus selle kohta, millises ulatuses võib liikmesriik kontrollida teisest liikmesriigist pärit teenuseid. Kas olemasolev regulatsioon pakub piisavat kaitset nendele isikutele, kellele teenus on teises liikmesriigist suunatud? Näiteks ravimite müük, erinevad retseptiravimid, erinev teenuste kvaliteet. Kuigi EL asutamislepingu järgi on liikmesriikidel esmane vastutus oma kodanikele tõhusa ja kvaliteetse tervishoiu tagamise eest, ei saa vastuvõttev riik garanteerida teenuse kvaliteeti oma kodanikele, kui ta ei saa esitada teenuse osutajale nõudeid. Sealjuures on aga osade piiriüleste tervishoiuteenuste (telemeditsiin, e-konsultatsioonid jne) suhtes e-kaubanduse direktiiv rakendatav samadel alustel teiste teenustega. Seega võib üks ja seesama tervishoiuteenus nt radioloogiliste piltide kirjeldamine alluda erinevale õiguslikule regulatsioonile, sõltuvalt sellest, kas arst läheb pilti kirjeldama patsiendi asukoha riiki või kirjeldab ta seda oma asukohas s.t teenuse osutaja ja patsient asuvad erinevates riikides ning sellest kas teenust osutatakse tasu eest või ilma. Magistritöö autori arvates on selles osas vaja saada selgus, et teenuse osutajale ja kasutajatele oleks üheselt arusaadav reeglistik, millistel juhtudel rakendub e-kaubanduse direktiiv. Selline õiguslik ebaselgus ja –kindlus võib saada takistuseks piiriülese e-tervise teenuste osutamisele.²¹¹

Siiani on EL tasandil tehtud vähe, et saada detailne ülevaade õiguslike küsimuste ringist, mis on olulised IST kasutamisel tervishoius. Euroopa Komisjoni mitmete raamprogrammide poolt toetatud uuringud ja uurimisprojektid on käsitlenud üldisi õiguslikke probleeme, mis puudutavad IST kasutamist. Teised on sisaldanud töopakette, mis uurivad kindla tehnoloogia või rakenduse õiguslikke aspekte. Mõned uurivad suurema detailsusega kindlat probleemi nagu konfidentsiaalsus.²¹² E-tervise tegevusplaani järgi peaks Euroopa Komisjoni 2009.aastaks tagama raamistiku suuremaks õiguskindluseks e-tervise toodete ja teenuste vastutuse osas olemasoleva tootevastutuse seadusandluse kontekstis.²¹³

²¹⁰ WP 131 (00323/07). Töödokument, milles käsitletakse elektroonilisele tervisekaardile kantavate tervisealaste isikuandmete töötlemist. Vastu võetud 15.02.2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_et.pdf (25.03.2009).

²¹¹ Nii näiteks Baltic e-Health ja R-Bay projektide käigus tõusetus korduvalt küsimus e-kaubanduse direktiivi kohaldamise kohta piiriülese telemeditsiini teenuste osutamisel. Enamjaolt valitses arvamus, et tervishoiuteenustele e-kaubanduse direktiiv ei rakendu.

²¹² European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth”. Final Recommendations on Legal Issues in eHealth. Deliverable 5. Elektrooniline materjal magistratöö autori valduses.

²¹³ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health - making healthcare better for European citizens: an

2007.a avaldati EL poolt finantseeritud uurimus e-tervise õigusküsimuste osas,²¹⁴ mis käsitles kolme valdkonda- privaatsust, vastutust ja konkurentsi. Kuigi nimetatud valdkondi käsitlev ülevaade EL-s kehtivast seadusandlusest oli põhjalik, oli seal enamjaolt käsitlemist leidnud e-tervise kaupade müügiga seonduv õiguslik regulatsioon, andmekaitse, tootevastutus jms. Täiesti käsitlemata olid ülevaates sellised küsimused nagu litsentseerimine, teenuse kvaliteet, vastutus ja tasustamine.

E-tervis ja telemeditsiin on arenenud sellise kiirusega, et olemasolev õiguslik regulatsioon on muutumas takistuseks nende teenuste piiriülese osutamises. Ei vaja eraldi rõhutamist asjaolu, et tervishoiualane regulatsioon EL-s pärineb ajast, mil tervishoiuteenuse osutamine mahtus vaid ühe riigi piiridesse või vähemalt ei käsitletud piiriülese meditsiini juhtumitel tervishoiuteenust teenusena EL lepingu art 49 tähenduses. Kuna e-tervis ja telemeditsiin seavad uued tingimused, tuleb kokku leppida ka uutes mängureeglites.

E-tervist käsitleva kõrgetasemelise konverentsi deklaratsioonis mais 2008 tunnistasid liikmesriikide esindajad jällegi vajadust liikmesriikide vahel kokkulepitud läbipaistva õigusliku raamistiku järele. See aitaks defineerida e-tervise protsessi kaasatud erinevate subjektide, nagu riigi, regionaalsete ja kohalike terviseametite, tervishoiuteenuse osutajate, patsientide, kindlustusseltside ja teiste oluliste osalejate kohustused, õigused ja vastutuse. Eriline tähelepanu tuleb osutada olemasoleva e-tervist märkimisväärselt mõjutava ühenduse õiguse uurimisele, eriti andmekaitse direktiiv, e-privaatsuse direktiiv ja e-kaubanduse direktiiv.²¹⁵

Ka Euroopa Komisjoni viimases tervishoidu puudutavas teatises sedastati, et õigusliku selguse puudumine eelkõige seoses telemeditsiiniteenuste ja spetsialistide litsentsimise, akrediteerimise ja registreerimisega ning vastutuse, hüvitamise ja jurisdiktsiooniga on telemeditsiini ja eriti teleradioloogia jaoks üks peamisi probleeme. Piiriülene telemeditsiiniteenuste pakkumine nõuab samuti eraelu puutumatuse õiguslikku reguleerimist.²¹⁶

action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).

²¹⁴ European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth” Deliverable 2. Processing Medical Data: Data Protection, Confidentiality And Security; Deliverable 3. Issues of Liability and Consumer Protection; Deliverable 4 . Aspects Of Competition And Trade Law; Deliverable 5. Final Recommendations on Legal Issues in eHealth. Elektroonilised materjalid magistritöö autori valduses.

²¹⁵ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ehealth2008.si/index.php?id=26&mid=25> (21.04.2009).

²¹⁶ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

Baltic e-Health ja R-Bay projektide läbiviimise käigus tajuti samuti õigusliku regulatsiooni ebapiisavust või ebaselgust piiriülese telemeditsiiniteenuste osutamisel.

Ühenduse tasandil on e-tervise regulatsiooniks võimalik evitada mitmeid meetmeid, õiguskindluse tagab kõige paremini siiski siduv õigusakt. Selleks võib olla määrus või direktiiv (mis võib põhineda nt asutamiselepingu artiklil 95). Loomisel on ka ajakohastatud sotsiaalkindlustussüsteemide kooskõlastamissüsteem, millega asendatakse määrused 1408/71 ja 574/72.²¹⁷ On ka õiguslikult mittesiduvaid võimalusi, s.h tervishoiuteenuste ja meditsiinilise abi kõrgetasemelise tööühma juhitud praktiline koostöö, kuid need ei suuda pakkuda õiguskindlust. Õiguskindluse tagamine nõuab tõenäoliselt siiski seda, et vähemalt mõnede küsimustega tegeletakse õiguslike meetmete kaudu. Teisi teemasid võib käsitleda pehmemate mehhanismide abil, nagu soovitused, teatised või suunised.²¹⁸ Euroopa Parlament oli selles osas resoluutsem ja avaldas seisukohta, et kõiki tervishoiuga seotud poliitilisi algatusi peaks võimalikult suurel määral reguleerima parlamentaarne õigusloome, mitte aga üksikjuhtumeid käsitlevad Euroopa Kohtu otsused.²¹⁹ Eelkõige tuleks täpselt defineerida tervishoiuteenuse mõiste, s.h telemeditsiini ja e-tervise mõiste, et piiritleda tulevaste õigusaktide kohaldamisala.

E-tervise reguleerimisega ühenduse tasandil on magistratöö autori arvates tegemist siiski keeruka ja tohutu ülesandega ning küsitav on ka taotletava eesmärgi saavutamine – ühtlustatud reeglid kogu ühenduse tasandil. Kuna tervishoiusüsteem on rahvuslik- igal liikmesriigil on erinev ravikindlustussüsteem, tasustamine, juurdepääs tervishoiuteenustele, teenuse dokumenteerimine, kvaliteediindikaatorid, ravijuhised, patsiendi õigused, rahvuslik õigus jm nõuded, siis reeglite ühtlustamine on ilmselgelt tüslik. Lisanduvad veel tehnilised, kultuurilised, poliitilised aspektid, mis teevad ühtlustamise veelgi komplitseeritumaks, kui mitte mõnes osas isegi võimatuks. Rahvuslikud tervishoiusüsteemid on tõesti rahvuslikud ning ei ole kavandatud koostööd teiste rahvuslike tervishoiusüsteemidega. Küsimus seisneb ka selles, kas praktikas on EL tasandil ühtlustatud nõudeid võimalik ka järgida. Harmoniseerimisele seab piirid Interneti ülemaailmsus. EL sisene regulatsioon kehtib siiski vaid ühenduse piirides ning väljapoole ühendust need reeglid ei kehti. Selle ebaefektiivsuse eredaks näiteks on ravimite müük Internetis. Erinevalt Euroopa Liidust on retseptiravimite turustamine lubatud näiteks USAs ja Uus-Meremaal. Osaliselt selle turu tasakaalutuse tõttu tutvustas Euroopa Komisjon ettepanekut üle vaadata EL ravimialane

²¹⁷ Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas .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 (25.03.2009).

²¹⁸ Ibid.

²¹⁹ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)) .ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

seadusandlus, mis sisaldab ideed avada retseptiravimite turg otse tarbijale. Reformi piloodi faasis puudutaks liberaliseerimine AIDSi, diabeedi ja astma ravimeid.²²⁰ Hoolimata sellest, et ühenduseväliselt reeglid ei kehti, tagaksid ühtsed reeglid siiski patsiendile ühenduse tasandil kindluse, et EL siseselt on tal võimalik saada samast teenust.

Teisalt aga ei ole üleilmne regulatsioon võimatu, kui mõelda, et on olemas üleilmne regulatsioon tsiviillennunduses ja toidustandardite jaoks rahvusvaheliste konventsioonide ja järelevalveorganite näol. Telemeditsiini teenuste rahvusvaheline osutamine võib neid kasutatavatele isikutele kaasa tuua riski saada kahjustatud või surra ebakompetentsete või pahatahtlike teenuse osutajate tõttu. Kuid kuna tehingud on individuaalsed ja konfidentsiaalsed, siis ebasoodsad tulemused ei ole nii silmatorkavad, kui tsiviillennunduses. Samasugune situatsioon kohaldus ka ravimitele kuni nende regulatsioonini. Rahvusvaheliste kokkulepete puudumise tõttu regulatsiooni, vastutuse ja kontrolli osas jätkub vaibumatult globaalne risk isiku tervisele. On avaldatud arvamusi, et rahvusvaheline telemeditsiin väärrib samal tasemel regulatsiooni nagu tsiviillennundus ja toidusektor.²²¹

Kokkuvõttes võib öelda, et selgem õiguslik regulatsioon teenuse piiriülese osutamisel just teenuse kvaliteedi, litsentseerimise, vastutuse, tasustamise osas EL tasandil peab toimima. Väljaspool EL on raske reegleid ühtlustada, kuid seda saab teha riikide vaheliste kokkulepetega või rahvusvaheliste instrumentidega. Jäävad ka õiguslikud mittesiduvad reeglid ja eneseregulatsioon. Oluline on ka tarbija kaitse tema teavitamise ja harimise kaudu.

2.7 Patsientide õiguste kohaldamine piiriüleses tervishoius

2.juulil 2008.a ilmutas Euroopa Komisjon direktiivi eelnõu patsientide õiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius.^{222,223} Eelnõu püüab kodifitseerida olemasolevat Euroopa Kohtu pretsedendiõigust, visandades õigusliku raamistiku patsientide ligipääsuks tervishoiuteenustele teises liikmesriigis. Direktiivi eelnõus²²⁴ tõdetakse ka telemeditsiini olulisust ning seal

²²⁰ M. Lönnfors. The Finnish Health System and CT law: The Difficulty of Caring for Santa's Bairns. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bileta.ac.uk/02papers/lonnfors.html> (01.04.2005).

²²¹ M.Rigby, J. Forsström et al. Verifying quality and safety in health informatics services.- BMJ 2001;323:552-556. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7312/552> (25.03.2009).

²²² Euroopa Ühenduste Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik.

²²³ Euroopa parlament kiitis 23.04.2009.a heaks sellekohase J.Bowise raporti. Patsientide õigused piiriüleses tervishoius. Euroopa Parlamendi pressiteade. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/> (24.04.2009).

²²⁴ Alljärgneva käsitluse aluseks on võetud Euroopa Parlamendi istungil 23.04.2009.a vastuvõetud parandusettepanekutega eelnõu tekst. Arvutivõrgus kättesaadav:

käsitletakse patsientide piiriülest liikuvust ning sealhulgas nende juurdepääsu teiste liikmesriikide teenustele. Direktiivi eelnõus sätestatakse põhimõte, mille kohaselt patsiendi ravimisele teises liikmesriigis rakendatakse tervishoiuteenuse osutamisel selle riigi õigusakte ja standardeid. Direktiivi eelnõus esitatakse samuti valdkonnad, kus EL saab anda lisaväärtust tervishoiule. Need sisaldavad retseptide tunnustamist, e-tervist, Euroopa referentsi (tugikeskuste) võrgustikke, tervishoiu tehnoloogia hindamist ja andmevahetust (artiklid 14-18). Direktiivi eelnõu pakub välja, et EL mängiks suuremat rolli nõutud standardite seadmises, andmekogumises ja e-tervises (mis sisaldab terviseloo süsteeme ja e-retsepti). Vastuvõtmise korral kohustab direktiiv komisjoni võtma meetmeid, mis on vajalikud liikmesriikide info- ja sidetehnoloogiasüsteemide koostalitlusvõime saavutamiseks e-tervishoiu valdkonnas ning kajastama sealhulgas telemeditsiini ja telepsühhiaatria arenguid (artikkel 16).

Direktiivi eelnõu väljatöötamine toetub asutamislepingu artiklis 5 sätestatud subsidiaarsuse põhimõttele ning lähtub ideest, et liikmesriigid ei suuda piisavalt hästi saavutada direktiivi eesmärgi ning seetõttu on selline eesmärk meetme ulatuse ja mõju tõttu paremini saavutatav ühenduse tasandil.

Direktiivi kohaldamise eesmärk on luua üldine raamistik ohutute, kvaliteetsete ja tõhusate piiriüleste tervishoiuteenuste osutamiseks ühenduses seoses patsientide liikuvuse ja tervisekaitse kõrge tasemega, võttes täielikult arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuga seotud sotsiaalkindlustushüvitiste kindlaksmääramisel ning tervishoiuteenuste, arstiabi ja sotsiaalkindlustushüvitiste, eelkõige haigushüvitiste korraldamisel ja kättesaadavaks muutmisel (põhjendava osa punkt 8).²²⁵

Direktiiv ei modifitseeriks selle vastuvõtmisel olemasolevat raamistikku sotsiaalkindlustusskeemide koordineerimiseks. Ka ei teeks direktiiv muutusi kutsevalifikatsioonide vastastikuses tunnustamises (art 3 lg 1 a a)) ning infoühiskonna teenuste olemasolevas raamistikus (art 3 lg 1 a b)).²²⁶

Direktiiv ei piiraks ühenduse raamistikku, mis on kehtestatud andmekaitse direktiivi ja selle direktiivi ülevõtmiseks vastu võetud riiklike õigusaktidega. Kõnealuses direktiivis sätestatakse patsiendi õigus omada juurdepääsu oma tervisega seotud isikuandmetele. See õigus kätkeb endas

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (24.04.2009).

²²⁵ Euroopa Parlament. Istungi vastuvõetud tekstid. 2.osa. neljapäev 23.aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (24.04.2009).

²²⁶ Ibid.

samuti patsiendi õigust pääseda ligi oma tervisekaardile, mis sisaldab näiteks diagnoosi, uuringu tulemusi, raviarstide hinnanguid ja mistahes teostatud ravi või sekkumisi (seletuskirja punkt 3 c).

Direktiivi eelnõu põhjendava osa punkti 9 järgi kuuluks direktiiv kohaldamisele kõigi tervishoiuteenuste suhtes. Direktiivi eelnõu art 4 kohaselt mõistetakse tervishoiuteenusena tervishoiuteenuseid või tooteid, 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.²²⁷

Direktiivi eelnõus avatakse tervishoiuteenuse mõiste ühe tunnuseks tervishoiutöötaja kaudu. Tervishoiutöötajaks, kes tervishoiuteenust osutab või kelle järelevalve all seda osutatakse, saab olla meditsiinipraktik, üldõde, hambaarst, ämmaemand või farmatseut kutsevalifikatsioonide tunnustamise direktiivi tähenduses või muu spetsialist, kes tegutseb tervishoiusektoris reguleeritud kutseala raames nimetatud direktiivi artikli 3 lõike 1 punktis a määratletud tähenduses, või liikmesriigis, kus ravi toimub, seaduslikult tervishoiuga tegelev isik.²²⁸ Tervishoiuteenuse osutaja mõiste liikmesriigiti aga erineb. Kui TTKS järgi on tervishoiutöötajaks seaduse tähenduses arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud tervishoiuametis (§ 3 lg 1), siis direktiivi eelnõu järgi oleks selleks ka farmatseut ning tervishoiusektoris tegutsevad psühholoogid, füsioterapeudid, logopeedid jne. Näiteks Norra tervishoiutöötajate seaduse § 3 järgi on tervishoiutöötajaks lisaks arstidele ka optometristid, ortoptistid, psühholoogid, kirop praktikud, kliinilised toitumisspetsialistid jt, kes tervishoiuteenuse osutamiseks peavad omama litsentsi.²²⁹ Nii on sätestatud ka Soome tervishoiutöötajate seaduses.²³⁰ Seega tervishoiuteenuse mõiste sisu osas ebamäärasus ja õiguslik ebakindlus jääb püsima, samuti jääb ebaselgeks ka e-tervise ja telemeditsiini mõisted, mida direktiivi eelnõus küll nimetatakse, kuid ei defineerita ning mille kohta võib järeldada, et need sisalduvad tervishoiuteenuse mõistes, kuna tervishoiuteenusena on käsitletav teenus olenemata selle osutamise viisist.

²²⁷ Euroopa Parlament. Istungi vastuvõetud tekstid. 2.osa. neljapäev 23.aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (24.04.2009).

²²⁸ Ibid.

²²⁹ Act of 2nd July 1999, no 64 relating to health personnel etc. [The Health Personnel Act] <http://www.ub.uio.no/cgi-bin/ujur/ulov/sok.cgi> (21.04.2009)

²³⁰ Act on Health Care Professionals. No 559/1994. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/> (21.04.2009).

Esialgselt käsitleti direktiivi eelnõus piiriülese tervishoiuteenusena tervishoiuteenust, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, või tervishoiuteenust, mida ei osutata liikmesriigis, kus tervishoiuteenus osutaja asub või kus ta on registreeritud või asutatud (art 4 punkt b).

Parlamendi muudatusettepaneku kohaselt hõlmab mõiste „piiriülene tervishoid“ tervishoiuteenuste kasutamist selles liikmesriigis, kus patsient ei ole kindlustatud. Seda nimetatakse „patsiendi liikuvuseks” (põhjendava osa p 10 muudatusettepanek).²³¹

Direktiivi põhimõte on see, et ühesuguseid kvaliteedi- ja ohutusnõudeid kohaldatakse kõikide tervishoiuteenuste suhtes, tegemata vahet tervishoiuteenuste erineva korraldamise, kättesaadavaks tegemise, rahastamise või osutamise viiside vahel (seletuskirja punkt 5.2, põhjendava osa punkt 12).

Kuna vastavalt asutamislepingu artikli 152 lõikele 5 vastutavad tervishoiuteenuste korraldamise ja kättesaadavaks muutmise eest liikmesriigid, peavad tervishoiuteenuste tegeliku osutamise suhtes kohaldatavad eeskirjad järgima ravi osutava liikmesriigi eeskirju. Direktiivi eelnõu art 11 lg 1 järgi, kui tervishoiuteenust ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, osutatakse sellist tervishoiuteenust vastavalt ravi osutava liikmesriigi seadustele kooskõlas artikliga 5. Artikli 5 lg 1 p a kohaselt osutatakse sellist tervishoiuteenust vastavalt raviteenust osutava liikmesriigi õigusaktidele ning artikli 5 lg 1 p b järgi osutatakse punktis a nimetatud tervishoiuteenusid vastavalt raviteenust osutava liikmesriigi poolt kindlaks määratud kvaliteedinõuetele ja –suunistele

Ravi osutav liikmesriik on direktiivi eelnõu art 4 punkti i järgi liikmesriik, kelle territooriumil piiriülest tervishoiuteenust tegelikult osutatakse. Traditsiooniliselt loetakse ravi osutamise kohaks kohta, kus patsient asub. Seega kui Eestis kindlustatud isik pöördub ravi saamiseks Saksamaale, kohaldatakse ravimisele Saksa seadusi. Juhul, kui Saksa arst osutab tervishoiuteenust Eestis asuvale isikule elektroonilisi vahendeid pidi näiteks telemeditsiini juhtumitel, peaks see vastama Eesti riigi seadustele.²³²

Samas aga parlamendi poolt heaks kiidetud muudatusettepanek, mille kohaselt käsitletakse piiriülest tervishoiuteenust patsiendi liikuvusena, võimaldab järeldada, et telemeditsiini teenuste

²³¹ Euroopa Parlament. Istungi vastuvõetud tekstid. 2.osa. neljapäev 23.aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (24.04.2009).

²³² Infoühiskonnateenustena käsitlevatel telemeditsiini juhtumitel rakendatakse teenuse osutaja asukohariigi õigusakte.

osutamisel n.ö liigub patsient elektroonilisi vahendeid pidi tervishoiuteenuse osutaja juurde. Kuna direktiiv rakendub patsientidele ning nende liikuvusele, mitte tervishoiutöötajate liikuvusele, siis ravi osutav liikmesriik peaks olema liikmesriik, kuhu patsient suundub ravi saama, kas siis füüsiliselt või virtuaalselt. Seda kinnitab ka parlamendi poolt tehtud muudatusettepanek piiriülese tervishoiuteenuse mõistes, mille kohaselt piiriülese tervishoiuteenusena mõistetakse tervishoiuteenuse osutamist patsiendi kindlustajariigiks mitteolevas liikmesriigis. Seega kehtestatakse telemeditsiini teenuse osutamisele päritoluriigi printsiip, mis tähendab seda, et tervishoiuteenuse osutamine peab vastama selle riigi reeglitele, kus asub tervishoiuteenuse osutaja. Võrreldes komisjoni ettepanekuga on parlamendi keskkonna ja tervishoiu komitee radikaalselt muutunud Euroopa komisjoni algset teksti ning naasnud teenuste direktiivis esitatud põhimõtete juurde, mille kohaselt teenuse osutamisele rakendub päritoluriigi reegel. Seejuures oli selle põhimõtte rakendamine tervishoiuteenuste osas üheks teenuste direktiivist nende välistamise põhjuseks.

Telemeditsiini teenuseid pakkuval tervishoiuteenuse osutajal on keeruline, kui mitte võimatu vahet teha, kas ta osutab teenust piiriüleselt või mitte. Kui tervishoiuteenuse osutaja pakub oma teenust Interneti vahendusel, ei tea ta, millises riigis asub isik, kes talt teenust taotleb. Samuti patsientide mobiilsuse tõttu võib patsient ühel hetkel viibida ühes riigis, järgmisel hetkel juba järgmises riigis või taotleb teenust laeval olles.²³³ Näiteks võib Eesti residendist patsient taotleda Rootsis asuva arsti e-konsultatsiooni Saksamaal viibides, kuid saab konsultatsiooni vastuse kätte hoopis Soomes viibides. Seetõttu on väga mõistlik lähtuda tervishoiuteenuse osutaja riigi kehtestatud nõuetest tervishoiuteenustele. Päritoluriigi printsiibist lähtumine aitab kaasa õigusselgusele ja –kindlusele selles osas, et sama telemeditsiini teenuse osutamise suhtes kuulub kohaldamisele üks õiguslik regulatsioon- teenuseosutaja tegevuskoha riigi õigusaktid ja reeglid.

Teistest liikmesriikidest pärit patsientidele ja tervishoiuteenuste osutajatele on raviteenust osutava liikmesriiki riikliku kontaktpunkti poolt kohustus art 5 lg 1 punkt b a) alusel tagada info edastamine muu hulgas ka elektroonilisel teel teavet kvaliteedinõuete ja -suuniste kohta, sealhulgas järelevalvesätete kohta, osutatava tervishoiuteenuse kättesaadavuse, kvaliteedi ja ohutuse, ravi võimaluste, hindade, tulemuste kohta, puuetega inimeste juurdepääsu ja tervishoiuteenuse osutaja registristaatuse ning kindlustuskaitse või kutsevastutusega seotud muu individuaalse või kollektiivse kaitse vahendi üksikasjade kohta. Seega patsientidel on võimalik teha teadlik valik tema poolt taotletava tervishoiuteenuse kohta.

²³³ Laeval kehtib nn lipuriigi õigus. ÜRO Mereõiguse konventsiooni (RTII 2005, 16, 48) art 92 järgi ühe riigi lipu all sõitvad laevad on avamerele viibides üldjuhul selle riigi ainujurisdiksiooni all.

Direktiivi eelnõu lahendab kompenseerimise küsimused ning tingimused, millal on õigus patsiendil raha saada ning kuidas see hüvitatakse, tingimused ravi saamiseks, patsientide õigused esitada kaebusi Euroopa patsientide ombudsmanile.

Magistritöö autor saab nentida, et parlamendi poolt komisjoni ettepanekutesse tehtud muudatusettepanekud on üldjoontes teinud teenuse osutamise regulatsiooni selgemaks, lihtsustades märksa telemeditsiini teenuste piiriülest osutamist päritolu printsiipi kehtestades. Kuid siiski tuleb tõdeda, et kavandatav piiriülese tervishoiuteenuse osutamise regulatsioon on ebapiisav telemeditsiini ja e-tervise juhtumite korral. Seega vajadus telemeditsiini ja e-tervise täpsema õigusliku regulatsiooni järele jääb alles.

III E-tervis ja Eesti

3.1 Eesti tervishoiureform ja tervishoiukorraldus

Eestis alustati tervishoiusüsteemi reformimisega 1991.a, mil Riigikogus võeti vastu ravikindlustusseadus.²³⁴ Ravikindlustusseaduse alusel toimus üleminek kindlustusmeditsiinile ja tervishoiu ulatuslik detsentraliseerimine.²³⁵ Sellele järgnes mitmete tervishoiuvaldkonda reguleerivate õigusaktide vastuvõtmine (tervishoiukorralduse seadus- RT I 1994, 10, 133, rahvatervise seadus- RT I 1995, 57, 978 ning töötervishoiu ja tööohutuse seadus - RT I 1999, 60, 616). Teiseks oluliseks muutuseks Eesti tervishoiusüsteemis oli teenuse osutajate võrgustiku reorganiseerimine perearstikeskse esmatasandisüsteemi ning optimeeritud haiglavõrgu arendamise kaudu.

Perearstireform käivitus 1.jaanuarist 1998.a ning selle eesmärgiks oli üldarstiabi (esmatasandi arstiabi) taseme parandamine ja esmatasandi arstiabi osutajatele ühtsete nõuete kehtestamine. Eelnevalt läbiviidud üldarstiabi analüüs näitas selle ebaühtlast arengut kohalike omavalitsuste ja maakondade lõikes, seda eriti arstide kvalifikatsiooni ja arstiabi andmiseks vajalike ruumide, inventari ning aparatuuri seisukohalt.²³⁶

Aastal 2000 valmis sotsiaalministeeriumi poolt konsultatsioonifirmalt *Scandinavian Care* tellitud haiglavõrgu arengukava "*Hospital Master Plan*", milles kirjeldati Eesti haiglavõrku seisuga 1999 ja anti soovitusel haiglavõrgu arenguks järgneva 15 aasta jooksul. Arengukavas "*Hospital*

²³⁴ RT 1991, 23, 272.

²³⁵ Tervishoiukorralduse seaduse eelnõu seletuskiri. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

²³⁶ Ibid.

Master Plan” toodud põhimõtteid kirjeldati 2001.a vastu võetud TTKS-s.²³⁷ Haiglavõrgu eesmärk on tervishoiuteenuse osutamise järjepidevuse ning osutatava teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamine.²³⁸

Tervishoiukorralduse seadusega nähti ette tervishoiuteenuse osutamise korraldamise kolmel põhimõtteliselt erineval viisil- üldarstiabina, kiirabina ja eriarstiabina, et tagada piiratud ressursside raames võimalikult paljudele inimestele nende vajadustele vastav, efektiivne ja kvaliteetne tervishoiuteenus.²³⁹

2002.a jõustus ka VÕS,²⁴⁰ mis pani aluse patsiendile tervishoiuteenuse osutamise lepingulisel alusel. Patsiendi pöördumisel tervishoiuteenuse osutaja poole tervishoiuteenuse saamiseks tekib poolte vahel leping (VÕS § 758). Tervishoiuteenuse osutamise leping on tasuline ning enamjaolt võtab patsiendilt tasumise kohustuse üle Eesti Haigekassa.²⁴¹

Eestis korraldatakse tervishoidu põhimõtteliselt tervishoiuteenuste ostmise ja pakkumise süsteemina. Tervishoiuteenuste eest tasutakse teenuse osutajale valdavalt riigimaksuna kogutud vahenditest kas riikliku ravikindlustuse²⁴² või sotsiaalministeeriumi kaudu.²⁴³ Patsiendilt tasu ülevõtmise kohustuse fikseerimiseks sõlmib haigekassa tervishoiuteenus osutajaga ravi rahastamise lepingu.²⁴⁴

Eesti tervisepoliitika üldiseks eesmärgiks on inimeste eluea, sealjuures eriti tervena elatud eluea pikendamine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise teel.²⁴⁵ Tervishoiu eesmärgiks on efektiivse, kättesaadava, kvaliteetse ja õiglase arstiabi tagamine.

Tervishoiusüsteem peab olema patsiendikeskne, et tagada ravi järjepidevus. Selle oluliseks eelduseks on esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline koostöö ning koordineeritus. Oluline aspekt on ka patsiendi informeeritus, mis ühelt poolt tähendab oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis ning teisalt teadlikkust oma terviseprobleemidest ning

²³⁷ Haiglavõrgu arengukava 2002. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://213.184.49.171/est/HtmlPages/HVA2002/\\$file/HVA2002.pdf](http://213.184.49.171/est/HtmlPages/HVA2002/$file/HVA2002.pdf) (08.04.2009)

²³⁸ Ibid.

²³⁹ Tervishoiukorralduse seaduse eelnõu seletuskiri. Elektrooniline materjal magistr töö autori valduses.

²⁴⁰ RT I 2001, 81, 487; RT I 2008, 59, 330.

²⁴¹ 95,4% rahvastikust oli 2008.a lõpuks ravikindlustusega kaetud. Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (08.04.2009).

²⁴² Kindlustatud isikud.

²⁴³ TTKS §6 järgi on igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival isikul õigus vältimatule arstiabile, mille tasumise kohustuse võtab enda kanda Eesti riik sotsiaalministeeriumi kaudu.

²⁴⁴ Ravikindlustuse seaduse- RT I 2002, 62, 377; RT I 2008, 60, 331, § 35 lg 1.

²⁴⁵ Rahvastikupoliitika alused 2009–2013. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.rahvastikuminister.ee/public/ALUSED_dets.pdf (08.04.2009)

ravivõimalustest.²⁴⁶ Rahvastikupoliitika aluste elluviimise strateegias 2005-2008 on olulisena ära mainitud tervisenõustamise ja –teenuste arendamist ning nende kättesaadavuse tagamist, sh ka Interneti vahendusel noorte reproduktiivtervise nõustamisteenuse kättesaadavust.²⁴⁷

3.2 Tervishoiu probleemid

Olemasolev ravikindlustuse süsteem, kus 13% sotsiaalmaksu osalt kantakse ravikindlustuse süsteemi, ei taga patsientidele õiglast, kvaliteetset ja kättesaadavat tervishoiuteenust. Süsteemi peab üleval ligikaudu 680 000 inimest ehk 54% kindlustatud isikutest,²⁴⁸ kusjuures Eestis on ravikindlustusega hõlmatud 95,4% inimestest.²⁴⁹ Majanduslanguse tingimustes sotsiaalmaksu maksjate arv väheneb veelgi. Analüüs näitab, et kõige rohkem raha kulub isikutele esimestel ja viimastel eluaastatel,²⁵⁰ samuti näitab analüüs, et 72% eelarvest kulub 10%-le kindlustatutele, 56% eelarve kulutustest 5 %-le kindlustatutest ning 31% ravikindlustuse eelarvest kulub inimestele, kes moodustavad 1% kindlustatutest.²⁵¹ Eesti avaliku sektori kulutused tervishoiule on 4,03% SKTst, mis on üks väiksemaid EL-s (nt Rumeenias 3,37%, kuid Prantsusmaal, Saksamaal, Norras üle 8%).²⁵² Teiste riikide panus tervishoiule on Eestiga võrreldes kahekordne. Selline süsteem ei taga tervishoiu jätkusuutlikkust ning viimastel aastatel on kõlanud mitmeid kordi väljaütlemisi selle reformimise aadressil.²⁵³ Lisaks on Eesti nii nagu muud arenenud riigid vananeva, kroonilisi haigusi põdeva elanikkonnaga ühiskond, kus domineerivad diabeet, südame-veresoonkonnahaigused jt kroonilised tõved. Kulutused kroonilistele haigustele moodustavad 70% tervishoiukulutustest,^{254,255} kusjuures suurem osa nendest haigustest on

²⁴⁶ «Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020» ja selle rakendusplaani 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.

²⁴⁷ Rahvastikupoliitika alused 2009–2013. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.rahvastikuminister.ee/public/ALUSED_dets.pdf (08.04.2009)

²⁴⁸ Eesti Haigekassa Harju osakonna direktori A.Viiki ettekanne „Eesti Haigekassa“. Elektrooniline materjal magistriröö autori valduses.

²⁴⁹ Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (08.04.2009).

²⁵⁰ Viide 248.

²⁵¹ J. Habicht, M. Thetloff, R. Kiivet. Kindlustatud isikute suured kulud tervishoiuteenustele. - Eesti Arst 2001;80(9):395 .

²⁵² CIA World Factbook(2007); United Nations Population Division, DESA(2006); WHO "The World Health Report 2007", WHO "World Health Report 2006: NHA Ratios and Per Capital Levels (2004)" Ravutivõrgus kättesaadav: http://www.aarpinternational.org/map_country/map_country_show.htm?doc_id=545816 (29.04.2009).

²⁵³ Viimati WHO Eesti esindaja J.Habichti poolt. T.Koch.Tervishoiu päästmiseks tuleb kehtestada täiendavad maksud. - Eesti Postimees. 25.04.2009.

²⁵⁴ Insurers seek to manage costly, chronic diseases The Business Journal of MilwaukeeFriday, May 2, 2008 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bizjournals.com/milwaukee/stories/2008/05/05/focus3.html> (06.04.2009)

²⁵⁵ Americans Want Presidential Candidates to Address Chronic Disease in Health Reform Proposals <http://www.fightchronicdisease.org/news/pfcd/pressrelease06012007.cfm> (06.04.2009)

ennetatavad.²⁵⁶ Aidates inimestel jääda nii terveks, kui võimalik, on üks võimalus tervishoiukulutusi vähendada. Samuti võimaldab kroonilise haiguse kontrolli all hoidmisega vältida haiguse ägenemist ning sellest johtuvalt kahandada hospitaliseerimiste arvu ning koormust kiirabile. See alandab omakorda üldisi kulutusi ning kokkuvõttes vähendab enneaegset suremust. Suur roll sellel on ka ennetustegevusel, mis sisaldab ka isikute nõustamist ja teavitamist terviseriskidest ning tervisekäitumise muutmist. Rahvastiku vananemise tõttu suureneb vajadus ka hooldusravi/hoolekande järele.

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

Lisaks rahaliste vahendite nappusele, on piiratud ka tervishoiuteenuse osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus. Tervishoiutöötajate liikumine Eestist väljapoole on praegu küll pidurdunud, kuid eelnevatel aastatel on see olnud suur. Lisaks töötajate suundumisele välismaale on probleemiks ka vananev arstikond. Hetkel töötab erinevates tervishoiuasutustes 860 üle 63 aastast arsti, viie aasta jooksul suundub pensionile 900 arsti.²⁵⁷ Samas aga majanduslanguse tingimustes võib ravikindlustussummade vähenemise tõttu olemasolev tervishoiutöötajate arv optimaalseks osutuda.

Rahaliste ja inimressursside nappusega kaasneb omakorda teenuse kättesaadavuse halvenemine. Tervishoiuteenuse kättesaadavus on vajamineva vältimatu abi, üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi, sealhulgas hambaarstiabi ja õendusabi õigeaegne ning kvaliteetne tagamine patsiendile, lähtuvalt tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest, tervishoiuteenuse osutaja erialasest pädevusest ja raviressursi olemasolust.²⁵⁸ Kättesaadavuse osas on esmatasandil probleemid seotud elanikkonna ja tervishoiusüsteemi vajadustele mittevastavate perearsti teenustega, kvalifitseeritud tervishoiutöötajate puudusega keskustest eemal, äärealadel, esmatasandisse kuuluvate teenuste (nt

USAs kulutused kroonilistele haigustele moodustavad 75%, 70% surmadest on seotud krooniliste haigustega ning üle 133 milj inimest USAs põevad kroonilist haigust.

²⁵⁶ National Association of Chronic Disease Directors. The Time is Now: Bringing Chronic Disease Prevention and Control up to Scale Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.chronicdisease.org/files/public/TheTimeIsNow_UpdatedOctober2008.pdf (06.04.2009)

²⁵⁷ K.Beljajev. Pensioniealised tohtrid jätavad tööturule tühimiku. Meditsiiniuudised.10.06.2008.

²⁵⁸ Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrus nr 46 Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded -RTL 2008, 73, 1019. § 2 p 1.

kodune õendusabi, füsioteraapia) ebaühtlane ja ebapiisav kättesaadavus, mis inimese jaoks ühtlasi väljendub ravi järjepidevuse probleemidena ning mõjutab negatiivselt ravi lõpptulemust.²⁵⁹

Eestis on loodud perearstiabi võrgustik, mis katab ühtlaselt kogu riiki ning tagab üldiselt hea geograafilise kättesaadavuse. Perearstiabi on korraldatud nimistu põhisenä ja maakondlikul tasandil. Nimistu moodustub nimistusse registreerunud isikutest ja alalise elukoha alusel maavanema määratud mitteregistreerunud isikutest.²⁶⁰

Magistritöö autor peab nõustuma nendega, kes arvavad, et reformist 10 möödudes ei ole perearstireform suutnud kõiki probleeme taandada, mida loodeti selle käivitamisega lahendada. Perearstisüsteemi puuduseks on see, et tasustamissüsteem ei soosi perearste, kelle tööpiirkonnas ei ole piisavalt elanikke korraliku nimistu saamiseks. Kuigi suurtes keskustes (eelkõige linnades) eksisteerivad hästi toimivad perearsti keskused, ei ole perearsti teenus kättesaadav maapiirkondades,²⁶¹ kuna perearste on vähe ning perearst ei taha töötada piirkonnas, kus nimistu väike. Olemasoleva süsteemi tulemusena ei ole väikse perearsti nimistuga haigekassa lepinguga tagatavad summad piisavad ruumide, aparatuuri soetamiseks jne. Kohalikel omavalitsustel puudub kohustus perearste toetada.²⁶² Eraldatult tegutsevatel teenuseosutajatel on piiratud võimalused teenuste kättesaadavuse tagamisel (nt ajutiste asendamiste korraldamisel koolituste, puhkuste jms korral). Pearaha põhine rahastamise skeem ilma täiendavate lahendusteta ei motiveeri perearsti aktiivset tegevust. Perearstide rahastamisest moodustab pearaha ja baasraha ainult 80-82%.²⁶³ Tasustamissüsteem ei motiveeri perearsti tegema uuringuid, konsulteerima eriarstiga. Kergekäeliselt suunatakse patsient edasi, mida näitab ka põhjendamatute eriarsti visiitide suur arv. Selle arvel oleks võimalik raha kokku hoida, samuti võimalik järjekordi lühendada.

Probleemiks on ka üldarstiabi halb kättesaadavus perearstide töövälisel ajal erakorraliste, kuid sisult esmatasandil ravitavate haigestumiste puhul kättesaadavus väljaspool perearsti tööaega. Seetõttu koormatakse haiglate erakorralise meditsiini osakondi ja kiirabi, mis omakorda on raiskab raviressurssi.

²⁵⁹ „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine. Sotsiaalministri 5. veebruari 2009. a käskkirj nr 16. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdfstiku_tervise_arengukava_2009-2020 (08.04.2009).

²⁶⁰ Ibid.

²⁶¹ Nii on Puurmanni vald olnud üle aasta perearstita (K. Pilvinski. Puurmanni vald on juba aasta perearstita. – Meditsiiniuudised. 17.12.2008.) , eelmise aasta lõpus jäi Läänemaal 1500 inimest perearstita (K. Ilves. Lihula ja Virtsu perearst lõpetab töö. – Lääne Elu. 22.11.2008.)

²⁶² Mitmed paremal järjel olevad kohalikud omavalitsused seda küll teevad.

²⁶³ Viide 259.

Ka eriarstiabi üheks suuremaks probleemiks on selle kättesaadavus, mis väljendub pikkades järjekordades eriarsti juurde ning plaanilisele statsionaarsele ravile.²⁶⁴ Ajaline kättesaadavus on põhjustatud nii ravikindlustuse eelarve mahu piiratusest,²⁶⁵ teenuse osutaja võimsuse puudumisest,²⁶⁶ patsiendipoolsest põhjusest.²⁶⁷

Kvaliteedi osas on esmatasandil olulisemad probleemid seotud sellega, et perearstid tegelevad vähe haiguste ja nende tüsistuste ennetuse ning tervise edendamise alaste tegevustega indiviidi tasandil, samuti avaldavad kvaliteedile mõju infrastruktuuri ebaühtlane tase, mis tuleneb perearstide kui majandusüksuste piirkonniti erinevast võimest investeerida arendamisse ja mõjutab osutatavate teenuste kvaliteeti. Arendamist vajab esmatasandi kvaliteedi hindamise süsteem, mis võimaldaks objektiviseerida teenuste kvaliteeti ja planeerida vajadusel sekkumisi. Probleemiks on ka perearsti tööjuhendi ebaühtlane täitmine, kus pädevuse piires osutatavale abile eelistatakse liigselt suunamist eriarstiabi süsteemi.²⁶⁸

Perearsti teenus ei ole efektiivne, kuna perearst on koormatud tegevustega, mis ei kuulu arsti pädevusse (nt õe tegevus), samuti on perearstidel suur administratiiv- ja halduskoormus. Infovahetus perearstide ja eriarstide vahel on ebapiisav, samuti toimub tegevuste dubleerimine. Koostöö sotsiaalhoolekande- ja haridusesüsteemidega, tervishoiu teiste tasanditega ning kohalike omavalitsusüksustega on ebapiisav.²⁶⁹

Ka eriarsti abi kvaliteet on probleemiks. Tervishoiu kvaliteedist saab rääkida kolmel tasemel- struktuuri kvaliteet, protsessi kvaliteet ja tulemuse kvaliteet.²⁷⁰ Patsiendile ehk vahetult

²⁶⁴ Nt ulatuvad järjekorrad ambulatoorsele ravile ühest kuni 91 päevani, statsionaarsele ravile ühest kuni 395 päevani. Ravijärjekorrad erinevate tervishoiuteenuse osutajate juures samale tervishoiuteenuse osutajale on erinevad. Tsentraalselt peetavate silmakae löikuste ja suurte liigeste endoproteesi operatsioonide ooteaja pikkused võivad ulatuda kuni 3,5 aastani. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehk.ee (22.04.2009).

²⁶⁵ 2009.a pikenevad järjekorrad veelgi. Eesti Haigekassa nõukogu 6.märtsi 2009.a otsusega nr. 4 kinnitati ravijärjekordade maksimumpikkused ning selle järgi ambulatoorse ravi maksimumjärjekord on 6 nädalat, statsionaarse ravi järjekord 8 kuud. Samas tunnistas haigekassa juht H.Danilov 22.04.2009.a ERR "Foorumi" saates, et rahalise mahu piiratuse tõttu on järjekorrad osades tervishoiuasutustes pikemad, kui haigekassa otsusega ette nähtud.

²⁶⁶ Puudus oli tervishoiutöötajatest. 2009.a arvatavasti enam mitte, kuna raviraha vähenemisega ostetakse ka vähem teenust, aparaadid ei ole enam koormatud jne.

²⁶⁷ umbes 10-15% patsientidest (mõnede erialade puhul isegi enam, tervishoiuameti andmetel osades tervishoiuasutustes isegi 50%-ni (TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 22.04.2009) jätab arsti vastuvõtule tulemata, informeerimata sellest ette. Teine põhjus on, et patsiendid soovivad pöörduda kindlasse tervishoiuasutusse või kindla arsti juurde.

²⁶⁸ Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine. Sotsiaalministri 5. veebruari 2009. a käskkiri nr 16. Arvutivõrgus kättesaadav:

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020.pdfstiku tervise arengukava 2009-2020](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdfstiku_tervise_arengukava_2009-2020) (08.04.2009).

²⁶⁹ Ibid.

²⁷⁰ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Koostajad M.Kaarna, R.Kalda et al. Arvutivõrgus kättesaadav: [ee.euro.who.int/tervishoiu kvaliteet_24veebr2005.pdf](http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf) (07.04.2009).

hoomatavam on tervishoiuteenuse tulemuse kvaliteet. Tulemuste kvaliteeti iseloomustab see, kuidas saadud tulemused on kooskõlas patsiendi, teenuse osutajate või rahastajate ootustega. Võrreldes struktuuri ja protsessi kvaliteediga puudub tulemuste kvaliteedi osas enamasti seadusandlik regulatsioon. Ka tervishoiuteenuse kättesaadavust võib vaadelda tulemusena.

Üheks tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud probleemiks on infovahetus nii tervishoiutöötajate vahel²⁷¹ kui ka tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel,²⁷² mis põhjustab teenuse kvaliteedi languse. Samuti ei ole arstidele vajalik info kiiresti kättesaadav. Kui varemalt oli patsient seotud ühe tervishoiuasutuse juurde, siis nüüd liiguvad patsiendid erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel, kuid elektrooniline andmevahetus erinevate teenuse osutajate vahel ei ole tagatud. Puudulikust infovahetusest on tingitud ka kordusanalüüside ja –uuringute tegemine. Kui patsiendi andmed ei ole kättesaadavad, tellitakse ebavajalikult uusi uuringuid ja analüüse, mis toob kaasa teenuse efektiivsuse languse, koormab rahalisi ressursse ning võib olla patsiendi tervist ohustav.

Hulk probleeme kerkib esile seoses krooniliste haigete jälgimise ja ravi järjepidevuse tagamisega.²⁷³ Peamiseks probleemiks on õendustöötajate vähesus, eeskätt teatud kliinilistele erialadele spetsialiseerunud õdede, aga ka pereõdede osas. Ka vajakajäämised tervishoiu infosüsteemis kajastuvad krooniliste haigete käsitleuses, näiteks puudub usaldusväärne info diabeedihaigete arvu ja diabeeti põdevate patsientide ravi kohta, samuti ravi tulemuste ja ennetustöö tõhususe kohta.²⁷⁴

Suur osa tervishoiuteenuste soovitud kvaliteedi saavutamisel on ka patsientidel. Senini on tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel rõhutatud eeskätt teenusepakkujate ning tervishoiuteenuste rahastajate ja korraldajate rolli, kuid vähe on toonitatud patsiendi osa oma elukvaliteedi kujundamisel. Selles valdkonnas on palju võimalik ära teha nii riiklikul tasandil, viies ellu tervise edendamise programme ja projekte, kui ka teenusepakkujate tasandil, õpetades patsiente oma haigusega toime tulema.²⁷⁵

²⁷¹ Probleemid seisnevad selles, et perearst ei saa alati infot oma nimistusse kuuluva patsiendi kohta, kuigi eriarstiabi osutajale on õigusaktidega info andmise kohustus pandud. (Sotsiaalministri 15. detsembri 2004. a määrus nr 128 Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. -RTL, 28.12.2004, 158, 2376, § 7 lg 7.)

²⁷² Kui patsiendil on vaja oma meditsiinidokumente, peab ta pöörduma kõikide tervishoiuteenuse osutajate poole, kelle teenuseid ta on kasutanud. Seejuures koormab see ka tervishoiuasutusi, kes peavad kulutama ressursse dokumentide väljaotsimise ja paljundustööde peale.

²⁷³ Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine” kinnitatud sotsiaalministri 5. veebruari 2009. a käskkirjaga nr 16 .Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdfstiku_tervise_arengukava_2009-2020 (08.04.2009).

²⁷⁴ Ibid.

²⁷⁵ Ibid.

3.3 Suund e-tervisele

Eestis alustati riigi tasandil e-tervise projektide väljatöötamist juba 2000.a alguses. Sellele eelnes tegelikult juba 1998.a sotsiaalministri 22.jaanuari 1998.a määrus nr 8 „Tervisekaardi ja saatekirja kehtestamine“,²⁷⁶ mis nägi ette kõigil ambulatoorset arstiabi andvatel tervishoiuasutustel ja perearstidel ülemineku kolme aasta jooksul s.o 2001.a-ks ainult elektroonilisel kandjal peetavatele tervisekaartidele. 2002.a-ks sellest eesmärgist loobuti ning sotsiaalministri 6. mai 2002. a määrusega nr 76 „Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord“²⁷⁷ tunnistati kehtetuks eelnimetatud määrus (§ 98) ning kehtestati meditsiinidokumentide puhul kas selle elektroonse või paberkandjal dokumenteerimine (§ 1).

Õigupoolest alustati e-tervise projektidega juba varemgi. 1980ndate aastate lõpul arendati Mustamäe Haiglas dr Palu juhtimisel haiglasüsteem (HIS), mida nimetati Ester 1-ks.²⁷⁸ Sotsiaalministeeriumi algatusel alustati 1994.a Pärnu Haiglas HIS kaardistamist ja infoloogilise mudeli väljatöötamist. 1996.a sügisel valmis HIS Ester 2 rakendus. Viljandi haiglas alustati selle katsetamistega ja 1997.a 1. jaanuaril tehti esimene elektrooniline haiguslugu. Hetkel on kasutusel Ester 3 versioon ning seda kasutavad 21 haiglat. Kokku oli 2006.a kasutusel umbes 20 erinevat infosüsteemi.²⁷⁹

Digiloo äriplaan valmis 2004.a ja selle kohaselt peaksid patsiendid saama kvaliteetsema ja efektiivsema raviteenuse, mistõttu väheneb vajadus kordusanalüüside ja kordusvisiitide järele. Infovahetuse paranemise tagajärjel vähenevad kulud ning paraneb ravi kvaliteet. Digiloo kõige olulisemaks võiduks on päästetud inimesed aegkriitilise informatsiooni kättesaadavuse, efektiivsema ennetustöö, haiguste parema diagnoosimise, kõrge ravikvaliteedi ja elukvaliteedi paranemise kaudu. Pikas perspektiivis on võimalik vältida umbes 10 000 surmajuhtumit.^{280,281}

Sotsiaalministeeriumi poolt olid välja töötatud projektid “Digitaalne terviselugu”, “Digitaalsed pildid”, “Digitaalne ravijärjekorra registratuur” ja “Digitaalne retsept”. Nende projektide algatamise eesmärk oli luua riiklik tervise infosüsteem, mis tagab tervishoiuteenuste parema

²⁷⁶ RTL 1998, 58/59, 262.

²⁷⁷ RTL 2002, 59, 891.

²⁷⁸ K.Hanstein, Ü.Kährlik ettekanne „Eesti levinuim HIS ESTER” 2006.a konverentsil „ESTER 10. aastane”. Arvutivõrgus kättesaadav: www.gennet.ee/home/failid/File/Konverentsimaterjalid/KajaHanstein.ppt (19.03.2009).

²⁷⁹ M.Tiik, E-tervis – praegu ja tulevikus. Elektrooniline materjal magistr töö autori valduses.

²⁸⁰ Digiloo äriplaan. Arvutivõrgus kättesaadav:

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaan2/\\$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaan2/$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf) (18.08.2008).

²⁸¹ Teise arvamuse kohaselt aitab terviseandmete digitaliseerimine Eestis päästa aastas vähemalt 12 inimest rohkem. „Digilugu aitab vähendada ravivigade arvu”. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://213.184.49.171/www/gpweb_est.gr.nsf/pages/news0760?OpenDocument&Start=552 (06.04.2009)

korralduse andmete vahetuse parandamise teel ja patsiendile parema ja kvaliteetsema teenuse kättesaadavuse ning tervishoiu rahastamise osas kokkuhoiu selliselt, et olemasolevaid ressursse saab paremini kasutada tervishoiuteenuste osutamisel.²⁸² Nimetatud projektide rakendamine on seotud Riigi IT koosvõime raamistiku punkti 6.2.5 sotsiaalministeeriumi vastutusalas e-tervise projektide elluviimise ja Eesti infoühiskonna arengukava 2010 eelnõu meetmega nr 6, mis näeb ette ühtse riikliku tervise infosüsteemi loomise ja vastavate teenuste osutamise.²⁸³

Ülalnimetatud projektide käivitumisega luuakse riigis tervise infosüsteem, mille eesmärgiks on vahetada erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel standardiseeritud meditsiiniinfot, säilitada teisele tervishoiuteenuse osutajale vajalikku infot tsentraalses andmebaasis ning arendada välja erinevaid tsentraalseid e-teenuseid tervishoiuteenuse osutamiseks. Samuti tagatakse patsientidele parem juurdepääs raviasutuste registratuuridele, luuakse digitaalne süsteem andmete töötlemiseks ja järjekordade kohta informatsiooni saamiseks ning raviarstidele tehakse kättesaadavaks teiste tervishoiuteenuse osutajate poolt arhiveeritud meditsiinilised ülesvõtted. See hoiab käivituses kokku nii inim-, aja- kui raharessurssi.²⁸⁴

Reformierakonna, Isamaa ja Res Publica Liidu ning Sotsiaaldemokraatliku Erakonna Valitsusliidu programmi aastateks 2007-2011 tervisepoliitika kohaselt seati eesmärgiks õiguslike aluste loomine e-tervise projektide rakendamiseks ehk terviseinfosüsteemi loomiseks.²⁸⁵ E-tervise seaduse vastuvõtmise ja rakendamise eesmärgist tulenevalt on e-tervis seotud eelkõige selliste infotehnoloogiliste lahenduste nagu digitaalne registratuur, digitaalne haiguslugu, digitaalne retsept, televisiit, ühiskasutuses pildipank kasutuselevõtuga, pakkudes Eesti inimestele uusi kaasaegseid diagnoosimis- ja ravivõimalusi.²⁸⁶ Ka Vabariigi Valitsuse 30. novembri 2006. a korralduse nr 667 "Eesti infoühiskonna arengukava 2013» heakskiitmine"²⁸⁷ alusel välja töötatud infoühiskonna arengukava rakendusplaan 2007-2008²⁸⁸ nägi ette e-Tervise seaduse vastuvõtmist ja rakendamist.

Mainimata ei saa jätta ka kohalikul ja regionaalsel tasemel erinevate haiglate jt organisatsioonide algatusi e-tervise ja telemeditsiini rakendamisel. Eelpool sai nimetatud, et tervishoiuteenuse osutajad kasutavad HISi juba enne terviseinfosüsteemi loomist. Selle puuduseks on olnud see, et

²⁸²TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

²⁸³Ibid.

²⁸⁴Ibid.

²⁸⁵ Reformierakonna, Isamaa ja Res Publica Liidu ning Sotsiaaldemokraatliku Erakonna valitsusliidu programm aastateks 2007-2011. Arvutivõrgus kättesaadav: www.valitsus.ee/?id=1307 (20.03.2009).

²⁸⁶Ibid. Sotsiaalpoliitika p 23

²⁸⁷RTL 2006, 87, 1607.

²⁸⁸Arvutivõrgus kättesaadav: www.mkm.ee/failid/IYA_rakendusplaan_8.rtf (20.03.2009).

igaühel on oma lokaalne infosüsteem, mis ei ole teistega ühildatav.²⁸⁹ Samuti on tervishoiuteenuse osutajad kasutusele võtnud ka PAKSi. Infovahetuse tagamiseks on loodud sihtasutus Eesti Tervishoiu Pildipank ning tervishoiuteenuse osutajate PAKSd on ühendatud pildipangaga.²⁹⁰ Haiglate omavaheline ühendus PAKS-ga või oma PAKSI-le juurdepääsu tagamine teistele tervishoiuteenuse osutajatele mitte ainult ei võimalda teisel arstil tutvuda patsiendi ülesvõttega, vaid annab võimaluse ka paremini tööd korraldada. Juhul, kui ühel tervishoiutöötajal on puudus radioloogidest, on võimalik PAKS-le juurdepääsu kaudu ülesvõtet kirjeldada teise tervishoiuteenuse osutaja radioloogil. Samuti on haiglate tasandil käivitunud mitmed projektid nii Eesti siseselt kui rahvusvaheliselt. Kasutatakse nii arstidevahelisi kui arst-patsiendi vahelisi e-konsultatsioone, levinud on mitmed veebilehed. Pea igal tervishoiuasutusel on oma veebileht, kus pakutakse m.h infot tervise, haiguste ja ravi kohta. Digitaalselt registreerimist arsti vastuvõtule pakuvad mitmed raviasutused (ITK,²⁹¹ Medicum,²⁹² TÜK²⁹³).²⁹⁴ Tõstamaa perearst M.Veskimägi kirjeldab mitmeid oma praksises kasutusel olevaid telemeditsiini rakendusi.²⁹⁵ Patsiendile on loodud võimalus tutvuda oma terviseandmetega Interneti vahendusel.²⁹⁶

3.4 E-tervise õiguslik regulatsioon

Aastate pikkuse töö viljana võeti 20.detsembril 2007.a vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus,²⁹⁷ mille peatükiga 5¹ pandi alus

²⁸⁹ Andmevahetuse tagamiseks erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel on tervishoiuteenuse osutajad välja töötanud infotehnoloogilisi lahendusi võimaldamaks juurdepääsu oma andmebaasile. Nt ITK töötas välja perearstilahenduse, mille abil saab perearst infot oma nimistusse kuuluva patsiendi kohta, samuti saab broneerida vastuvõtuaega, uuringute ja protseduuride aega jne. Kuid sellise lahenduse puuduseks on see, et andmed erinevate tervishoiuteenuse osutajate juures ei ole tsentraalselt kättesaadavad.

²⁹⁰ Sihtasutus Eesti Tervishoiu Pildipank on asutatud Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla poolt eesmärgiga pakkuda Eesti raviasutustele patsientide digitaalse diagnostilise piltinformatsiooni arhiveerimise ja kuvamise teenust lepingulisel alusel. Süsteemi vahendusel on kättesaadav suurem enamik Eesti raviasutustes teostatud radioloogilistest uuringutest. Kodulehekülj: <http://pacs.ee/> (07.04.2009).

²⁹¹ Veebileht: www.itk.ee (14.04.2009).

²⁹² Veebilehe aadress: <http://www.medicum.ee/> (22.04.2009).

²⁹³ Veebilehe aadress: <http://www.kliinikum.ee/> (22.04.2009).

²⁹⁴ AS Medicumis on võimalik registreeruda elektroonselt alates 2002.a, ITKs alates 2008a iPatsiendi. Samuti on võimalik patsiendil ITK iPatsiendi portaalis võimalik tutvuda oma terviseandmetega ning neid parandada (nt aadress, tel nr), samuti registreerida end tervishoiuteenuse osutaja vastuvõtule. Seda teenust pakuvad veel mitmed tervishoiuteenuse osutajad.

²⁹⁵ M.Veskimägi. Telemeditsiini ja meilikonsultatsioonist. - Perearst 13.veebruar.2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/article_id-924 (06.04.2009).

²⁹⁶ Nt ITK iPatsient.

²⁹⁷ RT I 2008, 3, 22.

terviseinfosüsteemile.²⁹⁸ Nimetatud seaduse muudatusega muudeti ka ravimiseadust²⁹⁹ ning loodi ka retseptikeskus.

Nimetatud seaduse muudatuse eesmärk on luua õiguslikud alused e-tervise projektide rakendamiseks ehk luua tervise infosüsteem. TTKS § 59¹ kohaselt on tervise infosüsteem riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sealhulgas tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks. Tervise infosüsteem sisaldab andmeid ravijärjekorra, meditsiiniliste ülesvõtete viida ja saatekirja vastuse, patsiendile osutatud tervishoiuteenuse osutamise, tervishoiu juhtimise ja registrite pidamise kohta (§ 59²). Retseptikeskus on retseptide ja meditsiiniseadme kaartide väljakirjutamiseks ja töötlemiseks ning RaKS-s³⁰⁰ sätestatud tingimustel kindlustatud isikutele ravimihüvitise ja meditsiiniseadmehüvitise võimaldamiseks asutatud andmekogu, mille eesmärk on tagada retseptiravimeid kasutavate isikute tervise kaitse ja järelevalve ravimite väljastamise õigsuse ja põhjendatuse üle ning luua riigile võimalused ravimistatistika tegemiseks (ravimiseaduse § 81 lg 1).

Tervishoiusektori infosüsteemide alase oskusteabe kogunemine ühte kohta annab võimaluse hoida kokku tervishoiusektoris tehtavaid kulutusi. Läbi keskse IT arenduse koordineerimise kaob vajadus viia erinevates tervishoiuasutustes läbi iseseisvalt paralleelseid arendustegevusi. Lisaks kulude kokkuhoiule pakub infotehnoloogilise arendus- ja haldustegevuse koondamine tänu tekkinud sünergiale kõrgema kvaliteediga teenust.³⁰¹

Seaduse muudatuse regulatsioon on suunatud eelkõige tervishoiuteenuste kättesaadavuse (nii formaalse³⁰² kui faktilise³⁰³) parandamisele. Tervishoiuteenuste faktiline kättesaadavus paraneb seeläbi, et patsienti raviv arst saab kiiremini ja rohkem informatsiooni, mis on vajalik patsiendi raviks, mille tõttu võib eeldada, et patsiendi ravi on kiirem ja kvaliteetsem. See omakorda loob

²⁹⁸ TTKS muudatused jõustusid 1.septembril 2008.a. Tervise infosüsteem tervikuna võetakse kasutusele hiljemalt 2013. aasta 1. jaanuaril (TTKS § 66³ lg 2).

²⁹⁹ RT I 2005, 2, 4; RT I 2008, 56, 313, § 6.

³⁰⁰ RT I 2002, 62, 377; RT I 2008, 34, 210.

³⁰¹ TTKS muutmise seletuskiri TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³⁰² haiglate, arstide, meditsiinitehnika, ravimite, raviks vajalike andmete jne .TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav.

http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³⁰³ Ibid. Teenuse kvaliteet, ravijärjekorrad, teenuse hind patsiendile, andmete kättesaadavus raviks jne .

võimaluse osutada tervishoiuteenust suuremale arvule patsientidele.³⁰⁴ Tervishoiuteenuste formaalset kättesaadavust aitab parandada seaduses ettenähtud tingimustel andmete kasutamine teadusuuringutes ja ravikvaliteedi uuringutes arstiteaduse taseme tõstmiseks, tervishoiupoliitika tegemiseks ning statistikaks. Kõik need valdkonnad aitavad tagada, et juhul, kui inimene ühel päeval vajab tervishoiuteenust, siis on loodud võimalus võimalikult kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks.³⁰⁵

Seaduse muudatus kätkes endas ka volitusnormi sotsiaalministrile mitmete seaduse rakendamiseks vajalike määruste vastu võtmiseks (§-d 56, 59¹, 59²). Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrus nr 46 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“³⁰⁶ reguleerib digijärjekorra pidamise tingimusi. Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrusega nr 47 „Meditiiniliste ülesvõtete liigid, neile esitatavad infotehnoloogilised nõuded ning kättesaadavaks tegemise tingimused ja kord“³⁰⁷ kehtestatakse meditsiiniliste ülesvõtete liigid, neile esitatavad infotehnoloogilised nõuded ning kättesaadavaks tegemise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrusega nr 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord“ kehtestatakse tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning dokumentide säilitamise tingimused ja kord.³⁰⁸

Ravimiseaduse § 33 lõike 7 alusel andis sotsiaalminister 18. septembril 2008. a määruse nr 54 „Sotsiaalministri 18. veebruari 2005. a määruse nr 30 «Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm» muutmise“³⁰⁹, mille §-ga 2¹ kehtestati võimalus retsepti elektroonseks väljakirjutamiseks.

Vabariigi Valitsuse 14. augusti 2008. a määrusega nr 131 kehtestati tervise infosüsteemi põhimäärus.³¹⁰ Samuti kinnitas Vabariigi Valitsus 14. augusti 2008. a määrusega nr 130 retseptikeskuse asutamise ja pidamise regulatsiooni.³¹¹

Muude e-tervise rakenduste osas spetsiaalne õiguslik regulatsioon puudub. E-tervise õiguslikud aspektid– andmekaitse, teabevahetus, isikute õigused, vastutus, lepingud jne on reguleeritud

³⁰⁴ Teenuse kiirem osutamine piiratud rahaliste ressursside juures ei pruugi võimaldada suuremale hulgale inimestele teenust osutada.

³⁰⁵ TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³⁰⁶ RTL 2008, 73, 1019.

³⁰⁷ RTL 2008, 73, 1020.

³⁰⁸ RTL 2008, 78, 1098.

³⁰⁹ RTL 2008, 78, 1099.

³¹⁰ RTI 2008, 38, 226.

³¹¹ Retseptikeskuse asutamine ja retseptikeskuse pidamise põhimäärus. - RTI 2008, 39, 229.

üldiste aktidega. Isikute eraelu kaitset ja andmevahetust reguleerib IKS,³¹² elektroonilise side valdkonnas elektroonilise side seaduse³¹³ ptk X. Arvutivõrgu vahendusel lepingute sõlmimist, lepingute üldküsimumisi ja vastutust, õigusvastase kahju tekitamist VÕS, ravimite müüki ravimiseadus.

Vahemaa tagant elektrooniliste sidevahendite abil osutatavaid tervishoiuteenuseid reguleerib InfoTS. Selle § 3 lg 1 järgi Eestis asuva tegevuskoha kaudu osutatav infoühiskonna teenus peab vastama Eesti õigusest tulenevatele nõuetele sellest olenemata, millises EL või EMÜ liikmesriigis teenust osutatakse. InfoTS § 3 lg 2 järgi tohib piirata infoühiskonna teenuse osutamist, kui see on õigustatud kõlbluse, avaliku korra, riigi julgeoleku, rahva tervise ja tarbija kaitseks.

Ühtlasi valitseb ka Eestis õiguslik ebakindlus selliste küsimuste osas nagu telemeditsiini legaaldefinitsioon,³¹⁴ meilikonsultatsioonide legaalsus, tegevusloa taotlemine veebilehtede³¹⁵ kaudu tervishoiuteenuse osutamisele, tervise veebilehtede õiguslik regulatsioon,³¹⁶ telemeditsiiniteenuste osutamine ja nende eest tasustamine,³¹⁷ vastutuse küsimused e-tervise teenuste osutamisel, telemeditsiini ja telekonsultatsioonide kvaliteet. Nendel küsimustel peatutakse magistritöös edaspidi.

Telemeditsiini võimaluste suurim propageerija perearstide seas M.Veskimägi näeb telemeditsiini teenuste puudusena seadusandluse puudust meditsiiniõiguslike küsimuste lahendamisel.³¹⁸ Samuti tekitab tema arvates probleeme tasustamine. Eesti Haigekassa toonane juht A.Vask tegi ettepaneku teenus ära kirjeldada ning siis sellele hind kalkuleerida.³¹⁹ Senini ei ole selles vallas tulemuseni jõutud.

³¹² RT I 2007, 24, 127; 2007, 68, 421.

³¹³ RT I 2004, 87, 593; RT I 2008, 28, 181.

³¹⁴ Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53 "Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord" (RTL, 23.09.2008, 78, 1098) lisa 1 sisaldab ka telemeditsiini konsultatsiooni sektsiooni. Andmete koosseisust võib järeldada, et see on konsultatsioon kahe tervishoiuteenuse osutaja vahel.

³¹⁵ Kui veebilehtedel pakutav arsti konsultatsioon on tervishoiuteenus, tuleb TTKS § 40 järgi teenuse pakkujal-juriidilisel isikul taotleda teenuse osutamiseks tegevusluba.

³¹⁶ Seda teemat käsitletakse magistritöös edaspidi

³¹⁷ Haigekassa hinnakirjas ei ole telemeditsiini teenuseid, v.a perearsti nõuandetelefon.

³¹⁸ M.Veskimägi Telemeditsiini ja meilikonsultatsioonist Perearst 13.veebbruar.2007 . Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/article_id-924 (06.04.2009).

³¹⁹ Ibid.

3.5 E-tervise projektide mõju tervishoiu probleemide lahendamisele

E-tervise projektidest loodetakse suurt kasu saada, eelkõige on see seotud arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamisega, samuti kulude kokkuhoiduga. Üks oodatav tagajärg on ka patsiendile teenuse mugavam kättesaamine. Samuti loodetakse saada andmeid tervishoiu juhtimiseks, teadustööks ja statistikaks.

Projekti “Digitaalne terviselugu” eesmärk on tõsta ravikvaliteeti infotehnoloogiliste vahendite rakendamise teel, luues infotehnoloogilise lahenduse patsiendi terviseandmete kasutamiseks ja tagades usaldusväärse teabe kättesaadavuse tervishoiuteenuse osutamiseks.³²⁰

Digilugu peaks töötama kasu tervishoiuteenuse kättesaadavuse osas, võimaldades võrdse juurdepääsu sama kvaliteediga tervishoiu ja tervisega seotud teenustele kõigile, kes neid vajavad, millal neid vajatakse ja kus neid vajatakse. Digiloo abil on patsientidel otse ligipääs andmetele oma tervisliku seisundi, diagnoosi, ravivõimaluste ja tervishoiu võimaluste juurde ning nad on võimelised tegema efektiivseid otsuseid oma tervise ja elustiili kohta. Ka tervishoiuteenuse osutajad vajavad andmeid otsustuste tegemiseks, samuti vajavad andmeid tervishoiu paremaks korraldamiseks tervishoiu administreerijad. Digilugu on kättesaadav kõikidele nendele gruppidele. Digiloos olev info on täpsem, arusaadavam, terviklik ning selle kättesaamine on kiire. Tervishoiuteenuse osutajad pääsevad ligi komplitseeritumale ja fokuseeritumale infole ning selle tulemusena võivad olla rohkem patsiendikesksed ja teha efektiivsemalt oma tööd.

Kuid digilugu ei tööta ainuüksi kasu, vaid sellega võivad kaasneda ka probleemid. Üheks sõlmpunktiks võib magistritöö autori arvates kujuneda andmete kvaliteet. Mõned arstid on avaldanud arvamust, et kuna digilugu on lihtsalt kättesaadav patsiendile, siis hakatakse sinna vähem andmeid kandma, et ennetada patsiendi kaebusi ja kohtuhagisid.³²¹ Ka digiloo äriplaanis leidis äramärkimist, et digiloo edukus sõltub sellest, kui palju arstid seda kasutavad ja milline on info kvaliteet selles süsteemis.³²² Kui andmed on ebatäpsed, lünklikud ning arst usaldab liialt digiloos olevat infot ning tugineb ainuüksi sellele, võib sellega kaasneda ebaõige diagnoos või raviotsus. Kuigi õigusaktidest ei loe välja andmete õiguslikku tähendust, siis tervise infosüsteemi

³²⁰ TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³²¹ M. Punab. Arstina tervise superandmebaasist 17. jaanuar 2008 Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader\\$9754](http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader$9754) (07.04.2009). Sellised seisukohad on kõlanud ka koosolekutel, kus magistritöö autor on viibinud.

³²² Digiloo äriplaani. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaani2/\\$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaani2/$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf) (18.08.2008).

seaduse eelnõu seletuskirja³²³ järgi on neil informatiivne tähendus.³²⁴ Nii näiteks kui patsient on ravimi apteegist digireseptiga välja ostnud, ei tähenda see seda, et patsient seda ravimit ka manustab,³²⁵ lisaks võib patsient kasutada ka käsimüügiravimeid või on soetanud ravimeid väljapoolt Eesti ravimimüügi süsteemi. Samuti võib patsient osaleda ravimiuuringus ning tarvitada ravimeid, mis ei ole müügiluba saanud. Digiloo puhul ei ole tegemist imevahendiga, mis säästab arsti patsiendi küsitlemisest. Arstil säilib siiski kohustus patsiendilt pärida, milliseid ravimeid ta hetkel tarvitab, samuti üle kontrollida tal allergia, raseduse, krooniliste haiguste olemasolu jm vajalikud andmed. Kui hetkel tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimuste ja korra³²⁶ § 40 järgi kinnitab patsient oma allkirjaga anamneesis tema poolt esitatud andmete õigsust, siis digiloos patsient neid kinnitama ei pea. Samas puudub patsiendil ka kohustus digiloosse sisestatud andmete õigsuse kontrollimiseks. Seetõttu võivad digilukku sattuda ebaõiged andmed.³²⁷ Oluline on info ravimite tarbimise, allergiate kohta erakorralistel juhtumitel, kus patsient ei saa oma seisundi tõttu ütlusi anda.

Samuti kahtleb magistr töö autor kõikide terviseinfosüsteemis sisalduvate andmete vajalikkuses. Tutvudes sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrusega nr 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord“, tekib patsiendina küsimus, mida annab talle kõikide nende ohtrate andmetega tutvumine ning kas kõiki andmeid on vaja teada ka tervishoiuteenuse osutajale arstiabi andmiseks. M. Punab väidab et 98% kogutavatest andmetest on suhteliselt väärtusetu ballast, infomüra. Väga oluliseks peab ta säilitada piltuuringute tulemusi, aga pea kogu Eestit kattev pildiarhiiv on meditsiinisüsteemis juba olemas. Inimese kohta peavad olema alati kättesaadavad järgmised andmed: veregrupp, allergiad, hetkel kasutatavad ravimid ja kroonilised haigused.³²⁸ Kindlasti on olulised teatud uuringute ja analüüside tulemused, mis võimaldavad jälgida haiguse dünaamikat.

Üheks digiloo rakendamise eesmärgiks on vähendada dubleerivate analüüside ja uuringute arvu ning seeläbi parandada ravikvaliteeti ning kokku hoida raha. Digiloo kasutuselevõttuga võib dubleerivate analüüside ja uuringute arv küll mõningal määral väheneda, kuid neid täiesti vältida ei ole võimalik. Arstid tellivad korduvaid uuringuid ja analüüse ka praegu, isegi kui neil on

³²³ Algselt pidi tervise infosüsteemi loomist reguleeritama eraldi seadusega.

³²⁴ Tervise infosüsteemi seaduse eelnõu seletuskiri. 22.11.2006. Elektrooniline materjal magistr töö autori valduses.

³²⁵ Nt patsient loobus ravimi tarvitamisest, kuna tal tekkisid kõrvalnähud või patsient ei hakanudki ravimit tarvitama, kuna infolehel sai teada, et see ravim on talle vastunäidustatud.

³²⁶ Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrus nr 56- RTL 2008, 80, 1115; RTL 2009, 29, 383.

³²⁷ Ka magistr töö autor avastas arsti vastuvõtul olles arvutiekraanile juhuslikult pilku heites endale märgitud haiguse, mida tal kunagi ei olnud diagnoositud.

³²⁸ M. Punab. Arstina tervise superandmebaasist 17. jaanuar 2008 Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader\\$9754](http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader$9754) (07.04.2009).

olemas eelnevate uuringute ja analüüside tulemused ning seda seetõttu, et neil puudub usaldus konkreetse tervishoiuteenuse osutaja või uuringut teinud/kirjeldanud arsti vastu. Samuti on vaja tellida täiendavaid uuringuid ja analüüse juhtumitel, kus patsient ootab pikalt arsti juurde/statsionaarsele plaanilisele ravile pääsu, kuna uuringud ja analüüsid võivad olla juba aegunud ning vajavad kordamist. M.Punabi sõnade kohaselt inimese toimimine bioloogilise süsteemina on dünaamiline protsess. Uriini ja vere analüüsid, mis on tehtud mingil ajahetkel, ei kehti järgmisel ajahetkel ning neid tuleb vajadusel korrata.³²⁹ Seega, et välistada täiendavate uuringute ja analüüside tegemist ning kokkuhoiu saavutamiseks peaks lisaks ühe võimalusena püüdma arsti vastuvõtule või statsionaarsele ravile ooteaega lühendada.

Digiloo käivitamisega loodetakse ka paberikulu vähenemisele ning sellest tulenevale arhiveerimise kokkuhoiule,³³⁰ kuid need summad on arvatavasti väikesed võrreldes digiloo käivitamise ja pidamisega minevate kuludega.

Eesti Arstide Liidu seisukoha järgi vähendab digilugu raviteenuste kättesaadavust, sest kulud on suured ja arsti ajakulu suureneb samuti.³³¹

Üleriigilise digitaalse tervishoiuteenuste ravijärjekorra loomise eesmärgiks on patsiendi mugavam teenindamine. Patsient saab valida erinevate raviasutuste vahel enda jaoks sobivaima vastuvõtuaia ja –koha, seda vajadusel muuta või tühistada.

Seoses patsiendile loodava võimalusega broneerida oma vastuvõtuaega digitaalselt ja vajadusel seda muuta või tühistada, peaksid vähenema juhud, kus broneeritud vastuvõtuaeg jääb kasutamata, kuna patsient ei ilmu kohale. Sellega peaksid lühenema ravijärjekorrad ja ressursikasutus muutuma efektiivsemaks. Digiregistratuuri kogunev statistiline informatsioon on sisendiks riigile tervishoiu korraldamiseks vajalike otsuste tegemiseks ja raviressursi paremaks juhtimiseks.³³² Digitaalse järjekorraga kaob võimalus, et patsient paneb end järjekorda mitme tervishoiuteenuse osutaja juurde. Sellega lüheneb järjekord nende inimeste võrra, kes registreerivad end mitme tervishoiuteenuse juurde korraga ning hiljem loobuvad teenusest sellest ette teatamata. Seega peaks lõppema järjekordade kunstlik tekitamine. Digiregistratuur on seotud digisaatekirjaga, kuna järjekorda ei saa panna ilma saatekirjata. Kuid digiregistratuuri loomisega ei pruugi magistritöö autori arvates paraneda kättesaadavus olulisel määral.

³²⁹ M. Punab. Arstina tervise superandmebaasist 17. jaanuar 2008 Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader\\$9754](http://www.virumaa.ee/discuss/msgReader$9754) (07.04.2009).

³³⁰ TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³³¹ P.Ross. E-tervis – praegu ja tulevikus. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

³³² Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ eelnõu juurde. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eoigus.just.ee/> (22.04.2009).

Süsteemi puuduseks on see, et lisaks digiregistratuurile on võimalus tervishoiuteenuse osutajal pidada ravijärjekorda paberkandjal või tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis (Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrus nr 46 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ § 5 lg 1). Kõnealuse määruse järgi on võimalik tervishoiuteenuse osutamiseks registreerida nii tervishoiuteenuse osutaja tegevuskohas, telefoni või e-posti või Interneti vahendusel tervishoiuteenuse osutaja registratuuris või tervise infosüsteemi vahendusel digiregistratuuris (§ 5 lg 2). Seega toimub lisaks ühtsele süsteemile (digiregistratuur) paralleelselt järjekorra pidamine tervishoiuteenuse osutaja juures, mis aga ei pruugi üks-üheselt kattuda. Lisaks ei kohusta kõnealune määrus tervishoiuteenuse osutajat liituma digiregistratuuriga. Määruse § 5 lg 8 kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja ravijärjekorra pidamiseks esitama tervise infosüsteemi digiregistratuuri andmed raviressursi kohta digitaalselt. Seejuures otsustab tervishoiuteenuse osutaja, millise ressursi ta välja annab ja soovi korral kellele.³³³ Seega ei pruugi üleriigiline digiregistratuur kajastada kogu raviressurssi. Lisaks ei tohiks ära unustada ravijärjekordade tekkimise juures seda, et patsient ei otsi alati tervishoiuteenuse osutajat, kelle juurde on lühim ooteaeg, vaid soovib saada konkreetse arsti või tervishoiuteenuse osutaja juurde, keda ta peab usaldusväärseks. Seda illustreerib ilmekalt ülevaade järjekordade pikkusest erinevate tervishoiuteenuse osutajate juures Eesti Haigekassa veebilehel.³³⁴

Samuti ei kaota digiregistratuuri pidamine „tühjade visiitide“ probleemi, s.t olukorda, kus patsient registreerib end teenuse osutamisele, kuid kohale ei tule. Praegu puudub efektiivne trahvisüsteem, mis tagaks, et patsient teataks loobumisest. RaKS § 70 lg 6 näeb ette visiiditasu kahekordses ulatuses tasumise, kui patsient ei teata 24 tundi ette teenusest loobumisest. Kuid kui patsient registreerib end ühe tervishoiuteenuse osutaja juurde ning loobub teenusest, siis teine tervishoiuteenuse osutaja ei saa patsienti selle eest trahvida. Samuti ei ole trahvisumma suur (ühikordne visiiditasu), lisaks on osad isikud vabastatud visiiditasu maksmisest (RaKS § 70 lg 5). Ka praegu on patsiendile loodud võimalused äraütlemiseks kas telefoni, e-posti või Interneti teel. Mõned tervishoiuteenuse osutajad tuletavad patsiendile vastuvõtuajast meelde sms-i, e-kirja teel,³³⁵ kuid ka see ei distsiplineeri alati patsiente.

Siiski ei ole hetkel võimalik ennustada kasu, mida saadakse sellest, et inimesed hakkavad end rohkem registreerima digiregistratuuris või tutvuma oma terviseandmetega digiloo vahendusel, Audiitorfirma Ernst & Youngi poolt sotsiaalministeeriumi tellimusel läbiviidud auditis nenditi, et

³³³ Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ eelnõu juurde. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eoigus.just.ee/> (22.04.2009).

³³⁴ Eesti Haigekassa veebileht: www.ehk.ee (15.04.2009)

³³⁵ T.Tabur. Teavitust täidab tühjad vastuvõtuajad. -Meditsiiniuudised. 07.04.2009.

digiregistratuuri esialgne idee „tagada ravijärjekordade lühenemine” on üsna pikaajaline protsess, mis pole üheselt seotud digiregistratuuri kesksüsteemi loomise ja juurutamisega.³³⁶

Digiretsepti eesmärk on asendada paberkandjal retsept elektroonse retseptiga. Sekundaarseks eesmärgiks on saada parem ülevaade ravimite käitlemisest ja soodustingimustel väljastamisest. Ka praegu on haigekassal ülevaade apteekide poolt soodustingimustel väljastatud ravimitest olemas. Sotsiaalministri 18. veebruari 2005. a määruse nr 30 „Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm”³³⁷ § 9 lg 7 järgi tuleb soodustingimustel väljastatud ravimi retsepte pärast ravimi väljastamist säilitada apteegis väljastamiskuupäevade järjekorras kuni üleandmiseni haigekassale. Muidugi tuleb mõnda, et retseptide elektroonne töötlemine on tunduvalt kiirem ja mugavam, kui paberkandjal retseptide töötlemine.

Digiretsept peaks kaasa tooma ajakulu vähenemise arsti poolt retsepti väljakirjutamisel ja apteegist retsepti väljastamisel, välistama ebaõige soodustuse määramise arsti poolt, võimaldama haigekassal saada kiire ja korrektse aruandluse ning arstidel saada tagasisidet ravimi väljaandmise kohta.³³⁸ Audiitorfirma Ernst & Youngi auditi järgi on digiretsept testimata ning on oht, et selle kasutuselevõtuga retsepti väljakirjutamise ja ravimi apteegist väljastamise ajad pikenevad.³³⁹

Projekti digitaalsed pildid eesmärk on sarnane digiloo eesmärgile, erinevus on vaid selles, et vahendatakse infot meditsiiniliste ülesvõtete kohta. Tegelikult on PAKS kasutusel juba enne terviseinfosüsteemi rakendumist erinevate tervishoiuteenuse osutajate poolt ning on loodud juba üleriigiline pildipank (Eesti Tervishoiu Pildipank). PAKSi kasutegur on ilmne, võimaldades ühe tervishoiuteenuse osutaja poolt tehtud pilte vaadata või kirjeldada teise tervishoiuteenuse osutaja poolt.

E-tervise projektide kasutuselevõtuga muutub arst-patsiendi suhe. Kui senini tugines arst-patsiendi suhe vastastikusele silmast-silma suhtlemisele, siis mida rohkem e-tervise rakendusi kasutusele võetakse, seda vähemaks jääb otsene kontakt. Ravi juures on aga oluline vahetu suhtlemine, mis mõjutab ka ravi tulemust. Kui arst suhtleb enam arvutiekraaniga kui patsiendiga, kaob suhetest inimlik mõõde ning patsient muutub enam ravimise objektiks. Arstid kurdavad, et

³³⁶ K. Beljajev. E-tervis sureb suurte haiglateta välja.- Meditsiiniuudised. 13. jaanuar 2009.a.

³³⁷ RTL 2005, 23, 315, RTL 2008, 78, 1099.

³³⁸ TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009).

³³⁹ E-tervise projektide tervikauditi kokkuvõtte .Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

neil kaob kontakt patsiendiga, kui nad selle asemel, et tegelda vastuvõtu ajal patsiendiga, peavad vaatama ja sisestama andmeid tervisele. Kui arstil jääb patsiendile vähem aega seetõttu, et arst peab vaatama elektroonilist haiguslugu³⁴⁰ ning seda täitma, langeb ka ravikvaliteet.

Kuna terviseinfosüsteemi kasutuselevõtt sisaldab märkimisväärsed kulutusi, on küsimuse all ka see, kui palju hakatakse süsteemi kasutama nii patsientide³⁴¹ kui ka tervishoiutöötajate poolt ning kuidas sellele on tagatud juurdepääs. Patsientide poolne kasutamine sõltub sidevahendite kättesaadavusest, eelkõige Internetiühenduse³⁴² ja arvuti olemasolust. Kindlasti aja möödudes teenuse kasutamine tõuseb, eriti kui ei jäeta enam muid võimalusi. Probleemid digilahenduste kasutamisel võivad kaasa tuua ebaõiglase tervishoiuteenuse jaotuse. Tegelikult need, kes vajavad tõesti arstiabi, kes kõige rohkem saavad kasu osutatud tervishoiuteenustest, on isikud, kel puudub juurdepääs Internetile.

Kuigi e-terviselugu on käivitunud, saadavad sinna andmeid hetkel vaid vähesed tervishoiuteenuse osutajad. Seetõttu ei oska hinnata ka süsteemi kasutajasõbralikkust ning kas süsteem võimaldab arstil sellest tohutust infohulgast leida talle vajaliku info kiiresti. Magistritöö autoril õnnestus küll tutvuda terviseinfosüsteemis sisalduvatele andmetega ning esmapilgul jäi mulje ning seda tões ka terviseinfosüsteemi näitav arst, et vajalikke andmeid on ebamugav kätte saada. Kui patsient on viibinud näiteks statsionaarsel ravil mitme tervishoiuteenuse osutaja juures, siis selleks, et teada saada patsiendi kohta kindlaid andmeid, tuleb avada kõikide tervishoiuteenuse osutajate epikriisid nende leidmiseks. Struktureeritud andmeid terviseinfosüsteem hetkel leida ei võimalda. See sarnaneb paberdokumentides andmete otsimisega, erinevus on vaid selles, et nüüd tuleb sirvida dokumente elektroonselt. Juhul, kui selles osas arendusi ei toimu ning süsteemi kasutajasõbralikumaks ei muudeta, võib karta, et arstid ei hakka aktiivselt terviseinfosüsteemis andmeid vaatama. Ka terviseinfosüsteemi tutvustanud arst tunnistas, et tal ei ole alati aega arvutist patsiendi andmeid vaadata, saati siis hakataks seda tegema, kui see võtab aega, mis peaks kuluma patsiendi ravimisele.

³⁴⁰ Magistritöö autor juhtus arsti vastuvõtule, kus arst täitis elektrooniliselt tervisekaardi andmeid. Visiit kestis umbkaudu 20 minutit, kusjuures 15 minutit kulus sellest arsti tööle arvutiga.

³⁴¹ Medicumi peaarst A.Vaski sõnul paneb oma aja Interneti teel nende juures kinni 40% patsientidest (T.Tabur. Teavitus täidab tühjad vastuvõtuajad. Meditsiiniuudised. 07.04.2009.a.). ITK-s, kus on samuti võimalik Interneti teel registreerida, on see suhtarv tunduvalt väiksem. Samuti kasutavad vaid vähesed võimalust tutvuda oma digilooga ITK iPatsiendi vahendusel. 2008.a kasutas perearsti nõuande telefoni teenuseid 12% inimestest (2007.a oli see 17%). (Eesti inimarengu aruanne 2008).

³⁴² Ka nt magistritöö autor elab külas, kus Interneti püsiühendus puudub ning muude ühendusvõimaluste kasutamine komplitseeritud..

Probleemiks võib kujuneda süsteemi alakasutus või mittekohane kasutus, mistõttu tehtud investeeringud võivad osutuda ebaõnnestunuks. Sotsiaalministeeriumi tellimusel tehtud audiitorfirma Ernst Young auditis esitatud järelduste kohaselt puudub tervishoiuteenuse osutajatel motivatsioon e-projektidega ühinemiseks. Samuti ei kohusta selleks ka olemasolevad õigusaktid. Kuigi 13.01.2009. seisuga oli Eesti E-tervise SA sõlminud 537 liidestumislepingut tervishoiuteenuse osutajatega, on kogu liidestumisprotsessi läbinud ITK ja Järveotsa perearstikeskus. 2. veebruaril 2009.a avas Eesti E-tervise SA pääsu Tervise Infosüsteemi kesksüsteemi tootmiskeskonda ka Põhja-Eesti Regionaalhaiglale.^{343,344} Eesti E-Tervise SA juhataja M.Tiigi sõnul on oluline kasutamise kiirus – kui poole aasta jooksul ei lähe käima, siis sureb välja.³⁴⁵

E-Tervise projektide efektiivsust ei ole mõõdetud. Kui kulukaks need lähevad, seda ei tea keegi. Igatahes samasisulisele küsimusele sotsiaalministeeriumi asekanstler I.Normet konkreetselt ei vastanud, kuid märkis, et need lähevad kallimaks, kui planeeritud.³⁴⁶ Mõningatel andmetel pidi digilugu maksma 30-36 milj krooni,³⁴⁷ kuid nüüd räägitavat juba 1 miljardist kroonist.³⁴⁸ Tervishoiuameti järelevalve osakonna juhataja P.Mardna sõnul on nende ülalpidamise maksumus hinnanguliselt 200-300 milj kr aastas.³⁴⁹ TTKS ja sellega seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskirjas kõiki kulusid välja arvuliselt ei ole toodud, kuid hinnanguliselt kulub 4 aasta peale 300 milj kr ringis.³⁵⁰ Digiloo äriplaanis esitatud summad on silmnähtavalt väikesed sellise süsteemi ülalpidamiseks. Samuti ei ole teada, kui palju see tervishoiuteenuse osutamise teeb esialgu kallimaks³⁵¹ ning seetõttu väheneb kättesaadavus ja kvaliteet ning millal hakkavad projektid tulu töötama. Kahjuks arendasid haiglad erinevaid infosüsteeme, mistõttu on nende

³⁴³ Tervise infosüsteemi seisust 2.veebruaril. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/tis-hetkeseisust.html> (22.03.2009).

³⁴⁴ Põhja-Eesti Regionaalhaigla edastab tervise infosüsteemi andmeid piiratud ulatuses. (PERH edastab andmeid tervise infosüsteemi. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/perh-liidestus-tis-ga.html> (22.04.2009)).

³⁴⁵ K.Beljajev. E-tervis sureb suurte haiglateta välja.- Meditsiiniuudised. 13. jaanuar 2009.a.

³⁴⁶ S. Nahkur. Euroopa tervishoiu suurim ülesanne lähiaastatel on e-tervise edukas rakendamine. Aktuaalne teema 02.september.2008. Med 24. Arvutivõrgus kättesaadav: www.med24.ee/etervis/article_id-5172-28k (24.04.2009).

³⁴⁷ Digilugu aitab vähendada ravivigade arvu. Arvutivõrgus kättesaadav: http://213.184.49.171/www/gpweb_est_gr.nsf/pages/news0760?OpenDocument&Start=552 (06.04.2009)

³⁴⁸ P.Ross. E-Tervis- praegu ja tulevikus. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

³⁴⁹ Eravestlus.

³⁵⁰ Lisaks tuleb arvestada tervishoiuteenuse osutajate endi poolt tehtavaid kulutusi, et nad oleksid võimelised liidestuma tervise infosüsteemiga. Selleks kuluks on prognoositud kolme aasta peale 76 500 000 EEK. Muude kaudsete kulutuste (digipiltide projekt, digiresepti projekt, digiregistratuuri projekt) prognoosidega tegeletakse ning käesoleval hetkel pole neid võimalik lõplikult hinnata. (TTKS ja seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090422115637 (22.04.2009)).

³⁵¹ Kulutused tervisininfosüsteemiga liidestumiseks ja selle ülalpidamiseks tervishoiuasutustes kaetakse ravirahadest.

ühilduvuse probleemid, mis teevad projekti kulukamaks.³⁵² HIS-de arendamisel ei osatud ette näha, et infot on vaja vahetada ka teiste tervishoiuteenuse osutajatega. Kuna täpsed arvutused terviseinfosüsteemi maksumuse osas puuduvad, ei ole võimalik prognoosida e-tervise projektide rakendamistest tulenevat kasu ning kas tehtud kulutused saavad korvatud järjekordade lühenemise ja ressursi otstarbekama kasutamise tõttu ning seda, kas e-tervise projektide realiseerimine sellisel kujul piiratud ressursside juures on kõige ökonoomsem või oleks tulnud kaaluda odavamaid variante, mille kasutegur olnuks ligikaudne.³⁵³ Magistritöö autor ei leidnud materjale, mis viitaks sellele, et digiloo projektile oleks eelnenud arutelud erinevate variantide valiku osas. Magistritöö autorile isiklikult tundub, et rahaliste ressursside paigutamise tõttu digiloo rakendamiseks ja ülalpidamiseks tervishoiuteenuse kättesaadavus vähemalt esialgu halveneb põhjusel, et tervishoiuteenuse osutajate kulutused selleks tuleb teha tervishoiuteenuse osutamiseks ettenähtud rahalise ressursi arvelt. Samuti jääb kahtlus, kas mõni muu lahendus ei oleks pakkunud samaväärset lahendust vähemate kulutuste juures. Lisaks on magistritöö autori arvates nii suuremahulise projekti rakendamiseks veidi üle nelja aasta liiga lühike aeg, kusjuures üldarstiabi osutajad peavad terviseinfosüsteemi edastama ambulatoorse ravi kohta andmeid juba 01.01.2009 ning eriarstiabi osutajad 01.01.2010.³⁵⁴ Üleriigiliselt on planeeritud üle minna terviseinfosüsteemile 2012.a lõpuks, samal ajal kui teised riigid on planeerinud selleks pikema aja.³⁵⁵ Ernst & Youngi audiitorite sõnul võtavad muudatused meditsiinis aega umbes 19 aastat.³⁵⁶

Kokkuvõtvalt võib sedastada, et neli käivitunud e-tervise projekti toovad pikas perspektiivis kindlasti kasu rohkem kui kahju, kuid kas projektid end finantsiliselt ära tasuvad, sellele saab vastuse anda aastakümnete pärast. Ilmne on aga see, et need ei lahenda kõiki Eesti tervishoiu ees seisvaid probleeme, vaid ainult ühe osa nendest. Tervishoiuteenuse parem kättesaadavuse, kvaliteedi, efektiivsuse tagamine piiratud raviressursside tingimustes ei ole seotud ainuüksi andmete kättesaadavuse või erinevate tervishoiuteenuse osutajate registratuuridele mugavama juurdepääsuga, vaid siin on mitmeid muid tegureid, mis sellele mõju avaldavad ning nende parandamisele tuleks läheneda komplekselt.

³⁵² Ka Soomes, kus nende digilugu baseerub elektroonilise terviseloo arendamise 25 a-le ajaloole, on tõsine probleem üleriigilise digiloo loomisel just ühilduvus.

³⁵³ Erinevates riikides on digilugude ülesehitus erinev. Nt Saksamaal andmete kandmine tervisekindlustusekaardile.

³⁵⁴ Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53 "Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord". § 5.

³⁵⁵ Nt Soomes alustati regionaalse digilooga 2001.a, kui jõustus Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulaki (816/2000). Tegemist oli piloodiga, kus osalesid HUS ja Uudenmaa mõned maakonnad, Pirkanmaan ja Satakunnan tervishoiupiirkonnad, hiljem lisandusid teised maakonnad. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä võeti vastu 2007.a ning selle järgi on planeeritud digiloole üleminek 4 aastaga. Samas on aga Soome digiloole eelnenud peaaegu 20 aasta pikkune tervise IT arendamine kohalikul tasandil ning soomlased on hetkel silmitsi erinevate süsteemide ühilduvuse probleemidega.

³⁵⁶ K.Beljajev. E-tervis sureb suurte haiglateta välja. -Meditsiiniuudised. 13.01.2009.

3.6 E-tervise perspektiivid

E-tervise rakendused pakuvad mitmeid võimalusi tervishoiu ees seisvate probleemide lahendamisele. Telemeditsiini arengud võimaldavad järjepidevat ravi esmatasandist kuni sotsiaalhoolekandeni. E-tervis ja telemeditsiin on ühtedeks vahenditeks, mis parandaks ravi kättesaadavust ääremaadel. Erilist kasu oleks nendest esmatasandi arstiable või väikestes kohtades asuvatele haiglatele. Esmatasandi meditsiinis on kasutusele tulnud rida digitaalseid uuringuseadmeid: EKG, ööpäevase vererõhujälgimise seade, audiotümpanomeeter, spiromeeter, portatiivne sonograaf, arteriograaf jt, mis kõik on ühilduvad arvutiga.³⁵⁷ Uuringutulemused edastatakse digitaalselt, üldjuhul väiksest kohalikust haiglast piirkondlikusse haiglasse, kus on olemas vastav oskusteave ning spetsialistid. Sellisel viisil saavad kohaliku haigla arstid primaarsete ja ekspertiinide teostatud uuringutele. Näiteks saab eelkirjeldatud konsultatsiooni kasutada teleröntgen, -ultraheli, -dermatoloogia, -kardioloogia ning -psühhiaatria. Uuringute tegemine kohapeal aitab vältida ka patsientide transportimist pikkade vahemaade taha keskusesse.

Sellised teenused nagu teleradioloogia ja telekonsulteerimine võivad vähendada ravijärjekordi, optimeerida ressursside kasutamist ja muuta töö tulemuslikumaks.³⁵⁸ Kuna 70% tervishoiukulutustest läheb krooniliste haiguste raviks, võiks telemeditsiini rakenduste kasutamine pakkuda võimalusi kulutuste vähendamiseks. Üheks teeks on kodujälgimissüsteemide toetamine. Telemonitooringu abil saab parandada krooniliste haigustega patsientide elukvaliteeti ning vähendada haiglapäevade arvu. See võimaldab avastada sümptomeid ja hälbivaid tervisenäitajaid varem, kui tavaläbivaatuse või hädaabi käigus ning seega enne tõsisemate komplikatsioonide tekkimist võtta tarvitusele abinõusid. Samuti võib see tähendada, et patsientidel tuleb harvemini tervishoiuasutusi külastada, millega paraneb nende elukvaliteet. Kokkuvõttes vähenevad ka tervishoiule tehtavad kulutused, kuna haiglaravi on kallis.

Tõstamaa perearst M.Veskimägi pakub välja järgmisi telemeditsiiniteenuste liike: telemeditsiiniline konsultatsioon, telefonikonsultatsioon, e-konsultatsioon, videokonsultatsioon, konsultatsioon arstide vahel.³⁵⁹

Kuigi on arutatud telemeditsiini teenuste lisamist Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu, on haigekassa hinnakujundus jäik ning ei arvesta piisavalt kiiresti uusi arendusi. Uute teenuste

³⁵⁷ M.Veskimägi. Telemeditsiini ja meilikonsultatsioonist Perearst 13.veebruar.2007 . Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/article_id-924 (06.04.2009).

³⁵⁸ Mitmed raviasutused seda ka kasutavad, st kui ühes raviasutuses on puudu radioloogidest, siis kokkuleppel kirjeldavad pilte teise raviasutuse radioloogid.

³⁵⁹ M.Veskimägi.Ibid.

lisamine hinnakirja võtab aastaid. Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu ja hinnakujundus ei soodusta arstidel eriarsti telekonsultatsioonide eest saada tasustatud. Samas võimaldaks aga telemeditsiini rakendamine kokku hoida rahalist ressursi kui ka leevendada spetsialistide puudust maapiirkondades, mis on eriti oluline käesoleva majandussurutise tingimustes, arvestades lisaks asjaoluga, et suur osa eriarsti poole pöördumistest on põhjendamatud. Suurendada tuleks telekonsultatsioonide arvu nii telefonitsi kui e-posti teel.³⁶⁰ See eeldab muidugi esmatasandi tervishoiu põhimõtete s.h tasustamine ülevaatamist ning selleks materiaalse baasi loomist. Samuti tuleb tagada õiguslik reguleeritus, millistel tingimustel võib teenust osutada ning kuidas on reguleeritud vastutus.

Heaks näiteks telemeditsiini osas on perearsti nõuande telefon, mis on haigekassa poolt rahastatav teenus. Üleriigiline perearsti nõuandetelefon alustas tööd 2005.aastal ning töötab ööpäevaringselt, andes konsultatsioone lihtsamate tervisehäirete korral, esmaabi ja tervishoiukorralduse kohta. Ühes kuus vastab nõuandetelefon ca 10 000 kõnele.³⁶¹ Nõuande telefoni avamiseks tuli algatus Perearstide Seltsilt. Samas aga kasutatakse perearsti nõuande teenust vähe,³⁶² kuigi see võiks vähendada pöördumiste arvu kiirabisse või erakorralise meditsiini osakondadesse.

Samuti on oluline ennetustegevus ja patsientide teavitamine selleks, et patsiendid saaksid oma tervise eest paremini hoolt kanda ja teha teadlikke raviotsustusi. Seda saab teha Internetis, kuid tähtis on tagada seejuures tervise veebilehtede usaldusväärsus seal kajastatava info osas.

Kui mujal Euroopas finantseeritakse tervishoidu 7-8 % ulatuses rahvuslikust koguproduktist, siis Eestis on see näitaja poole võrra väiksem. Seetõttu peaks Eesti tervishoiusüsteemi põhieesmärgiks olema vahendite optimaalne kasutamine ning seega kulutuste vähendamine. Kuna telemeditsiini töötab suurt majanduslikku kokkuhoidu, siis on rakendunud riikliku toetusega ulatuslikud telemeditsiinilised projektid paljudes maades. Mitmetes riikides on vastu võetud telemeditsiini või e-tervise strateegiad,^{363, 364, 365, 366} kus on välja toodud lahendamist vajavad

³⁶⁰ Näiteks on ITKs kasutusele võetud nn kõnetunnid, kus patsiendil on võimalik telefonitsi arsti poole pöörduda. Tegemist on arsti eelnevalt külastanud patsientidega, kes nt kroonilise tõve korral saavad nõu ravirežiimi muutmise kohta. Selline teenus aitab kokku hoida ressursi, kuna on odavam, kui ambulatoorne vastuvõtt. Seejuures aga ei ole selline teenus haigekassa hinnakirjas.

³⁶¹ Info selle kohta on Eesti Haigekassa veebilehel: www.ehk.ee (21.04.2009).

³⁶² Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (08.04.2009).

³⁶³ Telemedicine in Scotland. A strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.telemedicine.scot.nhs.uk/topics/strategy/AStrategyForScotland.pdf> (06.04.2009).

³⁶⁴ National Strategy for e-health. Sweden. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/43/24/f6405a1c.pdf> (06.04.2009)

probleemid, tegutsemisviisid, strateegilised kaalutlused, visioon, kulutused, finantseerimine, kasud jne ning mis sisaldavad lisaks elektroonsele tervisekaardile ka muid telemeditsiini rakendusi- telekonsultatsiooni, telemonitooringut, telekonverentse, teleradioloogiat, telepsühholoogiat jne. Oluliseks on neis peetud õiguslikku raamistikku, tasustamist, tehnilist külge, ühilduvust, andmekaitset.

E-tervis on palju laiem mõiste kui elektrooniline andmevahetus. Riigi tasandil on teenimatult vähe pööratud tähelepanu telemeditsiini võimaluste kasutamisele. Riigi e-tervise poliitika puudus magistritöö autori arvates on selle piirdumine vaid mõne e-tervise valdkonnaga. Hetkel on seaduse tasandil rakendunud terviseinfosüsteem, mis hõlmab e-terviselugu, e-retsepti, e-registratuuri, e-pilte. Infoühiskonna arengukava rakendusplaan 2007-2008 näeb aastateks 2009-2011 ette neile lisaks e-kiirabi, eRase ja eLapse, eLabori, eKoolitervise, eTõendi, eVeri projektid ning haiguste digitaalsete registrite väljaarendamise ja integreerimise digilooga,³⁶⁷ kuid need kõik on suunatud paremale infovahetusele ning ei evi otsest puutumust inimese tervisesse.

Arengud telemeditsiini vallas on toimunud lokaalsel tasandil põhinedes erainitsiatiivil, kas ühe haigla piires või siis koostöös teiste haiglatega või organisatsioonidega ning on olnud peamiselt projektipõhine. Magistritöö autori arvates tuleks e-tervise rakendamisele läheneda komplekselt ning haarata süsteemi ka muud e-tervise rakendused, nt telemeditsiin (kaugmonitoorimine, e-konsultatsioonid, e-õpe jt), et nendest võimalustest võimalikult rohkem kasu saada. See eeldaks aga riigi tasandil e-tervise visiooni formuleerimist, eesmärkide püstitamist ja strateegia välja töötamist. Eelnema sellele peaks põhjalik analüüs, et välja selgitada parimad lahendused. Nii oma riigi kui teiste riikide arvukate projektide kogemused on võimalus aluseks võtta. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaanis aastateks 2009–2012 loetletud tegevusi saaks hästi toetada e-tervise lahenduste abil. Oluline on seejuures tagada patsiendikeskse tervishoiuteenuse osutamine, mis tähendab koostööd ja ravi järjepidevust. Selle tagamiseks on terviseinfosüsteem vaja ühendada sotsiaalsüsteemiga. Ametkond, kes selle ülesandega peab tegelema, on loodud sotsiaalministeeriumi valitsemisalas. Ministeeriumi e-tervise osakond tegeleb oma põhimääruse järgi e-tervise projektide kavandamise ja rakendamisega ning selle täitmiseks koostab mh e-tervise arendamise ning rakendamise tegevuskavad.

³⁶⁵ The German eHealth Strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ehealth-era.org/database/documents/German_eHealth_Strategy_July-2005.pdf (06.04.2009)

³⁶⁶ Strategie „eHealth“ Schweiz. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&page_num=2#volltextsuche (06.04.2009)

³⁶⁷ Arvutivõrgus kättesaadav: www.mkm.ee/failid/IYA_rakendusplaan_8.rtf (20.03.2009).

Kõikidest eelnimetatud telemeditsiini lahendustest loodetakse kasu ravi kättesaadavuse ja kvaliteedi parendamiseks ja kulutuste vähendamiseks. Kuigi telemeditsiiniteenuste tõhususe ja kulutasuvuse kohta on vähe laiapõhjalist tõestusmaterjali, on nende taga seisvaid mõjureid (vähem terviseprobleeme, vähem retseptide väljakirjutamist, rohkem aega tööl või patsientide parem elukvaliteet) sageli raske rahaliselt hinnata. Tervishoiukulude kokkuvõtte võib avalduda hoopis muus sektoris, kui selles, kuhu raha kulutati. Näiteks võib investeering kroonilise südamepuudulikkusega patsientide telemonitooringusse ehk esmatasandi meditsiiniteenusesse anda kokkuvõtte haiglate tasandil tänu harvemale ja lühiajalisemale hospitaliseerimisvajadusele.³⁶⁸ Samuti võib parem tervise seisund mõjutada majandustulemusi: suurenenud produktiivsus, suurem tööjõu pakkumine, paremad oskused kõrgema hariduse ja parema koolituse läbi, ning rohkem säästusid füüsilisse ja intellektuaalsesse kapitali investeerimiseks.³⁶⁹ Selleks, et e-tervise rakendustest suurimat kasu saada, tuleks riigi tasandil luua eeldused- nii materiaalsed, tehnilised kui ka õiguslikud nende kasutuselevõtuks.

Siiski on esitatud magistritöös vaid väike osa lahendustest, mis võiksid tervishoiu ees seisvaid probleeme lahendada. Välja selgitamaks nendest sobivamad ja tõhusamad, mis aitaksid tõesti kulutusi vähendada ning tooks kaasa soovitud tulemuse – võimalikult kvaliteetne ravi võimalikult paljudele, selleks on vaja põhjalikumat analüüsi, mida käesoleva magistritöö mahu piiratuse juures ei ole võimalik esitada.

IV E-tervise õiguslikud aspektid

4.1 Arst-patsiendi suhte teisenemine³⁷⁰

4.1.1 Üldist

Arstid on läbi aegade omanud märkimisväärselt rohkem informatsiooni patsiendi meditsiinilisest seisundist, kui nende patsiendid. Selline ebavõrdne teadmiste jagunemine tekitab usalduse arstikutse vastu ja on eduka arst-patsiendi suhte lahutamatuks osaks. Seoses infotehnoloogia arenguga on see olukord muutumas. Terviseinfo kättesaadavus Internetis pakub patsiendile

³⁶⁸ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

³⁶⁹ Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (08.04.2009).

³⁷⁰ Käsitelu hõlmab arst-patsiendi suhteid telemeditsiini (teleradioloogia, telepsühhiaatria jne) osutamisel ning veebilehtedel informatsiooni jagamisel ja konsulteerimisel (e-konsultatsioon).

alternatiivseid võimalusi nõuande saamiseks, suurendab tema teadmisi oma tervislikust seisundist ning lõppkokkuvõttes murendab tõsiselt arst-patsiendi vahelist usaldust. Arsti ja patsiendi vaheline suhtlemise viis määrab ära nende suhete iseloomu ning on ilmne, et uus suhtlemise viis põhjustab nende suhete muutumist ja restruktureerimist.³⁷¹ Arsti ja patsiendi vaheline elektrooniline suhtlemine võimaldab ühelt poolt rikastada arst-patsiendi suhet, teiselt poolt aga kahandada silmast silma omavahelist mõjutamist, mis on iseloomustanud neid suhteid tänase päevani.

Telemeditsiini ja e-konsultatsiooni iseloomulikuks jooneks on see, et arst ei suhtle patsiendiga omavahel silmast silma, vaid IST vahendi abil vahemaa tagant. Sageli ei ole arst patsienti eelnevalt näinudki ega tea ka patsiendi nime. Samasuguselt ei pruugi patsient teadagi, et talle osutab tervishoiuteenust kolmas isik, mitte raviarst (nt teleradioloogia juhtumitel, kus ülesvõtte teeb üks radioloog, sageli ka radioloogiatehnik, ülesvõtet kirjeldab aga teine radioloog). Muutuvad arst-patsiendi suhted tõstatavad mitmeid küsimusi seoses selle paradigma muutuse õiguslike tähenduste osas: kas ja millal tekib e-tervise juhtumitel suhe arsti ja patsiendi vahel? Kuidas jagunevad arsti ja patsiendi kohustused ning seega ka vastutus informatsiooni jagamisel ja vastuvõtmisel? Kas patsient on võimeline Internetist saadud informatsiooni korral tegema otsuseid, mis varemalt oli arsti pärusmaa? Kes vastutab patsiendi ees, kui patsiendi raviarst kasutab patsiendile tervishoiuteenuse osutamisel IST vahendite kaudu kolmanda isiku abi (nt telemeditsiini juhtumid)?

4.1.2 Arst-patsiendi suhte tekkimine

Arst-patsiendi suhte olemasolu kindlaksmääramine on oluline kahju hüvitamise nõuete korral väärarvijuhtumite puhul. Sellest, kas arsti ja patsiendi vahel on suhe tekkinud, sõltub see, kas arst vastutab või mitte. Patsiendi kohustus on väärarvi juhtumitel tõendada, et suhe on üldse tekkinud. Tavapäraselt, mis on omaks võetud paljudes õigussüsteemides, toimub tervishoiuteenuse osutamine lepingulisel alusel.

Traditsiooniliselt ollakse seisukohal, et arsti ja patsiendi vahel ei teki suhet, kui arst ei ole patsienti enne näinud.³⁷² USAs on kohtud seisukohal, et mitteformaalsete konsultatsioonide ja

³⁷¹ S. Shea. The Patient-Physician Relationship in the Age of Electronic Communication . Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ideatel.org/syllabus/relationship.html> (25.03.09).

³⁷² G. Wachter. Malpractice and Telemedicine Telemedicine Liability: The Uncharted Waters of Medical Risk Arvutivõrgus kättesaadav: <http://tie.telemed.org/legal/other/malpractice0702.pdf> (17.04.2009)

tasuta tehtava vältimatu abi andmisega ei looda arst-patsiendi suhet. See õiguse valdkond on samuti arenev kohtute sooviga näha ka seal rohkem suhteid.^{373, 374}

Kohtud on üha rohkem laiendanud arst-patsiendi suhte definitsiooni, leides mõnikord suhteid situatsioonides, kus traditsiooniliselt neid ei eksisteeri. Kohtud arvavad süüks mõlemale poolele standardseid kavatsusi ja mõistlikke ootusi. Suures ulatuses rõhutavad kohtud arvatavasti arsti usalduslikule kohustusele ja teistele avaliku huvi kaalutlustele.³⁷⁵

Väärravi kohtuasjas *Bienz v Central Suffolk Hospital*³⁷⁶ väitis süüalusest arst, et arsti kabinetti tehtud üksik telefonikõne eesmärgiga algatada arstiabi osutamist on vajaliku arst-patsiendi suhte loomiseks ebapiisav. Kohus rõhutas, et meditsiinilise väärravi juhtumile võib aluseks olla väide, et arst andis patsiendile ebaõiget nõu. Kohus leidis, et kui arst annab telefoni teel nõu, ravi või diagnoosi, on arst-patsiendi suhe loodud. Seega küsimus, kas arst-patsiendi suhe saab tekkida üksiku telefonikõne käigus antud nõuande alusel, on kohtule fakti küsimus.³⁷⁷

Kohtuasjas *Lopez v Aziz* leidis kohus, et telefonikonsultatsioon raviarsti ja konsulteeriva arsti vahel ei tekita konsulteeriva arsti vastutust nõuande tagajärjel saanud patsiendi surma korral, kuna sellisel juhul ei ole konsulteeriva arsti ja patsiendi vahel suhet tekkinud.³⁷⁸ Teises kohtuasjas *Wheeler v Yettie Kersting Memorial Hospital* leidis kohus, et arst-patsiendi suhe oli tekkinud juhtumil, kus arst kasutas otsuse tegemisel meditsiiniõe poolt antud telefoniinformatsiooni otsustamaks patsienti transportida teise kohta 90 miili eemal ning mille tõttu patsient suri.³⁷⁹

Hilisemates kohtuasjades³⁸⁰ on kohtud arendanud viie küsimuse testi, et kindlaks määrata, arst-patsiendi suhte olemasolu.³⁸¹ Võtmeküsimused telefonikonsultatsiooni juhtumitel, mis on analoogia tõttu tähtsad ka telemeditsiinile, on järgmised: suhte olemasolu tuvastamiseks tuleks välja selgitada, kas arst teab patsiendi nime, kas ta on temaga silmast-silma kohtunud, kas ta sai teenuse eest tasu, kas ta on patsiendi läbi vaadanud, kas ta on tutvunud patsiendi

³⁷³ L. Dakers. Establishing the physician-patient relationship.- Reporter. July/August 2000. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tmlt.org/publications/resources/Reporter/JulAug2000.pdf> (25.03.2009).

³⁷⁴ E. LeBourdais. When medicine moves to the Internet, its legal issues tag along.- *Can Med Assoc J* 1997; 157: 1431-3. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1228478> (25.03.09).

³⁷⁵ L. Dakers. Ibid.

³⁷⁶ 163 A.D.2d 269, 557 N.Y.S.2d 139 (1990).

³⁷⁷ J. N. Chamness. Liability of Physicians for Communicating over the Internet. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.corneliuscollins.com/CM/WhatsNew/WhatsNew7.asp> (25.03.2009).

³⁷⁸ L. Dakers. Ibid.

³⁷⁹ 866 S.W.2d 32, 54 (1994)

³⁸⁰ Üldise õiguse maad.

³⁸¹ R. Sivaswamy. Doctors on the Internet - Legal and Practical Implications. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.eubios.info/EJ125/ej125j.htm> (17.04.2009)

meditsiinidokumentidega.³⁸² Kui kõik need elemendid on olemas, on arst-patsiendi suhe tõenäoliselt olemas, s.h isegi kui silmast silma kohtumine toimus videokonverentsi kaudu.³⁸³

Kuigi valdavalt on levinud seisukoht, et arst-patsiendi suhte olemasoluks oleks vajalik arsti ja patsiendi eelnev kohtumine, on tasulise nõustamise korral ilmselt tegemist lepingulise suhtega.^{384,385} Välistatud ei ole suhte tekkimine ka juhul, kui teenuse eest ei ole tasu makstud. Kui patsient on saanud professionaalset nõu või ravi, isegi tasuta, siis on see *prima facie* tõend selle kohta, et arst-patsiendi suhe tekkis.³⁸⁶ Siiski, arsti ja patsiendi vaheline suhe on selgelt tekkinud, kui arst nõustub ette võtma patsiendi diagnoosimise ja ravimise ja patsient sellega nõustub, olenemata sellest, kas nende vahel on isiklik kohtumine või mitte.³⁸⁷

Hedley Byrne & Co. Ltd. v Heller & Partners Ltd. (1964) AC 465 kohtuasjas lõi kohus „mõistliku usalduse” (*“reasonable reliance”*) reegli. Kui üks inimene on end esitanud nii, et teine võib mõistlikult tugineda tema otsustusele või oskustele või tema võimele teha hoolikalt uurimist ja isik on enesele võtnud seejuures informatsiooni või nõuande andmise või võimaldab enda informatsiooni või nõuannet edasi anda teisele isikule, kes, nagu ta teab või peaks teadma, usaldab seda, siis tekib hoolsuskohustus.³⁸⁸

Meditiinipraktiku ja patsiendi vahelise suhte iseloomu tõttu, on patsiendi jaoks mõistlik usaldada arsti poolt antud nõu. *Hedley Byrne* rakendub kõikidele nõustamistegevustele, mis sisaldavad suhtlemist diagnoosi ja prognoosi osas, andes nõu nii terapeutilise kui ka mitteterapeutilise ravivalikute kohta ning olulise informatsiooni avaldamist teadva nõusoleku saamiseks.³⁸⁹ Selle reegli järgi võib arsti nõuande puhul telemeditsiini ja e-tervise juhtumitel tekkida hoolsuskohustus, mis võib olla aluseks deliktiliste kohustuste tekkimisele, kui hoolsuskohustuse rikkumisel tekib isikule kahju.

³⁸² L. Dakers. Establishing the physician-patient relationship.- Reporter. July/August 2000. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tmlt.org/publications/resources/Reporter/JulAug2000.pdf> (25.03.2009).

³⁸³ K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

³⁸⁴ R.Oskvig, D. Bolan et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).

³⁸⁵ D. E. Attarian. Medical liability in cyberspace. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.aaos.org/news/bulletin/oct07/managing2.asp> (25.03.2009).

³⁸⁶ R.Oskvig, D. Bolan et al. Ibid.

³⁸⁷ Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. Guidelines for Internet Use in Medical Practice (Model Guidelines for the appropriate use of the Internet in Medical Practice. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.fsmb.org/pdf/2002_grpol_Use_of_Internet.pdf (25.03.2009).

³⁸⁸ Veebientsüklopeedia Wikipedia. Arvutivõrgus kättesaadav: http://en.wikipedia.org/wiki/Hedley_Byrne_v._Heller (25.03.2009).

³⁸⁹ Ibid.

Problemaatiline on tuvastada suhte tekkimist juhtudel, kui arst suhtleb teise arstiga patsiendi teadmata, näiteks telemeditsiini juhtumitel, kui üks radioloog kirjeldab teise radioloogi tehtud pilte või telefonikonsultatsiooni korral, kus üks arst räägib teise arstiga, kuid mitte patsiendiga.³⁹⁰

Üldiselt arvatakse, et telemeditsiini juhtumitel on vastutavaks arstiks suunav arst, mitte telemeditsiiniteenust osutav arst. Omavahelistes suhetes suunava arsti ja telemeditsiiniteenust osutava arsti vahel aga on vastutav telemeditsiini teenust osutav arst, kui tema süül tekkis patsiendile kahju.³⁹¹ WMA seisukoha järgi arst, paludes teiselt arstilt nõuannet, jääb vastutavaks ravi ning teiste otsuste ja soovitude eest, mis on patsiendile antud. Siiski on teleekspert vastutav saatva/suunava arsti ees nõuande kvaliteedi eest, mida ta andis ja ta peab täpsustama tingimused, mille esinemisel on nõuanne kehtiv.³⁹²

Kübermeditsiini puhul erinevalt telemeditsiinist, ei ole kahtlust, et arsti ja patsiendi vahelise suhte tekkimises, kui küberarst pakub oma teenuseid veebis ja tulevane patsient aktsepteerib pakkumise, sisestades enne krediitkaardi numbri, mis annab juurdepääsu arstile.³⁹³

Seega võib väita, et telemeditsiiniteenuste ning veebilehtedel ja e-posti vahendusel toimuv konsulteerimine arsti poolt võib tekitada arst-patsiendi suhte ning selle suhte tuvastamine sõltub asjaoludest, millistel arst ja patsient omavahel suhtlesid.

4.1.3 Arst-patsiendi suhe Eesti õiguses

Eesti õiguse kohaselt võivad õiguslikult siduvad suhted isikute vahel tekkida võlasuhtest. VÕS³⁹⁴ § 2 lg 1 järgi on võlasuhe õigussuhe, millest tuleneb ühe isiku kohustus teha teise isiku kasuks teatud tegu või jätta see tegemata ning võlausaldaja õigus nõuda võlgnikult kohustuse täitmist. Võlasuhte kaudu luuakse suhte subjektide eriline õiguslik seotus. Võlasuhted võivad tervishoiuteenuse osutamisel tekkida nii lepingulisel kui deliktilisel alusel. Enamjaolt tekib võlasuhe arst-patsiendi vahel lepingust.

Vastavalt VÕS §-le 758 kohustub tervishoiuteenuse osutamise lepinguga üks isik osutama oma kutsetegevuses teisele isikule tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite

³⁹⁰ L. Dakers. Establishing the physician-patient relationship. - Reporter. July/August 2000. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tmlt.org/publications/resources/Reporter/JulAug2000.pdf> 25.03.09

³⁹¹ K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

³⁹² WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

³⁹³ K. Harrington. Ibid.

³⁹⁴ RT I 2001, 81, 487; RT I 2008, 59, 330.

järgi tema tervise huvides läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest.

Lepinguline suhe tekitab arsti kohustuse patsiendile osutada meditsiiniliselt pädevat abi. Kui traditsiooniliselt pöördub patsient arsti juurde abi saamiseks ja arst teda läbi vaatab, nõustab ja määrab ravi, ei teki lepingulise suhte olemasolus kahtlust. Interneti vahendusel patsiendi nõustamise korral on seda suhet keerulisem tuvastada. Samuti on olukord problemaatiline ka juhul, kui teenust osutab teine arst patsiendi raviarsti palvel (nt telemeditsiini juhtumid).

Võlasuhte tekkimine lepingust on võimalik reeglina kahe poole vastavasisulise tahteavalduse tulemusel. Ühepoolne tahteavalduse ei ole lepinguvabaduse põhimõttest tulenevalt lepingulise suhte loomiseks piisav.³⁹⁵ Samas aga on tervishoiuteenuste osutamise leping erandlik. Tervishoiuteenuse osutaja lepingu sõlmimise vabadust on selles osas oluliselt piiratud. Patsiendil on lepingu sõlmimise vabadus täielikult olemas, kuid tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud lepingu sõlmima.³⁹⁶ Teenuse osutajal on õigus lepingu sõlmimisest keelduda vaid juhul, kui lepingu sõlmimine oleks vastuolus seaduse või teenuse osutaja tüüptingimustega (VÕS § 760). Kui patsient pöördub sooviga saada Interneti veebilehe kaudu enda teenust pakkuva arsti konsultatsiooni, puudub arstil õigus keelduda tervishoiuteenuse osutamisest, kui patsiendi taotlus vastab konsultatsiooniks vajalikele tingimustele.³⁹⁷ Teenuse osutamisele asumisega loetakse leping sõlmituks (VÕS § 759). Seega, kui arst annab patsiendile viimase palvel veebilehe vahendusel nõu, võib sellest tekkida poolte vaheline lepinguline suhe.

Sealsamas ei pea pooltevaheline suhtlus alati tähendama lepingulist vahekorda. Isikute vahel võivad tekkida mitteformaalse konsultatsiooni korral nn teene osutamise suhted, mis ei too kaasa õiguslikult siduvaid kohustusi. Õiguslikult siduvad kohustused ja neile vastavad nõuded omandatakse sellesisuliste tahteavaldustega. Tegelikus elus ei ole nende eristamine alati lihtne. Kahtluse korral tuleb kokkulepet tõlgendada tegemaks kindlaks, kas pooled väljendasid tahet olla õiguslikult seotud või oli see ainult sotsiaalse suhtlemise juurde kuuluv tavapärane teenuse osutamine. Tõlgendamisel tuleb esimeses järjekorras kindlaks teha poolte tegelik tahe.³⁹⁸ Juhul, kui arst e-posti vahendusel konsulteerib oma tuttavat, ei ole poolte vahel ilmselt lepingulist suhet tekkinud, kui just arst selle eest tasu ei võtnud. Teine lugu on aga juhtumil, kus arst annab tasu

³⁹⁵ P.Varul, I. Kull, V.Kõve, M.Käerdi. Võlaõigusseadus I kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Kirjastus Juura, 2006, lk 12.

³⁹⁶ A.Nõmper, J.Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn: Kirjastus Juura, 2007, lk 58.

³⁹⁷ Näiteks on veebileht www.kliinik.ee (21.04.2009) seadnud küsimustele vastamise tingimuseks, et küsimused peavad olema asjakohased ja tõsiseltvõetavad, vastasel korral jätab ta endale õiguse vastamisest keelduda. Lisaks on mõnede arstide konsultatsioonid tasulised.

³⁹⁸ P.Varul, I. Kull, V.Kõve, M.Käerdi. Op.cit., lk 10

eest nõu veebilehel, reklaamides eelnevalt oma teenust, siis on seda raske tõlgendada mitteformaalse konsultatsioonina, mis ei too pooltele kaasa õiguslikult siduvaid tagajärgi.

Juhul, kui poolte vahel ei ole võimalik tuvastada lepingulist suhet (võlaõiguslikku kokkulepet tervishoiuteenuse osutamiseks), ei välista see seda, et poolte vahel ei võiks tekkida lepinguvälised kohutused, nagu hoolsuskohustus teise isiku õigushüvede suhtes (kohustus arvestada teise poole huvide ja õigustega), millest ei teki küll täitmiskohustusi, kuid mille rikkumisel võib kahjustatud pool esitada kahju hüvitamise nõude vastavalt VÕS §-le 1043. VÕS § 1043 kehtestab üldpõhimõtte, et teisele isikule (kannatanu) õigusvastaselt kahju tekitanud isik (kahju tekitaja) peab kahju hüvitama, kui ta on kahju tekitamises süüdi või vastutab kahju tekitamise eest vastavalt seadusele. Eelkõige võivad sellised vaidlused tekkida tasuta teenuste pakkumisel, sest ka seadus näeb ette lepinguid, millest omandatakse õiguslikult siduvad kohustused, ilma et lepinguga lubatu täitmise eest oleks ette nähtud tasu maksmine.³⁹⁹

Ka juhul, kui arsti ja patsiendi vahel on olemas lepinguline suhe, ei välista see arsti vastutust ehk võlasuhte tekkimist deliktilisel alusel eelviidatud VÕS § 1043 alusel. VÕS 1044 lg-st 3 tulenevalt võib kannatanu valida lepinguõiguse või deliktiõiguse kohaldamise vahel siis, kui kahju on tekkinud seoses isiku surma põhjustamisega või talle kehavigastuse või tervisekahjustuse tekitamisega (VÕS § 1045 lg 1 p-d 1-2).

Tõlgendades konkreetset kokkulepet tuleb niisiis hinnata esmajärjekorras seda, kas pooled pidasid kokkuleppe sõlmimisel silmas õiguslike tagajärgede saabumist ja seejärel tuvastada, kas kokkulepe on tuvastatav võlaõigusliku lepinguna või võlasuhtena.⁴⁰⁰ Kui üks pool teatab, et ta ei taha olla õiguslikult seotud tagajärgedega, siis tõenäoliselt poolte vahel lepingulist suhet ei teki (erandiks on siiski tervishoiuteenuse osutamise leping), kuid sellisel juhul ei ole välistatud deliktilise suhte tekkimine.⁴⁰¹

4.1.4 Veebilehed ja e-konsultatsioon⁴⁰²

Veebilehtede ja e-posti kasutamine arstide poolt tõstatab samuti õiguslikke küsimusi, mis seonduvad sellega, mis moodustab meditsiinipraktika või ravi ja mis tüüpi suhtlemine küünib

³⁹⁹ I.Kull, M.Käerdi, V. Kõve. Võlaõigus I Üldosa, Tallinn: Kirjastus Juura, 2004, lk 29.

⁴⁰⁰ P.Varul, I. Kull, V.Kõve, M.Käerdi. Op.cit., lk 11.

⁴⁰¹ Veebileht KLIINIK.EE informeerib teenuse kasutajaid järgmiselt: „Vastus, mis Teie küsimusele KLIINIK.EE vahendusel edastatakse, on üldise iseloomuga ning soovitusliku sisuga. See ei ole mõeldud spetsiifilise meditsiinilise seisundi diagnoosimiseks ning ravi määramiseks. Konkreetsete ravimite kasutamist konsulteerige raviarstiga. KLIINIK. EE ei võta endale vastutust vastuste sisus toodud informatsiooni täpsuse ning kasutamisest tulenevate tagajärgede eest“.

⁴⁰² Käsitus hõlmab e-konsultatsiooni, kus suhtlevad omavahel arst ja patsient. Telekonsultatsiooni puhul võib suhtlemine toimuda ka kahe meditsiinitöötaja vahel.

arst-patsiendi suhteni. Kas info, mida pannakse veebilehele, on meditsiinipraktika? Kui arst annab veebilehel nõu ja patsient selle järgi toimib, kas sellisel juhul arst-patsiendi suhe tekib või mitte.⁴⁰³

Lepinguline suhe eeldab tahet olla õiguslikult seotud. Siiski on ebatõenäoline, et veebilehel üldise terviseinfo pakkumine avalikkusele võib olla aluseks lepingule. Juhul, kui veebilehtedel või arsti e-posti vahendusel esitatud informatsiooni või nõuande põhjal tekib mõistlikul inimesel usk, et tegemist on lepingu sõlmimisele suunatud tahtega, siis võib arvata lepingulise suhte tekkimist.⁴⁰⁴ Asjaolu, et enamik telemeditsiinipraktika tüüpe ei ole tasustatud, ei ole oluline.⁴⁰⁵ Igal juhul on lepinguline suhe tuvastatav igal üksikjuhtumil eraldi.

Interneti veebilehtedel pakutav terviseinfo on valdavalt adresseeritud määratlemata arvule isikutele. VÕS § 16 lg 1 järgi peab pakkumus olema piisavalt määratletud ja väljendama pakkumuse esitaja tahet olla ettepanekule nõustumuse andmise korral sõlmitava lepinguga õiguslikult seotud.

Terviseinfo veebilehed, mis pakuvad juurdepääsu ainult üldisele infole ilma personaalse suhtlemiseta elektroonilise meedia kaudu, ei ole erinevad juurdepääsust viidatud tekstile raamatukogus ja ei moodusta kutsealast lepingulist suhet (samamoodi, nagu ei teki lepingulist suhet raamatu autori ja selle lugeja vahel).⁴⁰⁶ Seega Interneti lehekülgedel avaldatud üldiste tervisenõuannete puhul ei ole tegemist reeglina pakkumusega sõlmida lepingut, kuid nõuande järgimisest tekkinud kahju puhul ei ole välistatud teenuse osutaja (arsti) vastutus deliktilisel alusel eksitava või ebaõige informatsiooni või nõuande eest. Kuid teenuse osutaja peab tegema selgeks, et informatsioon ei ole mõeldud asendada arsti diagnoosi ja raviteenuseid, mis võivad käsitleda konkreetse patsiendi sümptomeid.⁴⁰⁷

Kui üldiste nõuannete avaldamine veebilehtedel ei ole üldjuhul käsitletav lepingu sõlmimisele suunatud tahtena, on teine tegu veebilehtedel jagatavate isiku taotlusel antavate nõuannete puhul, mida sageli osutatakse tasu eest. Kuigi tervishoiuteenuse lepingu puhul eeldatakse selle tasulisust (VÕS § 761), ei tähenda see seda, et kutsetegevuses tasuta tervishoiuteenuse osutamise korral

⁴⁰³ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 16.

⁴⁰⁴ Ibid, lk 16.

⁴⁰⁵ R.Oskvig, D. Bolan et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).

⁴⁰⁶ R.Oskvig, D. Bolan et al. Ibid.

⁴⁰⁷ K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

(nõustamisel, diagnoosi püstitamisel) ei võiks tekkida poolte vahel lepinguline suhe. Nii näiteks e-kaubanduse direktiivi kohaselt ei pea teenuseid alati osutatama tasu eest, et neid tõlgendataks infoühiskonnateenustena (põhjendava osa p 18). Infoühiskonna teenusena käsitletakse ka teenust, mida finantseeritakse reklaami kaudu või sponsorite poolt. Seda seisukohta on kinnitanud Euroopa Kohus.⁴⁰⁸

Leping sõlmitakse pakkumuse esitamise ja sellele nõustumuse andmisega, samuti muul viisil vastastikuste tahteavalduste vahetamise teel, kui on piisavalt selge, et lepingupooled on saavutanud kokkuleppe (VÕS § 9 lg 1). VÕS § 16 lg 1 järgi peab pakkumus olema piisavalt määratletud ja väljendab pakkumuse esitaja tahet olla ettepanekule nõustumuse andmise korral sõlmitava lepinguga õiguslikult seotud. VÕS § 16 lg 2 kohaselt ei ole pakkumus lepingu sõlmimise ettepanek, kui selles on tegija otse väljendanud, et ta ei loe end ettepanekuga seotuks. Sama paragrahvi lg 3 järgi kauba või teenuse osutamist konkreetsele isikule mitteduunatud pakkumist avalikus arvutivõrgus loetakse ettepanekuks esitada pakkumus, kui ettepaneku tegija ei ole selgesti väljendanud, et tegemist on pakkumusega.

Seega, kui teenuse osutaja pakub veebilehel tasu eest või tasuta konsultatsiooni määramata arvule isikutele, on see VÕS § 16 lg 3 kohaselt käsitletav ettepanekuna teha pakkumusi. Juhul, kui isik täidab konsultatsiooni andmiseks vajalikud tingimused (formuleerib küsimuse ja nõudmisel teeb ettemaksu), on tegemist pakkumusega. Leping loetakse pakkumusele nõustumuse andmisega sõlmituks ajast, mil pakkumuse esitaja nõustumuse kätte sai. Nõustus võib avalduda ka teos. Seega nõuande puhul võidakse nõustumusest teada saada ja leping loetakse sõlmituks hetkel, kui isik saab tutvuda vastusega veebilehel või saab vastuse kätte e-kirjaga.

Ühtlasi aga ei tohi unustada tervishoiuteenuse osutamise lepingu erilist iseloomu, mille puhul on teenuse osutaja lepingu sõlmimise vabadust oluliselt piiratud. Kui veebilehel pakutav arsti nõuanne on käsitletav tervishoiuteenusena, siis ei saa magistritöö autori arvates VÕS § 16 lg 3 järgida. Vastavalt VÕS §-le 760 lasub tervishoiuteenuse osutajal kohustus osutada tervishoiuteenust isikule, kes seda taotleb. Järelikult, kui arst pakub veebilehel oma kutsetegevuses konsultatsiooni, siis tuleks seda lugeda pakkumuse esitamiseks. Kui patsient täidab konsultatsiooni andmiseks vajalikud tingimused, on tegemist nõustumisega ning seega sellest hetkest on poolte vahel leping sõlmitud.

Kui arsti konsultatsiooni Interneti vahendusel võib käsitleda infoühiskonna teenusena InfoTS tähenduses, tuleb teenuse osutamisel lähtuda infoühiskonna teenuste osutamist reguleerivatest

⁴⁰⁸ Kohtuasi C-352/85 *Bond van Adverteerders* (1988). European Court reports 1988 Page 02085.

õigusaktidest. InfoTS § 7 järgi peab teenuse osutaja ja teenuse kasutaja vahel üldkasutatavate andmesidevahendite vahendusel lepingu sõlmimine osapoolte üheaegse kohalolekuta toimuma vastavalt VÕS § 62¹ sätestatule. VÕS § 62¹ lg 1 kohaselt peab majandus- või kutsetegevuses tegutsev isik, kes kasutab oma kaupade müümisel või teenuse osutamisel lepingu sõlmimist arvutivõrgu abil, andma klientide kasutusse sobivad ja tõhusad vahendid, millele on juurdepääs ja mille abil klient saab enne tellimuse edastamist tuvastada ja parandada sisestusvead. Vastavalt VÕS § 62¹ lg-le 2 teeb pakkuja enne tellimuse edastamist kliendile teatavaks lepingu sõlmimise tehnilised etapid, annab teada, kas pakkuja säilitab lepinguteksti pärast lepingu sõlmimist ja kas see jääb kliendile kättesaadavaks, teeb kättesaadavaks tehnilised vahendid sisestusvigade tuvastamiseks ja kõrvaldamiseks, teavitab lepingu sõlmimiseks pakutavad keeled, pakkuja järgitavad reeglid ja elektroonilised võimalused nendega tutvumiseks. VÕS § 62¹ lg 3 järgi peab pakkuja tellimuse saamist viivitamata elektrooniliselt kinnitama. VÕS § 62¹-s sätestatud nõuded kehtivad juhul, kui lepingu sõlmimiseks ei kasutata mitte isiklikku, tahteavalduse tegija poolt kontrollitavat sidevahendit, vaid pakkuja või muu isiku poolt arvutivõrgus tahteavalduse edastamiseks loodud tehnilist lahendust, nt tellimuse sisestamise võimalust pakkuja kodulehel. Juhul, kui teenuse pakkuja seaduses sätestatud nõudeid ei järgi, ei tähenda see poolt vahelise lepingu kehtetust (VÕS § 62¹ lg 7). Eelnimetatut ei kohaldata, kui leping sõlmitakse elektronposti või muu sellesarnase isikliku sidevahendi abil (VÕS § 62¹ lg 6).

4.1.5 E-konsultatsioon kui meditsiinipraktika

Arvukate veebilehtede ja e-posti vahendusel pakuvad arstid konsultatsioone nii tasu⁴⁰⁹ eest kui tasuta.⁴¹⁰ Siit tõusetub küsimus, kas selline konsultatsioon moodustab meditsiinipraktika või mitte?

Tervishoiuteenus on defineeritud kahes õigusaktis nii TTKS-s kui ka VÕS-s. TTKS § 2 lg 1 järgi on tervishoiuteenus 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. VÕS § 758 lg 1 kohaselt sisaldab tervishoiuteenus patsiendi läbivaatamist tema tervise huvides arstiteaduse reeglite järgi, patsiendi nõustamist ja ravi või patsiendile sünnitusabi pakkumist, samuti patsiendi teavitamist tema tervisest ja ravi käigust ja tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi

⁴⁰⁹ Tasud interneti konsultatsiooni eest Eesti veebilehtedel on vahemikus 10-100 krooni.

⁴¹⁰ Sellisel juhul on veebileht tavaliselt sponsoreeritud.

hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamisega otseselt seotud tegevust.

Kuigi tervishoiuteenuse osutamise lepingu mõiste sisaldab kumulatiivselt loetletud erinevaid tegevusi, ei tähenda see seda, et pooled ei saa kokku leppida ühes konkreetses tegevuses.⁴¹¹ Näiteks võib patsient soovida teisest arvamust diagnoosi ja ravi osas (nt kahtleb diagnoosis või tahab saada kinnitust juba pandud diagnoosile ja ravile). Tavaliselt veebilehtedel patsiendi nõudel pakutavad või e-posti teel antavad konsultatsioonid sisaldavad nii diagnoosi panekut, nõustamist ja/või ravi, kui ka patsiendi teavitamist tema tervisest ja ravi käigust ja tulemustest (nt arst konsulteerib patsienti pärast patsiendi statsionaarsel ravil viibimist või teatab talle posti teel uuringute tulemused).

Ka AS If Eesti Kindlustuse vastutuskindlustuse lepingu⁴¹² eritingimuste järgi loetakse kirjalikus vormis (sh. e-posti teel) toimunud meditsiinalane nõustamine vastavat erialast kvalifikatsiooni omava isiku poolt kutsetegevuse liigiks, millest tekkida võiv vastutus on kindlustatud. Seega, kui arst annab oma kutsetegevust meditsiinalast nõu patsiendi taotlusel, siis ei saa see käsitletav olla muu tegevuse kui tervishoiuteenuse osutamisenä. Kahjuks ei aduta Eesti veebilehtede pidaja poolt sellise teenuse pakkumisele kohalduvate nõuete järgimise vajadust ega sellega kaasnevaid õiguslikke tagajärgi, mistõttu isikud võivad sellise teenuse kasutamisel kahjustatud saada. Oluline on siin rõhutada kahte momenti – arst annab veebilehtedel nõu oma kutsetegevuses ning see toimub üldjuhul tasu eest. Konsulteerides ITK ravikvaliteedi komisjoni aseesimehe E.Mäeotsaga, oli tema seisukoht pärast Eesti tervise veebilehtedel esitatud patsientide küsimuste ja neile arsti vastuste sisuga tutvumist, et üldiselt vastavad nõuanded sisu poolest arstlikule konsultatsioonile.

Kahtlust ei teki selles, et IST vahendi abil vahemaa tagant osutatav radioloogiliste piltide kirjeldamine või patsiendi monitoorimine on tervishoiuteenus, samuti ka see, kui arsti ja patsiendi vaheline suhtlus toimub e-kirja või telefoni teel juhtumitel, kui arst ja patsient on eelnevalt silmast-silma kohtunud. Siiski tundub magistritöö autorile, et veebilehtede pidajad ja seal nõuandeid osutavad tervishoiuteenuse osutajad, samuti järelevalvet teostavad isikud on seisukohal, et veebilehtede vahendusel osutatud nõustamise puhul ei ole tegemist tervishoiuteenuse osutamisega ning seetõttu ei pea ka järgima tervishoiuteenuse osutamiseks kehtivaid õigusnorme.⁴¹³ Võrdluseks võib tuua Eesti Haigekassa poolt finantseeritava üleriigilise

⁴¹¹ A.Nõmper, J.Sootak. Op.cit., lk 55.

⁴¹² Viidatakse AS Ida-Tallinna Keskhaigla ja If Eesti Kindlustuse vahel sõlmitud lepingule 27.10.2008.a. Kirjalik materjal ITK valduses.

⁴¹³ Sellisele järeldusele jõudis magistritöö autor meditsiinalast nõuannet andvaid veebilehti uurides, kus selgus, et veebilehe pidajale – juriidilisele isikule ei ole antud tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikku tegevusluba.

perearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni teenuse, mis on loetletud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus⁴¹⁴ ning mis on käsitletav tervishoiuteenusena.⁴¹⁵ Veebilehtede kaudu antud konsultatsioonid ei erine oma olemuse poolest telefonikonsultatsioonidest. Mõlemal juhul ei ole arst patsiendiga üldjuhul eelnevalt kohtunud, suhtlemine ei toimu silmast-silma, arstil puudub võimalus patsienti läbi vaadata. Telefonikonsultatsiooni korral on võimalik küll täiendavalt andmeid küsida, kuid täiendavate andmete küsimine on võimalik ka e-konsultatsioonide puhul.

Kui veebilehe kaudu teenuse pakkuja ei soovi, et tema poolt osutatavat teenust käsitataks tervishoiuteenusena, peab ta sellest selgelt teavitama, et tegemist ei ole tervishoiuteenusena, vaid nt hariduslikel eesmärkidel antava teenusega (patsiendiõpetusega). Kuid ka sellisel juhul tuleb igal üksikjuhul tõlgendada sõltuvalt asjaoludest, kas tegemist ei ole siiski tervishoiuteenusena.

Magistritöö autor toetab seisukohta, et e-konsultatsiooni puhul on tegemist tervishoiuteenuse osutamisega, kui arst annab oma kutsetegevuses patsiendile viimase palvel arstlikku nõu ning sellisel juhul tuleb e-konsultatsioonide andmisel juhinduda tervishoiuteenuste osutamist reguleerivatest õigusaktidest, s.h ka tegevusloa taotlemine ja teenuse osutamise dokumenteerimine.

4.1.6 Kohustuste tasakaalu muutumine informatsiooni jagamisel

Interneti kasutamine tervishoiuteenuste tarbija poolt tõstatab mitmeid teisigi õiguslikke küsimusi. Kuidas tervishoiuteenuse osutaja loodab toime tulla patsiendiga, kes surfab Internetis leidmaks meditsiiniinfot. Kas tervishoiuteenuse osutajal on kohustus harida tarbijat informatsiooni kvaliteedi kohta, mida see kogub Internetist.⁴¹⁶

Arst-patsiendi suhte sisu muutumisel, kus patsient on üha rohkem informeeritum ja võrdsemal positsioonil arstiga ning selle tõttu võimeline tegema oma tervise ja ravi suhtes üha enam teadlikumaid otsuseid, võib patsient muutuda rohkem vastutavaks oma ravi eest. Infoühiskonnas informeeritud nõusoleku doktriin muutub. Kuna patsiendil on samasugune juurdepääs

⁴¹⁴ Vabariigi Valitsuse 01.01.2008.a määrus nr 12, „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu” -RT I 2008,2, 19; RT I 19.02.2009, nr 42 § 4 lg 2.

⁴¹⁵ Nõuandetelefon 1220 aitab analüüsida oma tervise seisukorra kriitilisust ja annab tegutsemisjuhised esmaseks abiks, lihtsamate olukordade puhul ka koduseks raviks. Tõsisemate terviseprobleemide korral informeeritakse helistajat vajadusest registreeruda oma perearsti vastuvõtule, pöörduda haigla valvetuppa või suunatakse kriitiline kõne kohe edasi kiirabisse. Nõuandetelefoni pidaval OÜ Arstlik Perenõuandla on olemas tegevusluba tervishoiuteenuse osutamiseks.

⁴¹⁶ S.Callens, D. Crolla et al. Op. cit, lk 15.

andmebaasidele ja infole, nagu tema arstil ning tal on seega võimalik saada Interneti vahendusel informatsiooni oma diagnoosi, haiguse olemuse, raviga kaasnevate riskide ja tagajärgede kohta, võib see teatud asjaoludel arsti vabastada kohustusest tagada patsiendile kogu olulist informatsiooni.⁴¹⁷ Patsient võib seega vastavalt Bergkampile omada kasvavat kohustust saada ise olulist informatsiooni. Eeldus, et ta omab juba mõningasi teadmisi, peaks samuti kasvama.⁴¹⁸ Seejuures aga ei ole see ühepoolne protsess. Ka arstidel võib kohustus leida Internetist terviseinfot kasvada.

Eduka ravi eelduseks on oluline evida infot patsiendi tervise seisundi kohta, tema põetud haiguste, tarvitavate ravimite, allergiate kohta. Vastavalt VÕS § 766 lasub tervishoiuteenuse osutajal patsiendile teabe andmise kohustus, mille kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja patsienti teavitama tema läbivaatamise tulemusest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. VÕS § 764 omakorda nõuab patsiendilt tervishoiuteenuse osutamiseks vajaliku teabe avaldamist.

Kui patsient saabub arsti vastuvõtule, omades külluses infot oma haiguse, sümptomite jm kohta, mida ta on saanud Interneti vahendusel, kas siis terviseportaale külastades või küberdoktoritelt nõu küsides või oma e-terviselugu sirvides, kerkib küsimus, kas patsiendil tekib kohustus avaldada Internetist saadud info arstile, kui see võib avaldada mõju diagnoosi püstitamisel ja ravi määramisel. On ilmne, et sellisel juhul võib patsient omada rohkem infot, kui tema raviarst.⁴¹⁹ VÕS § 764 järgi peab patsient tervishoiuteenuse osutajale avaldama oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud ja osutama kaasabi, mida tervishoiuteenuse osutaja lepingu täitmiseks vajab. Parima arusaam tähendab seda, et patsient peab tervishoiuteenuse osutajale avaldama olulise informatsiooni. Näiteks kui patsient avastab ebaõiged andmed oma e-terviseloos, siis parima arusaama kohaselt on oluline see info arstile avaldada. IKS § 21 lg 1 regulatsioonist tulenevalt on andmesubjektil õigus nõuda enda kohta käivate ebaõigete isikuandmete parandamist, kuid kohustust tal selleks ei ole. Kui patsiendile teadaolevate ebaõigete andmete põhjal arst püstitab valediagnoosi või määrab vale ravi, siis tekib küsimus, mil määral vastutab arst, mil määral patsient, kui arst ei teadnud ega pidanudki teadma andmete ebaõigsusest ning tal ei saanud tekkida mõistlikku kahtlust nende andmete ebaõigsuses.

⁴¹⁷ L. Bergkamp. De informatiesnelweg en informed consent. Medisch Contact, 1996 (viidatud S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 37 kaudu).

⁴¹⁸ Ibid.

⁴¹⁹ Arstid kurdavad, et mõnikord teavad patsiendid neist rohkem ja põhjalikumalt infot oma haiguse, ravivõimaluste, uudsete ravivõtete, teaduslike uuringute jm kohta, seda just harva esinevate haiguste korral. Informatsioon on üldjuhul ammutatud Internetist.

Ilmne on magistritöö autori arvates see, et kui patsient jättis tervishoiuteenuse osutajale olulise info avaldamata, võib see vääravijuhumil vastutuse tasakaalu muuta patsiendi kahjuks.

Kuna uuringute põhjal kasutatakse Interneti enamjaolt terviseinfo saamiseks, tekib õigustatult ka küsimus, kas arstil on kohustus uurida patsiendilt talle teadaoleva info kohta, mis võib avaldada mõju tervishoiuteenuse osutamisel. Harju Maakohus on tsiviilasjas nr 2-05-21967⁴²⁰ leidnud, et kuigi patsient ei avaldanud arstile tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikku informatsiooni, oleks kogenud arst pidanud esitama konkreetse küsimuse selle kohta, kas patsiendil on tehtud kodune rasedustest või mitte. See kohtu seisukoht annab magistritöö autorile aluse arvata, et mida rohkem inimesi kasutab Interneti meditsiiniinfo kättesaamiseks ja mida tavapärasemaks see muutub, võib arstil tekkida ka kohustus patsiendilt pärida, millist infot ta ise oma tervise kohta teab. Sealjuures aga on patsiendil kui mitteasjatundjal keeruline teha vahet olulisel ja mitteolulisel informatsioonil. Ilmne on see, et patsient ei saa tugineda oma nõudes asjaolule, mida ta teadis olevat olulise, kuid jättis arstile avaldamata. Samas aga pannakse arstile järeleuurimise kohustus. Vastavalt VÕS 1050 lg-le 2 arvestatakse süü hindamisel muu hulgas subjektiivseid asjaolusid - isiku olukorda, vanust, haridust, teadmisi, võimeid ja muid isiklikke omadusi. Seega, mida kogenum, võimekam ja haritum arst, seda rohkem peaks ta selliseid võimalusi ette nägema.

Patsiendi poolt andmete kogumine ja edastamine on oluline telemonitooringu juhtudel, siin on patsiendi kohustus andmeid edastada selge. Arsti kohustus on aga õpetada patsienti või tema lähedasi telemonitooringuks kasutatavaid seadmeid õigesti kasutama ning andmeid üles märkima.⁴²¹

Probleemiks on ka see, kui patsient jagab arstile informatsiooni, mida ta on Interneti vahendusel saanud, kas arsti kohus on patsiendile selgitada, et tema poolt avaldatud Interneti info on ebausaldusväärne, teaduslikult tõestamata, vastuoluline. VÕS § 766 järgi tervishoiuteenuse osutaja informeerimise kohustuse täitmine aitab patsiendil teha teadvat otsust oma ravi või ravimata jätmise kohta. Kuigi patsient enesemääramise õigusest tulenevalt ise otsustab, kas ja milleks ta nõusoleku annab, ei ole patsiendil siiski sellist teadmiste pagasit (kui ta ise ei ole just meedik), et õigesti interpreteerida Internetist saadud infot, seostada diagnoosi ja haiguse ravi konkreetselt oma tervise seisundiga (teised haigused võivad mõjutada diagnoosi ja ravitaktikat ning siin ei suuda patsient adekvaatselt analüüsida olukorda). Kuigi mõlemad on informatsiooni valdajad, võib öelda, et arst oskab rohkem seda infot kasutada, kui patsient, sest teda toetab

⁴²⁰ Töö kirjutamise ajal eelmise aasta kevadel oli viidatud kohtuotsus kättesaadav kohtulahendite registris KIS, käesolevaks hetkeks on see eemaldatud. Kirjalik kohtulahend on magistritöö autori valduses.

⁴²¹ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

erialane ettevalmistus, mida pelgalt Interneti lehekülgedelt infot ammutades ei saavuta. Seega lasub magistritöö autori arvates arstil kohustus anda hinnang patsiendile tema käsutuses oleva info kvaliteedi kohta.

4.2 E-tervise kvaliteet

4.2.1 Üldist

Patsiendile osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamine on läbi aegade olnud meditsiinilise abi osutamise lahutamatuks osaks. Tervishoiuteenuse kvaliteedi rahvusvaheliselt aktsepteeritud definitsioon puudub. Enamik käesoleval ajal kasutusel olevaid kvaliteedi raamistikke siiski inkorporeerivad järgmisi ravi võtmedimensioone: ravi efektiivsus, osutamise vahendite asjakohasus, vastuvõetavus, tõhusus, õiglus.⁴²²

TTKS § 56 p 7 alusel kehtestatud sotsiaalministri 15. detsembri 2004. a määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“⁴²³ määratleb tervishoiuteenuse kvaliteedina tervishoiuteenuse omaduste kogumit, mis iseloomustab teenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmiste, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi rahulolule ja tervise seisundi vajadustele (§ 2 punkt 1). Määrus defineerib lisaks ka professionaalse tervishoiuteenuse kvaliteedi mõiste, millena käsitletakse tervishoiuteenuste osutamisel maksimaalselt eeldatava tulemuse ja toimingute vastavust kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi tervise seisundi vajadustele (§ 2 punkt 4).

Tervishoiuteenuse professionaalset kvaliteeti iseloomustavad mitmed näitajad, nagu suremus, kirurgiline aktiivsus, operatsioonijärgsete tüsistuste esinemissagedus ja operatsioonijärgne suremus, kliiniliste ja lahanguidiagnooside lahknevus. Patsientide kaebuste arv, rahulolematus teenusega, teenuse osutamine vastavuses ravijuhistega on samuti professionaalse kvaliteedi näitajad.

Tervishoiuteenuse professionaalse kvaliteedi kindlustamisele aitab kaasa tervishoiutöötajate pädevuse hindamine,⁴²⁴ litsentseerimine, pidev erialane täiendõpe (rahvusvahelistel konverentsidel osalemine, loengute pidamine, artiklite kirjutamine), ravijuhiste väljatöötamine ja

⁴²² J.Car, A.Black et al. The Impact of eHealth on the Quality & Safety of Healthcare. A systematic overview & synthesis of the literature. Report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ehealthnews.eu/images/stories/Impact_of_eHealth.pdf (22.04.2009).

⁴²³ RTL 2004, 158, 2376.

⁴²⁴ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Koostajad M.Kaarna, R.Kalda et al. Arvutivõrgus kättesaadav: ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (07.04.2009).

rakendamine. VÕS § 762 sätestab sisulise kvaliteedikriteeriumina tervishoiuteenuse vastavuse vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja selle osutamise tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega ehk ravistandardile vastavalt.

4.2.2 Ravistandard

Ravistandard tähendab käibes vajaliku hoolsuse järgimist. Arst peab teenuse osutamisel arvestama tavapärasest meditsiinipraktikast ning selle objektiivse standardi rikkumine avaldub meditsiinilises väärarvust.

Hooletus on käitumine, mis langeb allapoole seaduse poolt püstitatud standardit teiste kaitseks ebamõistliku kahjuriski vastu.⁴²⁵ Käibes nõutav hool on üldjuhul objektiviseeritud ning nõuab näiteks vastaval majandus- või kutsealal tegutsemisel kehtivate standardite järgimist. Sellised standardid võivad olla kehtestatud õigusaktiga, aga olla näiteks välja töötatud ka vastavate kutseühenduste poolt. Nii peab iga arst järgima oma kutseala kitsamaid reegleid ja näitama üles vastaval kutsealal tegutsemisel tavaliselt oodatavat hoolikust.⁴²⁶ Kui käitumine langeb alla standardit, siis hoolsuskohustuse rikkumine on toimunud. Deliktilise vastutuse korral kehtestab VÕS § 1050 subjektiivse süü mõiste. Lisaks objektiivse hoolsuskohustuse rikkumisele arvestatakse isiku süü hindamisel m.h tema olukorda, vanust, haridust, teadmisi, võimeid ja muid isiklikke omadusi. Subjektiivne ehk individualiseeritud hoolsus tähendab seda, et isik peab jälgima sellist hoolsust, mis vastab tema võimetele. Arst, kellel on suuremad kogemused ja oskused, peab oma tegevuses järgima kõrgemaid standardeid. Sealsamas aga ei saa rakendada seda reeglit vastupidiselt, see tähendab, et objektiivne ravistandard ei või langeda, küll aga tõusta, nagu eelpool esitatud näite puhul.

Missugune peab olema ravistandard? Arst ei pea olema oma kutseala parimate kogemustega. Kui arst on sellise pädevusega, mida tavaliselt kogenud arstilt oodatakse, vastab ta standardile.

Üldise õiguse maades kasutatava *Bolami* testi kohaselt lähtutakse reeglist, et arst, õde või teine tervishoiutöötaja ei ole süüdi hooletuses, kui ta tegutseb vastavuses praktikaga, mida tunnustab mingis konkreetses kitsas valdkonnas autoriteetne institutsioon, isegi juhul, kui on olemas keegi, kes rakendab erinevat praktikat.⁴²⁷

⁴²⁵ S. Y Tan. Medical Malpractice. Understanding the Law, Managing the Risk. Hackensack, NJ: World Scientific Publishing Company, 2006, lk 37.

⁴²⁶ P.Varul, I. Kull, V.Kõve, M.Käerdi. Op.cit., lk 332.

⁴²⁷ J.K.Mason, R.A.McCall Smith. Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Õigusteabe AS Juura, 1996, lk 103.

Seadus on võtnud positsiooni, et standard on pigem see ravi tase, mida oodatakse mõistlikult kogenud (kompetentselt) arstilt, kui mõistlikult arukalt (ettenägelikult) isikult.⁴²⁸

Riigikohus on leidnud: „Oluline on see, kas vastava eriala haritud ja kogenud arst oleks sellise riski puhul nõela asendit kontrollinud (pidanud kontrollima). Sellist küsimust ei ole kohtud analüüsinud, kuigi vastusest sellele oleneb, kas arst tegi ravivea või mitte. Asja uuel läbivaatamisel tuleb ringkonnakohtul hinnata, kas analgiini võis novokaiini süstelahusesse lisada. Samuti tuleb hinnata, kas paravertebraalse blokaadi tegemisel järgiti ohutusnõudeid vajalikul tasemel, st kas raviarst tegutses vähemalt sama kvaliteetselt nagu vastava eriala haritud ja kogenud arst. Kui ravivõtet kasutanud arsti tegutsemise kvaliteet oli madalam kui vastava eriala haritud ja kogenud arsti oma, siis võis tegemist olla raviveaga“.⁴²⁹

Näiteks ei pea perearst omama sama standardit kui eriarst. Seejuures on perearstil kohustus patsient edasi suunata eriarsti juurde, kui tegemist ei ole tema spetsialiteediga ning juhul, kui arst seda ei tee ning osutab ravi, siis vastutab ta eriarsti standardi järgi.⁴³⁰

Arst peab mõistlikult oskama kasutada meditsiinitehnikat ja on kohustatud end kursis hoidma peamiste erialaste arengusuundadega, kuid see ei tähenda, et ta peaks teadma kõike konkreetsetes vallas. Pidades silmas mõnede meditsiinivaldkondade väga kiiret arengut ja suurt informatsioonimahtu, millega keskmine arst kokku puutub, pole mõistlik loota, et arst oleks kursis iga arenguga.⁴³¹ See lähenemine on magistritöö autori arvates igati kohane Interneti ajastule ja sellega kaasnevale tohutule infohulgale, mille teaduslik väärtus on kohati kaheldav.

4.2.2.1 E-tervis ja ravistandard

IST on muutmas seda, kuidas tervishoiuteenust osutatakse ja saadakse. Interneti vahendusel toimub tohtu hulga info vahetus, tervishoiutöötajad hangivad informatsiooni üha enam Interneti kaudu, kui raamatukogudes istudes. Silmast-silma meditsiiniline nõustamine ja ravi on asendumas Interneti ja muude tehnoloogiate abil osutatava nõustamise ja raviga. Siit tõusetuvad järgmised küsimused: kas traditsioonilised meditsiinilise hooletuse printsiibid pakuvad sobivaid või kohaseid standardeid, et luua õiguslikku vastutust tervishoiuteenuse osutamisel Interneti ajastul? Milline on kohane ravistandard telemeditsiini jaoks?

⁴²⁸ S. Y Tan. Op.cit., lk 37.

⁴²⁹ Riigikohtu 3. oktoobri 2006. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-78-06, p 12.

⁴³⁰ S. Y Tan. Op.cit., lk 39.

⁴³¹ J.K.Mason, R.A.McCall Smith. Op.cit., lk 103.

Vaieldud on kahe erineva seisukoha üle, kuidas ravistandard on tihedas seoses telemeditsiiniga. Ühe seisukoha järgi on asjakohast ravistandardit raske luua, kuna telemeditsiin on siiski äsja kasutusele võetud, nii et kaitse advokaat võib väita, et telemeditsiini standard ei ole edenenud traditsioonilise meditsiini ravistandardini. Hageja advokaat ei ole aga võimeline kõrge rahvusliku tasandi kasuks koguma piisavalt tõendeid. Teise seisukoha kohaselt kergitab telemeditsiin rahvuslikku tasandit nii, et peagi on see allapoole standardit käsitletav meditsiin, kui puuduvad tingimused telemeditsiini võimaluste kasutamiseks.⁴³²

Kübermeditsiini standardit ei ole veel defineeritud, kuna sellekohaseid kohtuasju ei ole veel esinenud.⁴³³ Võidakse väita, et küberarsti ravistandard peab olema kõrgem, kuna ta ei ole patsienti füüsiliselt läbi vaadanud. Teisalt võidakse vastu vaielda, et arsti kohustus ei ole nii tugev, kuna ta ei ole patsienti näinud. Sama argumendi suhtes võidakse luua kaasaaitava hooletuse printsiip patsiendi poolt. Asjaolu, et patsient teab, et arst teda isiklikult ei näe, võib tõstatada küsimuse, et patsient on teadlik, et ravi ei ole vastavuses traditsiooniliste standarditega. Hoolimata sellest, nõuavad mõned USA osariigid arstidelt palju kõrgemaid standardeid.⁴³⁴

Üldiselt on valitsev arvamus, et elektroonilise meediumi kasutamine pooltevaheliseks kontaktiks ei tohi muuta ravistandardit.⁴³⁵ Vastaselt korra võib see takistada hilisemat e-tervise teenuste ekspansiooni⁴³⁶ ning murendada patsientide usaldust e-tervise ja telemeditsiini suhtes. Ka magistritöö autori arvates peab ravistandard olema telemeditsiini ja kübermeditsiini osutamisel sama, mis traditsioonilise tervishoiuteenuse puhul, ta ei pea olema kõrgem. Tervishoiuteenuse sisu on mõlemal juhul sama, kuid erinev on vaid selle osutamise viis.

Tänapäeval on telemeditsiin saanud juba traditsioonilise meditsiini osaks – radioloogia on põhiliselt e-radioloogia, suur osa laboriseadmeid on ühendatud arvutivõrku, patsiendi seisundi jälgimine toimub elektrooniliste vahendite abil vahemaa tagant jne. Seega nende teenuste osutamine ei erine tavapärasest meditsiinipraktikast ning siin ei teki ravistandardi taseme osas probleeme. See peab vastama olemasolevale ravistandardile. See tähendab, et kui üks radioloog teeb pildi ja teine radioloog kirjeldab seda pilti, siis ei saa teenus olla ainuüksi seetõttu madalama kvaliteediga, et pilti kirjeldav radioloog asub eemal.

⁴³² K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

⁴³³ Cybermedicine http://gsulaw.gsu.edu/lawand/papers/su01/taylor_west/ (22.02.2007).

⁴³⁴ Ibid.

⁴³⁵ R.Oskvig, D. Bolan et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).

⁴³⁶ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 46.

Ka Euroopa parlamendis heaks kiidetud patsiendiõiguste direktiivi eelnõu muudatusettepaneku kohaselt peavad liikmesriigid tagama, et e-tervishoiu teenuste ja muude telemeditsiini teenuste kasutamisel järgitakse samasuguseid professionaalse meditsiini kvaliteedi- ja ohutusnõudeid nagu mitteelektronilise tervishoiuteenuse osutamisel (art 16 lg 1 a).

Samas aga tekib küsimus, kas telemeditsiini/e-tervise võimaluste kasutamata jätmine võib olla käsitletav allapoole ravistandardit meditsiinipraktikana, kui tingimused nende kasutamiseks olid olemas, kuid arst neid ei kasutanud. Näiteks, kui arst ei kasuta võimalust edastada patsiendi ülesvõtted konsulteerivale radioloogile või ta ei kasuta PAKSi, et tutvuda patsiendi eelnevate ülesvõtetega või ei kasuta Interneti info saamiseks, samuti, kui arst ei kasuta elektroonilist terviselugu selgitamiseks välja näiteks patsiendi krooniline haigus või allergia.

Üldise reegli järgi ei ole arst vastutav, kui ta on tegutsenud vastavuses aktsepteeritud meditsiinipraktikaga. Käesoleval ajal ei ole konsulteerimine Internetis muutunud rutiinse meditsiinipraktika standardi osaks. Tõenäoliselt ei ole arst vastutav, kui ta ei kasutanud Interneti kui allikat.⁴³⁷ Kui Internet muutub rohkem usaldusväärsemaks ja tavapäraseks vahendiks meditsiinipraktikas, siis viis, kuidas arst Interneti kasutab, võib tekitada uue aluse vastutusele, samahästi ka uue kohustuse tekkimisele.⁴³⁸ Samasuguselt on ka teiste IST vahendite korral. Mida enam neid vahendeid meditsiinis kasutusele võetakse ning mida tavapärasemaks nende kasutamine muutub, seda tõenäolisem on see, et ravistandardist allapoole ravina on käsitletav telemeditsiini ja e-tervise võimaluste kasutamata jätmine.

WMA on seisukohal, et ravistandard peab sisaldama telemeditsiini. See sõltub muidugi tehnilisest varustatusest ja võimalustest, kuid võimaluse korral oleks telemeditsiinist loobumine ravistandardit eirav. Telemeditsiini praktiseeriv arst on vastutav ravi kvaliteedi eest, mida patsient saab ning arst ei pea otsustama telemeditsiini konsultatsiooni kasuks, kui ta ei usu, et see on patsiendile parim kättesaadav võimalus. Selliseks otsuseks peab arst kaaluma kvaliteedi, kättesaadavuse (juurdepääsu) ja kulude küsimusi.⁴³⁹

Kui arst kahtleb diagnoosis või ei suuda nõuetekohast tervishoiuteenust osutada, tuleb hea praktika kohaselt suunata patsient diagnoosi täpsustamiseks või raviks erialaspetsialisti juurde või kaasata teenuse osutamisele (teine) eriarst (VÕS § 762). Sellest võib järeldada, et juhul kui tervishoiuteenuse osutaja ei ole võimeline patsiendile nõuetekohast tervishoiuteenust osutama,

⁴³⁷ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 15.

⁴³⁸ Ibid., lk 15.

⁴³⁹ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

peaks ta vahendite ja võimaluse olemasolul kaasama teenuse osutamisse ka teleeksperti nt maapiirkonna arstid. Arst ei peaks praktiseerima telemeditsiini, kui ta ei ole kindel, et protsessiks vajalik varustus on piisavalt kõrge kvaliteediga, rahuldavalt töökorras ja vastab tunnustatud standarditele. *Back-up* süsteem peab olema kättesaadav erakorralises olukorras.⁴⁴⁰

Ravistandard on ka elektroonilise haigusloo kasutamine. Kui arst ei kasuta seal olevaid andmeid, võib see olla käsitletav ravistandardi rikkumisena, kui andmete kasutamise tulemusel oleks tehtud teine diagnoosi- või raviotsustus.

Terviseinfosüsteemile aluse pannud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seaduse eelnõu seletuskirja järgi järgneb tervishoiuteenuse osutaja vastutus, kui ta ei ole käitunud käibes vajaliku hoolsusega. VÕS § 770 lg 1 kohaselt on tervishoiuteenuse osutaja vastutus süüline. Süü kindlakstegemisel võrreldakse VÕS § 104 kohaselt kohustuse rikkuja käitumist ja käibes vajaliku hoolsusega käitumist. Kui käibes vajalikku hoolsust ülesnäitav tervishoiutöötaja oleks vaidlusaluses situatsioonis pöördunud terviseinfosüsteemi poole ja saanud sealt andmed, mis oleksid vältinud patsiendil kahjuliku tagajärje tekkimist, siis on infosüsteemi poole mittepöördunud tervishoiutöötaja oma kohustusi rikkunud ja vastutab VÕS § 770 lg 1 alusel. Seega, mida enam andmeid koguneb terviseinfosüsteemi ja mida enam tervishoiutöötajaid hakkavad käibes terviseinfosüsteemi kasutama, seda enam on tõenäoline, et terviseinfosüsteemi andmetega tutvumata jätmine on aluseks tervishoiutöötaja vastutuse tekkimisele. Kusjuures vastutus ei tulene mitte andmetega tutvumise kohustusest (selliselt sõnastatud kohustus eelnõus puudub), vaid üldisest hoolsuskohustusest, ilma mille järgimiseta ei ole võimalik osutada arstiteaduse üldisele tasemele (VÕS § 762) vastavat teenust.⁴⁴¹ A.Nõmper on avaldanud ka arvamust, et arstil lasub tulenevalt hoolsuskohustusest kohustus tutvuda infosüsteemi andmetega (selle tegematajätmisel on arst rikkunud hoolsuskohustust).⁴⁴² Magistritöö autor on A.Nõmperiga samal seisukohal. Kui arstil on võimalik kasutada terviseinfosüsteemi ja ta seda ei kasuta, vastutab arst, kui andmetega tutvumata jätmisest tekib patsiendile kahju.

Kuna e-tervise ja telemeditsiini teenused omavad piiriülest iseloomu, kerkib küsimus ka selle kohta, millise piirkonna taset tuleb ravistandardi hindamisel arvesse võtta. Ravistandard erineb riigiti, nii näiteks Eesti ravistandard erineb ilmselt Rootsi omast. Kuid siiski peaksid arstide

⁴⁴⁰ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

⁴⁴¹ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja seonduvate seaduste muutmise seadus eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090421153909 (21.04.2009).

⁴⁴² A.Nõmper. Tervise infosüsteemi andmetega tutvumise kohustusest. Lege artis 2007.05.07, lk 38-39.

oskused ja teadmised olema tervishoiutöötajate ja patsientide vaba liikumist arvestades üle EL ühesugused.⁴⁴³

Kui minevikus olid kohtud selle poolt, et kasutada selle koha standardit, kus rikkumine aset leidis, kasutades nn kohalikku reeglit, mis põhines uskumusel, et erinevad ravistandardid on rakendatavad riigi erinevates piirkondades nt linna- ja maapiirkondades, siis nüüd on sellest loobutud ühetaolise standardi kasuks, kuna meditsiiniline ettevalmistus ja riiklik sertifitseerimine ühendavad kõik rahvusliku standardi alla. Lisaks on telemeditsiin propageerinud seda ühetaolisust.⁴⁴⁴ Samas aga ei ole geograafilised asjaolud täielikult tähtsusetud. Kui kohalikul meditsiinasutusel puuduvad kaasaegsel kõrgtasemel varustus või spetsialistid, võib kohus arvestada olemasolevaid asjaolusid. Siiski on alati kohustus patsient edasi suunata kättesaadavale spetsialistile ja ebaõnnestumine seda teha võib olla aluseks vastutuse tekkimisele.⁴⁴⁵

EL Kohus on piiriülese meditsiini juhtumil asunud Geraets-Smits ja Peerbooms asjas seisukohale, mille järgi tingimust, et ravi peab vaadeldama „normaalsena asjakohases professionaalses ringkonnas”, ei peaks interpreteerima normaalsena vastavalt rahvuslikule meditsiiniringkonnale, vaid normaalsena vastavalt rahvusvahelisele meditsiiniteaduse seisundile ja rahvusvahelisel tasemel üldaktsepteeritud meditsiinistandarditele. Olukorras, kus üle Euroopa on patsiendil ligipääs samaväärsetele teenustele, on üha raskem seletada, miks viis, kuidas neid teenuseid arstide poolt osutatakse, erineb liikmesriikide vahel.⁴⁴⁶ Kohtu seisukohale selles suhtes vastu vaieldes peab magistratöö autor nentima, et ravistandard sõltub suuresti iga riigi võimalustest- inim-, tehnilistest ja rahalistest ressurssidest. EL lepingu art 152.5 järgi on tervishoiusüsteemi kvaliteedi tagamine liikmesriikide pädevuses. Nii et ühenduse tasandil ei ole ühetaoline ravistandard tagatud. Seejuures võib ravistandard erineda ka ühe riigi erinevate piirkondade vahel. Erinev tervishoiuteenuste kvaliteet liikmesriikides oli ka üheks põhjuseks, miks sooviti tervishoiuteenust teenuste direktiivist kohaldamisalast välistada. Samas aga telemeditsiini ja e-tervise piiriülene osutamine sillutab teed ühtsete rahvusvaheliste standardite rakendamisele.

⁴⁴³ A.Nõmper, J.Sootak. Op.cit., lk 89

⁴⁴⁴ S. Y Tan. Op.cit., lk 38.

⁴⁴⁵ Ibid, lk 38.

⁴⁴⁶ 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 (p 92).

4.2.2.2 E-konsulteerimine ja ravistandard

E-tervise ja telemeditsiini juhtumitel ei toimu suhtlemine arsti ja patsiendi vahel vahetult, vaid vahemaa tagant kas Interneti või muu IST vahendi abil. Kas selline konsulteerimine on ravistandardile vastav? Millistele tingimustele peab e-konsultatsioon vastama, et ta oleks standardi kohane?

Seaduse kohaselt peab arst diagnoosi panemisse suhtuma sama tõsiselt, kui raviprotseduuri. Kui valediagnoos tulenes sellest, et arst ei selgitanud välja patsiendi varem põetud haigusi, ei teinud uuringuid, mida kogenud arst oleks pidanud tegema, või lihtsalt ei diagnoosinud haigust, mida kompetentne arst oleks diagnoosinud, on valediagnoos käsitletav hooletusena, mille eest arst vastutab. Näiteks telefoni teel on diagnoosi määramine riskantne, eriti kui patsiendi esitatud faktid tekitavad kahtlusi, mida saab hajutada vaid haige korralik kliiniline läbivaatus.

Teenused, mida pakutakse Interneti vahendusel peavad täiendama ja täiustama traditsioonilisi arsti ja patsiendi vahelisi suhteid lisaks konsulteerimise traditsioonilisele vormile. Spetsiifilistes situatsioonides võivad nad asendada traditsioonilisi suhteid ainult juhul, kui *online* teenuste potentsiaalne vajakajäämine neutraliseeritakse täiendavate meetmetega.⁴⁴⁷

Arst, kes praktiseerib meditsiini vahemaa tagant ilma patsienti nägemata, peab hoolikalt hindama andmeid ja muud informatsiooni, mis ta on saanud. Arst saab avaldada meditsiinilist arvamust, teha meditsiinilisi otsuseid või anda soovitusi ainult siis, kui saadud andmete või muu informatsiooni kvaliteet ja kogus on piisav ja asjakohane kõnealuse juhtumi puhul ravi alustamiseks, nõu andmiseks või muudeks tegevusteks.⁴⁴⁸ Tegelikult ei ole tervishoiuteenuse osutamisel oluline, kuidas informatsioon saadakse, kas silmast-silma kohtudes, videokonverentsi kaudu või heli ja/või pildi kaudu, mille patsient on saatnud, põhiline on, et see on piisav. Juhul, kui arst leiab, et saadud informatsioon ei ole küllaltki hea või piisav, peab ta patsiendilt paluma täiendavat informatsiooni või paluma patsiendil kokku saada silmast-silma konsultatsiooniks. Kuigi on ka teisi näiteid. Mõnede riikide seadusandluses on tervis(hoiu)ametkonnad ja/või seadusandjad leidnud, et on vajalik sõnastada enam või vähem otseselt, et ükski ravi ei tohi

⁴⁴⁷ Council of Europe Recommendation Rec(2004)17 of the Committee of Ministers to member states on the impact of information technologies on health care – the patient and Internet. Arvutivõrgus kättesaadav: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=802853&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> (21.04.2009).

⁴⁴⁸ WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

tugineda infole, mis on saadud muul viisil, kui traditsioonilise silmast-silma kontakti teel.⁴⁴⁹ Komisjoni teatises telemeditsiini kohta leitakse, et meditsiinipraktika ilma patsienti läbi vaatamata/kliinilise uurimiseta on vastuolus meditsiinieetikaga.⁴⁵⁰ Saksamaa Arstide Liit keelab meditsiinilise ravi üle Interneti ilma krüptograafiliste turvalisuse meetmeteta. Lisaks ei ole ravi alustamine üle Interneti põhimõtteliselt lubatud.⁴⁵¹ WMA on üldse seisukohal, et arsti-patsiendivaheline kontakt peaks meditsiinilise konsultatsiooni korral olema silmast silma ja telemeditsiin peaks piirduma situatsioonidega, milles arst ei saa füüsiliselt kohal olla ohutul ja aktsepteeritaval ajaperioodil.⁴⁵²

E-konsulteerimine vastab ravistandardile juhtumitel, kus arst on patsienti eelnevalt näinud ning on teadlik tema tervises seisundist, samuti ka telemonitoorimise juhtudel. Ka arstide omavaheline konsulteerimine patsiendi diagnoosi ja ravi osas on ravistandardile vastav, kui konsulteerivale arstile esitatakse kõik selleks vajalikud patsiendi andmed.

USAs läbiviidavad teletervise konsulteerimise programmid üldiselt lubavad patsiendil või tema perearstil suhelda veebi vahendusel spetsialistidega nagu onkoloog. Kasutades veebi, peab patsient või tema arst korraldama laborivastuseid sisaldavate digitaalsete aruannete, meditsiinilise ajaloo, digitaalsete piltide ning vajadusel isegi koeproovi edastamise konsulteerivale arstile. Näiteks *Cleveland Clinic Foundation*⁴⁵³ USAs pakub patsientidele ja perearstidele teisest arvamust. Vastuse annab spetsialist, kel on õigus praktiseerida patsiendi koduosariigis. Teisese arvamuse saamiseks tuleb patsiendil täita 9 leheküljeline küsimustik oma meditsiinilise ajaloo kohta.⁴⁵⁴ Sellisel viisil läbi viidud konsulteerimise kohta võib öelda, et see võib vastata ravistandardile, hoolimata sellest, et konsulteeriv arst patsienti ei näe.

Kokkuvõttes võib sedastada, et e-tervise ja telemeditsiini kasutamine ise ei pruugi veel tähendada ravistandardit, see oleneb kõik tehnilistest võimalustest. Mida aeg edasi, seda rohkem on kindel, et telemeditsiini kasutamine kuulub ravistandardi alla. Samas aga kui osutatakse e-

⁴⁴⁹ L.E.Nohr, M.Nymark, M.Žmenja. Report on identified legal issues of the Baltic eHealth project Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.baltic-ehealth.org/news/Publications/Baltic_eHealth_Legal_issues_Report.pdf (19.03.2009).

⁴⁵⁰ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).

⁴⁵¹ EHTEL. Sustainable Telemedicine: Paradigms for future-proof healthcare. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ehealthnews.eu/content/view/1156/62/> (24.03.2009).

⁴⁵² WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

⁴⁵³ Veebilehe aadress: <http://my.clevelandclinic.org/default.aspx> (21.04.2009).

⁴⁵⁴ M. Kolbasuk McGee. E-Health On The Horizon. May 17, 2004. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.informationweek.com/story/showArticle.jhtml?articleID=20300885> (21.04.2009).

tervise/telemeditsiini teenuseid, ei tohi nende teenuste ravistandard erineb traditsioonilisest meditsiinist. Ei saa nõustuda sellega, et e-konsultatsioonid võiksid olla madalama kvaliteediga ning neid võiks anda ebapiisava informatsiooni põhjal või patsienti läbivaatamata või uuringuid ja analüüse tegemata, kui selleks on vajadus. Samamoodi, kui traditsioonilise meditsiini puhul nii ka e-tervise teenuste osutamisel ei pea arst patsienti nõustama või talle ravi osutama, kui tal on ebapiisavalt andmeid või puuduvad teenuse osutamiseks vajalikud vahendid, s.t osutama talle ravi allapoole ravistandardit. E-tervis ei saa ravistandardit allapoole lasta, vaid ainult kõrgemaks tõsta.

4.2.3 Kvaliteedi tagamine piiriülese meditsiini juhtumitel Euroopa Liidus

Tervisealases kirjanduses on päritud, kas kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiivist⁴⁵⁵ tulenev kohustus viidata reguleeritud elukutsete osas kutseala nimetusele ja kutseorganisatsioonile, garanteerib patsientidele piisava kvaliteedi, kuna lahknevused kvaliteedi tõenduse osas liikmesriikide vahel on ja kvaliteedikontroll jääb.⁴⁵⁶ EL kohus on leidnud, et piiriülese meditsiini juhtumitel EL-s on ravi kvaliteet tagatud. Kohtuasjades, kus liikmesriigid üritasid kaitsta piiriülese meditsiini juhtumitel eelloamenetlust väitega, et see aitab kindlustada teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuse kvaliteeti, on kohus kinnitanud, et meditsiinierialade diplomite vastastikuse tunnustamisega on tagatud EL üleselt võrreldav tervishoiuteenuse kvaliteet ning tervishoiuteenus või –toode, mis on saadud teises liikmesriigis, pakub võrdväärseid garantiisid nendele, mis on tagatud rahvuslikul territooriumil.⁴⁵⁷

Asutamislepingu kohaselt on liikmesriigil esmane vastutus oma kodanikele tõhusa ja kvaliteetse tervishoiu tagamise eest. Kas liikmesriik suudab tagada oma kodanikele kvaliteetset tervishoiuteenust, kui tal puudub kontroll tervishoiuteenuste osutamise üle oma riigi territooriumil piiriülese meditsiini (telemeditsiini) juhtumitel?

Kutsekvalifikatsioonide vastastikune tunnustamine põhineb asutamislepingu artikli 3 lõike 1 punktil c, mille kohaselt on isikute ja teenuste vaba liikumise takistuste kõrvaldamine liikmesriikide vahel üks ühenduse eesmärke. Liikmesriikide kodanike jaoks tähendab see eelkõige õigust tegutseda kutsealal füüsilisest isikust ettevõtja või töötajana ka muus liikmesriigis kui see, kus nad omandasid kutsekvalifikatsiooni. Lisaks sätestab asutamislepingu artikli 47 lõige

⁴⁵⁵ ELT L 255/22 30.9.2005. 22-142.

⁴⁵⁶ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 106.

⁴⁵⁷ ECJ 28 aprill 1998, C-158/96 and C 120/95 Raymond Kohll v Union des caisses de maladie European Court reports 1998 Page I-019 (p-d 47-49) Case C-158/96, Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés. European Court reports 1998 Page I-01831 28 Aprill 1998 (p-d 41-45).

1 direktiivide väljaandmise diplomite, tunnistuste ja muude kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide vastastikuseks tunnustamiseks.

Arstide, üldõdede, hambaarstide, ämmaemandate ja proviisorite vaba liikumine ja nende kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide vastastikune tunnustamine tugineb koolituse kooskõlastatud miinimumnõuetel põhineval kvalifikatsiooni automaatse tunnustamise põhimõttel.

Kuigi direktiiv kehtestab miinimumtaseme väljaõppe programmide harmoniseerimiseks, ei taga miinimumstandardid ise ühenduse tasandil võrreldavat kvaliteedi taset.⁴⁵⁸ Miinimumnõuded, mis käsitlevad õpet, on pigem subjektiivsed ja defineeritud napilt ja ebamäärasel viisil.⁴⁵⁹

Direktiividega tagatud miinimumstandardid määravad vaid väljaõppe perioodi ja koha, kuid ei harmoniseeri iga meditsiinieriala erialaseid oskusi (v.a ämmaemandad ja hambaarstid).

Iga erialale lubatud tegevuste tüübid on ainuüksi liikmesriigi otsustada. Üldõel on näiteks lubatud ühes riigis teostada intravenooset või spinaalsüsti, teises riigis tohib seda teha ainult arst. Direktiiviga sätestatud miinimumnõuded ei sisalda tervishoiu jätkuvaid standardeid, mis on tagatud perioodilise registreerimise või pideva väljaõppe kohustusega, mis tuleb läbida pärast diplomi saamist,⁴⁶⁰ et säilitada oma oskused karjääri jooksul. Ravikvaliteedi tagamiseks on oluline tervishoiutöötajate pidev täiendõpe. Nii on sotsiaalministri 15. detsembri 2004. a määrusega nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" volitanud riik eriala- ja kutseühendusi tegelema tervishoiutöötajate pädevuse perioodilise hindamisega (§ 4). 2002. aastal töötati välja eriarstide pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem ning 2003. aastal õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem.⁴⁶¹ Pädevuse hindamine on tervishoiutöötaja jaoks vabatahtlik. Eriarstide pädevuse hindamist korraldavad erialaseltsid. 2004. aasta lõpuks olid sertifitseerimise korraldanud järgmiste erialade seltsid: hambaarstid, perearstid, naistearstid, kirurgid, radioloogid, nahaarstid, laboriarstid, töötervishoiuarstid.⁴⁶² Kuid need nõuded erinevad riigiti. Iga liikmesriigi otsustada on, kas ta korraldab pädevushindamist või mitte. Seejuures on ka EL tasandil erialaseltsid reguleerinud pädevuse hindamist. Näiteks

⁴⁵⁸ W.Palm, J.Nickless et al. Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. Rapport Final May 2000 lk 152. Kirjalik materjal magistratöö autori valduses.

⁴⁵⁹ Teadmiste ja oskuste kirjeldamisel on kasutatud määratlemata õigusmõisteid nagu „piisavad teadmised”, „hea mõistmine”, „piisav mõistmine”. Kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiivi art 34 lg 3, art 31 lg 6.

⁴⁶⁰ W.Palm, J.Nickless et al. Ibid.

⁴⁶¹ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Koostajad M.Kaarna, R.Kalda et al. Arvutivõrgus kättesaadav: ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (07.04.2009).

⁴⁶² Ibid.

eurokardioloogi pädevustunnistus.⁴⁶³ See on küll vabatahtlik vorm ning omab tähendust siis, kui soovitakse teises liikmesriigis tööd saada, kuid tähendust omab ta töötingimuste ja palga osas.

Liikmesriigid tunnustavad automaatselt teises liikmesriigis saadud kvalifikatsiooni eeldusel, et need vastavad miinimumnõuetele. Selline Euroopa regulatsiooni olemasolev süsteem ei pea sammu muudatustega meditsiinis, eriala sees ja avalikkuse ootustega. Kodanikud on õigustatud lootma, et arstid ja teised tervishoiutöötajad on saanud väljaõppe rahuldaval kompetentsi ja kvaliteedi tasemel.⁴⁶⁴

Kui patsient kasutab teenust teises liikmesriigis, näiteks telemeditsiini juhtumitel, kui see on käsitletav infoühiskonna teenusena e-kaubanduse direktiivi tähenduses, ei pea arstil olema patsiendi elukoha liikmesriigi litsentsi, et konkreetset isikut teenindada. Patsient, kes on harjunud väljaõppe kõrge tasemega teenuse osutaja poolt ja kellele osutab tervishoiuteenust tervishoiutöötaja maal, kus standard on madalam, ei ole teadlik kvalifikatsioonide erinevustest, mida järgitakse teenuse osutaja poolt.⁴⁶⁵ Patsient ei ole üldiselt võimeline hindama ravi kvaliteeti tervishoiu terminites. Patsiendi kogemus seostub sagedasti standardite ja praktikaga, mis on rakendatud tema riigis. Kui patsient otsib tervishoiuteenust väljaspool seda riiki, kujutledes, et meditsiiniline ravi on ühesugune kogu Euroopas, võib tema tervis saada ohustatud vale otsustuse tegemisel.⁴⁶⁶

Kui ühelt poolt ollakse ELs arvamisel, et kutsekvalifikatsioonide direktiiv peaks tagama tervishoiuteenuste samaväärse kvaliteedi kõikides liikmesriikides, siis teiselt poolt arvati tervishoiuteenused teenuste direktiivist välja ka põhjusel, et tervishoiuteenuste kvaliteet on liikmesriigiti erinev, kuigi esialgselt kavandati need lülitada teenuste direktiivi kohaldamisalasse.

Oma resolutsioonis märkis parlament, et kuigi ELs eksisteerib kutsekvalifikatsioonide vastastikune tunnustamine, on kutseõppe sisu ja elukutsete viljelemise tase endiselt liiga ebaühtlane või nende ühtluse tase ei ole piisavalt tagatud.⁴⁶⁷

Patsiendiõiguste direktiivi eelnõu järgi on direktiivi eesmärgiks sätestada eeskirjad juurdepääsuks ohututele ja kvaliteetsetele tervishoiuteenustele teises liikmesriigis (art 1). Patsiendiõiguste

⁴⁶³ Medscape Cardiology. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.medscape.com/cardiology> (22.04.2009).

⁴⁶⁴ J.Allen. Ensuring quality of health care providers within the single market. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ose.be/health/files/respaper/allenpaper.pdf> (07.04.2009).

⁴⁶⁵ W.Palm, J.Nickless et al. Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. Rapport Final May 2000 lk 152. Kirjalik materjal magistr töö autori valduses.

⁴⁶⁶ Ibid.

⁴⁶⁷ Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)) .ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.

direktiivi eelnõu kohaselt vastutavad tervishoiuteenuste korraldamise ja kättesaadavaks muutmise eest liikmesriigid ning piiriülese meditsiini juhtumitel kohaldatakse tervishoiuteenuste suhtes ravi osutava liikmesriigi seadustes sätestatud eeskirju kooskõlas artiklis 5 sätestatud üldpõhimõtetega (põhjendava osa p 35). Liikmesriikide ülesandeks on kindlaks määrata kõikehõlmavuse, kvaliteetse arstiabi kättesaadavuse, võrdsuse ja solidaarsuse põhimõtteid arvesse võttes kindlaks selged kvaliteedinõuded nende territooriumil osutatavate tervishoiuteenuste suhtes (art 5). See ei pruugi tagada EL ülest samaväärse kvaliteeditasemega tervishoiuteenust.

Eelöeldule tuginedes võib väita, ühenduse õigus kutsekvalifikatsioonide tunnustamise ja kavandatavate patsiendiõiguste kohaldamise osas piiriülese meditsiini juhtumitel on ebaadekvaatne baas, et luua tervishoiukvaliteedi garanteeritud taset, mis osutatakse kogu EL-s.

4.2.4 Tervise veebilehtede kvaliteet

4.2.4.1 E-tervis Internetis

Interneti kasutamine tervisealase informatsiooni vahetuses on tohutult kasvanud. Kui 2000.a oli hinnanguliselt 100 000 tervisega seotud informatsiooni pakkuvat veebilehte,⁴⁶⁸ siis 2009.a Google otsing „*medical website*” andis vastuseks ligikaudu 124 miljonit tulemust.⁴⁶⁹

Interneti kaudu küsitakse nõu, saadakse informatsiooni haiguste, ravi, eluviiside kohta, ostetakse ravimeid ja tervisetooted, osaletakse foorumites. Veebilehtede kaudu saavad patsiendid rohkem infot, kui perearsti juures või haiglas viibides. Tervis on peamiseks põhjuseks, miks inimesed Internetti kasutavad. Ühtlasi kasutavad ka arstid Internetti info saamiseks ja vahetuseks. Internet on universaalne, ta on kättesaadav 24 tundi päevas ja 7 päeva nädalas ning seda üle kogu maailma ning seal jagatakse infot, mis oli enne privilegeeritud vaid meditsiinitöötajatele. E-tervis pakub aktsepteeritavat kanalit tervishoiuteenuse saamiseks isikutele, kes tunnevad, et nad ei saa traditsiooniliselt näost-näku konsultatsiooni lubada kas selle hinna tõttu või ei saa ebamugavuse või sotsiaalse stigma tõttu vahetult suhelda.

E-tervise teenused Internetis võivad olla passiivsed, nagu üldise meditsiiniinfo jagamine veebilehe kaudu või aktiivsed, andes meditsiinilist nõu patsientidele või spetsiifilist otsustuse

⁴⁶⁸G. Eysenbach, E. Ryoung Sa, T. L Diepgen. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine.- British Medical Journal 1999, vol 319, pp 1294. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1129072> (20.03.2009).

⁴⁶⁹ 23.04.2009

tuge klinitsistidele, samuti võivad sisaldada klinitsisti poolt biomeditsiiniliste andmete kogumist kaugmonitoorimise jaoks.⁴⁷⁰

Kuigi veebilehtede kaudu jagatav info aitab kaasa patsientide tervisealase teadlikkuse kasvule, võimaldab saada kiiresti nõu, koormamata seejuures ebavajalikult tervishoiusüsteemi, samuti abistada arste, olles seega väga tähtis vahend info vahetamiseks, võivad veebilehed kasu juures põhjustada ka palju kahju igapähele, kes toetub sellele teenusele. Isik võib halba nõu järgida ja haigeks jääda või isegi surra, klinitsist võib tuge kasutades patsiendile kahju põhjustada, kaugmonitoorimine võib ebaõnnestuda, kuna osa olulisi andmeid jääb edastamata, seades sellega ohtu patsiendi elu.⁴⁷¹ Veebilehtede külastamine võib viia enesediagnoosimisele, mõnikord võivad patsiendid tõsise häda korral jätta arsti poole pöördumata, usaldades liigselt veebilehtedel saadud infot või konsultatsiooni.

Suureks probleemiks on kujunenud veebilehtedel avaldatud patsientidele kättesaadava info kvaliteet. Informatsioon veebilehtedel võib olla ebatäpne, eksitav, aegunud ja ebausaldusväärne ning isegi ohtlik. Läbiviidud uuringud näitasid, et „ebatäpne” või „eksitav” oli informatsioon 4-89% juhtudel.⁴⁷² 2004.a läbiviidud uuring 32 kõige populaarsema alternatiivse ja täiendava ravi veebilehe kohta, millel on väidetavalt iga päev kümneid tuhandeid külastajaid, näitas, et neil pakutakse vähi vastu 118 erinevat "ravi" ja 59 nn ennetavat ravi, millest ühelgi ei osutunud olevat väidetavat toimet. Viiendikul neist veebilehtedest soovitati kas aktiivselt või kaudselt patsientidel mitte kasutada traditsioonilisi vähiravi viise.⁴⁷³

Sageli on veebilehtede pidamine ajendatud kasu saamisest. Internet seab uued dimensioonid- kõik võivad seal avaldada, sõnumite autoreid ja nende usaldusväärsust on lugejatel raske hinnata ning vahe toimetatud sisu ja reklaami vahel on sageli ähmastunud.⁴⁷⁴ Probleeme ei tekita see mitte ainult patsientidele, vaid ka klinitsistidele, kuna isegi traditsioonilistelt meditsiini veebilehtedelt kogutud info võib olla vastuoluline või eksitav.^{475,476} G8 riikide grupi jaoks läbi viidud uuringu

⁴⁷⁰ Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth Legally e-health Final recommendations on legal issues in ehealth. Deliverable 5. Elektrooniline materjal magistratöö autori valduses.

⁴⁷¹ European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth” Deliverable 3 Issues of Liability and Consumer Protection. Elektrooniline materjal magistratöö autori valduses.

⁴⁷² G.Eysenbach, J.Powell et al. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. - JAMA 2002; 287:2691-2700 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/287/20/2691> (07.04.2009).

⁴⁷³ K. Schmidt, E. Ernst. Assessing websites on complementary and alternative medicine for cancer. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://annonc.oxfordjournals.org/> (07.04.2009).

⁴⁷⁴ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 72.

⁴⁷⁵ Ibid, lk 73.

⁴⁷⁶ ITK ravikvaliteedi komisjoni aseesimehe E.Mäeotsa sõnul külastades Harvardi ülikooli kodulehte leidis ta, et teda huvitava haiguse kohta esitatud informatsioon inglise keeles ja vene keeles erinesid oluliselt.

koordinaatori poolt raporteeriti 1400 „kahtlast“ veebilehte ning see arv kasvab aastas 21% , hiljutine USA uuring leidis vigu ja vasturääkivusi isegi samal veebilehel.⁴⁷⁷

Teine probleem on patsientide loetud tekstist arusaamise varieeruv tase. Mõnest infost on raske aru saada ning seega on seda infot kerge ka valesti tõlgendada. Meditsiiniinfo on sageli kompleksne ja uuringud on näidanud, et paljud inimesed ei oma oskusi mõistmaks tervishoiuteenuse osutajate poolt neile räägitut või neile antud kirjalikku materjali.⁴⁷⁸

4.2.4.2 Tervise veebilehete õiguslik regulatsioon

Veebilehete kvaliteedi tagamiseks on mitmeid mooduseid. Seda on võimalik reguleerida seadusandlikul tasemel, osad aga pooldavad eneseregulatsiooni Internetis.⁴⁷⁹

Tervise veebilehete reguleerimise eesmärk on tagada Interneti vahendusel antava informatsiooni ja teenuste kvaliteet, vähendada õiguslikke riske ja kaitsta kasutajate privaatsust, tagades seeläbi usaldusväärne Interneti keskkond kõigile kasutajatele.

Terviseveebilehete õiguslik eriregulatsioon hetkel EL-s puudub. Samas olemasolev ühenduse õigus juba sisaldab üldisi nõudeid elektrooniliste vahendite abil teenuste edastamisele, need on rakendatavad seejuures ka tervise veebilehetele.

E-kaubanduse direktiivi art 5 sisaldab minimaalset üldist informatsiooni, mida infoühiskonna teenuse osutaja peab teenuse kasutajale teatavaks tegema. E-kaubanduse direktiivi art 6 puudutab täiendavat informatsiooni, mida tuleb esitada kommertsteadaande puhul, kui see moodustab osaliselt või tervikuna infoühiskonna teenuse, samuti rakendub sellisele infole andmekaitse direktiivi art 10. Igasuguste isikuandmete s.h kasutajatele nähtamatu informatsiooni kogumisele ja hilisemal töötlemisele veebilehe kasutaja poolt on kohaldatavad andmekaitse direktiivi nõuded, eriti art 8 delikaatse ja terviseinfo kohta.

E-kaubanduse direktiivi art 5 kohaselt tuleb teenuse osutajal teha teenuse saajale ja pädevatele asutustele hõlpsalt, otse ja alaliselt kättesaadavaks vähemalt järgmine teave:

-teenuse osutaja nimi;

⁴⁷⁷ M.Rigby, J. Forsström et al. Verifying quality and safety in health informatics services.-

BMJ 2001;323:552-556. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7312/552> (25.03.2009).

⁴⁷⁸ B.-J.Crigger. Foundations of the eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ihealthcoalition.org/ethics/code-foundations.html> (16.02.2007).

⁴⁷⁹ S.Callens , D. Crolla et al. Op.cit., lk 23.

- teenuse osutaja asukoha geograafiline aadress;
- üksikasjad teenuse osutaja kohta, s.h tema elektronposti aadress;
- kui teenuse osutaja on registreeritud, siis tema registrinumber;
- kui tegevus sõltub loasüsteemist, siis üksikasjad asjakohase järelevalve teostaja kohta.

Samuti sätestab direktiiv, et liikmesriigid peavad tagama, et teenuseosutaja teatab kõikidest asjakohastest tegevusjuhenditest, mida ta tunnistab ja lisab teabe, kuidas nende juhistega elektrooniliselt tutvuda saab (art 10 lg 2).

Reguleeritud kutsealade osas on teenuse osutajal direktiivi art 5 kohaselt täiendavalt kohustus viidata asukohaliikmesriigis kohaldatavatele kutsealastele eeskirjadele ja võimalusele neile juurde pääseda. Samuti tuleb teatavaks teha kutseorganisatsioon või samalaadne asutus, kelle juures teenuseosutaja on registreeritud ning teenuse osutaja kutsenimetus ja liikmesriik, kus see anti.

Nimetatud teabe andmise kohustuse eesmärk on võimaldada teenuse saajal, olenemata sellest kas ta on professionaal või mitte, kohaselt tuvastada teenuse osutaja ja tagada viimase tegevuse läbipaistvus, võimaldades lõppkasutajal teada, kelle vastu ta võib vajadusel esitada hüvitise nõude.

Kui tervisega seotud veebilehed sisaldavad kommertsteadaandeid (igat liiki teadaanded, mis reklaamivad kaupu, teenuseid või äriühingu imidžit), siis paneb direktiiv peale täiendavad kohustused (art 6, 7).

Sealjuures puudub ka Eestis tervise veebilehti reguleeriv spetsiifiline seadusandlus. Kaupade müüki ja teenuste osutamist elektrooniliste vahendite kaudu vahemaa tagant reguleerib InfoTS, andmekaitset IKS ja elektroonilise side seadus ning kui leping sõlmitakse arvutivõrgu vahendusel, siis ka VÕS § 62¹, muudel juhtudel rakendub üldine õiguslik regulatsioon. Siinjuures ei peatu magistritöö autor pikemalt nimetatud õigusaktide sisul, kuna need on vastu võetud EL direktiivide adapteerimiseks siseriikliku õigusesse ning olulisi erinevusi selles osas, mida magistritöös on EL direktiividega seondult käsitletud, neil ei ole. Mittesiduvatest reeglitest, mis on mõeldud eelkõige tarbija harimiseks, on tarbijakaitse amet välja andnud juhendi E-kaubandusega⁴⁸⁰ tegelevale kauplajale juhtnöörid *on-line* kaubandustegevuseks,⁴⁸¹ mille kasutamine on vabatahtlik, kuid need ei ole tulenevalt sisust järgitavad *on-line* tervishoiu ja terviseinfo korral.

⁴⁸⁰ E-kaubandus on kauplemisviis, kus kauplaja pakub kaupu või teenuseid elektroonilises keskkonnas ja ka lepingud pakkuja ja kliendi vahel sõlmitakse elektroonilisel teel füüsiliselt ühes kohas samaaegselt viibimata.

⁴⁸¹ Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tka.riik.ee/index.php?id=1642> (07.04.2009).

Kuigi veebilehtedel pakutava info, teenuste ja kaupade pakkumine on InfoTS-ga õiguslikult reguleeritud, ei ole neid Eesti tervise veebilehtede puhul enamjaolt järgitud ning seetõttu on küsitav ka nende usaldusväärsus.

4.2.4.3 Tervise veebilehtede kvaliteedi tagamise muud vahendid

Tingituna kasvavast murest veebilehtedel avaldatava info ja andmete usaldusväärsuse pärast, on mitmed organisatsioonid, nii era kui avalikud, meditsiinielukutsete ja patsientide esindajad üle maailma välja töötanud koodekseid või printsiipe, mis on kavandatud kasutamiseks juhtnööridena Internetis eetilise terviseinfo ja -ressursside arendamiseks.^{482,483,484,485}

Ka e-kaubanduse direktiiv toetab selliste käitumiskodeksite vastuvõttu, tagades, et liikmesriigid ja komisjon toetavad kaubandus-, kutse- ja tarbijaühingute või organisatsioonide poolt ühenduse tasandil tegevusjuhendite koostamist, mille eesmärk on kaasa aidata direktiivi artiklite 5-15 nõuetekohasele rakendamisele (art 16 p 1 a).

Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee soovitus (2004)¹⁷ Ministrite Komitee poolt liikmesriikidele informatsioonitehnoloogia mõjust tervishoiule – patsient ja Internet p VII 4 määravad ära miinimumnõuded seal avaldatava info osas kõikidele Interneti lehekülgedele, mis pakuvad informatsiooni, suhtlemist ja teenuseid.⁴⁸⁶

Tarbija kaitsmiseks välja töötatud eetikakoodeksid kehtestavad reeglid veebilehtede sisu, reklaami, sponsorluse, privaatsuse kohta, parendades seeläbi nende teenuste kvaliteeti. E-tervise eetikakoodeks,⁴⁸⁷ mis anti välja 2000.a mais Interneti Tervishoiu Koalitsiooni(*Internet*

⁴⁸² Internet Healthcare Coalition- eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

⁴⁸³ Health Internet Ethics . Ethical Principles For offering Internet Health Services to Consumers. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wellspan.org/body.cfm?id=348> (19.03.2009).

⁴⁸⁴ Health on the Net (HON) Foundation- HONCode. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).

⁴⁸⁵ Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).

⁴⁸⁶ Council of Europe Recommendation Rec(2004)17 of the Committee of Ministers to member states on the impact of information technologies on health care – the patient and Internet. Arvutivõrgus kättesaadav: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=802853&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> (21.04.2009).

⁴⁸⁷ Internet Healthcare Coalition- eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

Healthcare Coalition/eHealth Ethics Initiative) poolt,⁴⁸⁸ on vahest kõige tuntum selletaolistest koodeksitest. Selle ja sarnaste koodeksite eesmärk on pakkuda terviseveebilehtede pidajatele enesehindamise vahendit. E-tervise eetikakoodeksi eesmärk seisneb veebilehtedel pakutava informatsiooni kvaliteedi tagamise kaudu kasutajate/tarbijate kaitsmises, et nad võiksid usalduslikult ja täie teadmisega teadaolevatest riskidest realiseerida Interneti potentsiaali oma tervise ja ka teiste, nende ravitavate isikute tervise korraldamisel.⁴⁸⁹ Eetikakoodeksite eesmärk on aidata luua usaldusväärne keskkond kõikidele kasutajatele, sõltumata sellest, kas nad on patsiendid, tervishoiutöötajad, veebilehtede sponsorid, inimesed, kes arendavad tervise rakendusi ja sisu veebi jaoks või isikud, kes pöörduvad Interneti poole, et aidata neil jääda terveks.⁴⁹⁰

Eetikakoodeks püstitab 9 printsiipi: avameelsus, siirus, ausus, kvaliteet, informeeritud nõusolek, privaatsus, *online* tervise professionaalsus, vastutustundlik partnerlus ja vastutavus.⁴⁹¹

*Hi-Ethics*⁴⁹² pakub välja 14 printsiipi, mis hõlmavad küsimusi, mis on seotud privaatsuse ja konfidentsiaalsuse, reklaami ja kaubanduse, terviseinfo kvaliteedi, tervishoiutöötajate parimate praktikate, avalikustamise ja tagasisidega.⁴⁹³

Health on the Net Foundation'i⁴⁹⁴ on välja toonud oma koodeksis HONCode 8 printsiipi: autoriteetsus,⁴⁹⁵ komplementaarsus,⁴⁹⁶ konfidentsiaalsus, viitamine, õigustatavus, autorluse läbipaistvus, sponsorluse läbipaistvus, ausus reklaami ja toimetamise poliitikas.⁴⁹⁷

⁴⁸⁸ Internet Healthcare Coalition on rahvusvaheline, mitte-erakondlik, kasumit mittetaotlev organisatsioon, mis on pühendunud tervishoiu ressursside kvaliteedi edendamiseks Internetis. veebilehe aadress: <http://www.ihealthcoalition.org/> (23.04.2009).

⁴⁸⁹ Internet Healthcare Coalition- eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

⁴⁹⁰ B.-J.Crigger. Foundations of the eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ihealthcoalition.org/ethics/code-foundations.html> (16.02.2007).

⁴⁹¹ Viide 489.

⁴⁹² HiEthics on peamiselt kasumit taotlevate USA veebilehtede koalitsioon. Veebilehe aadress: <http://www.hiethics.com> (23.04.2009).

⁴⁹³ Ethical Principles For offering Internet Health Services to Consumers. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wellspan.org/body.cfm?id=348> (19.03.2009).

⁴⁹⁴ Health On the Net Foundation (HON) on loodud 1995.a, on kasumit mittetaotlev rahvusvaheline Šveitsi organisatsioon. Tema missiooniks on juhtida mitteasjatundjaid (*lay-person*) või mittemeditiini kasutajaid ja meditsiinipraktikuid kasuliku ja usaldusväärse *online* meditsiini ja tervishoiu informatsioonini. HON peamiseks sponsoriteks on Genfi kanton, Genfi Ülikooli Haigla, Šveitsi Bioinformaatika Instituut ja *Sun Microsystems*. Veebilehe aadress: <http://www.hon.ch/> (21.04.2009).

⁴⁹⁵ Igasugune meditsiini- või tervisealane nõuanne ja informatsioon sellel leheküljel on antud kvalifitseeritud meditsiiniharidusega professionaalide poolt, kui ei ole selget märget, et mingi nõuanne on antud mitte-meditiinilise kvalifikatsiooniga üksikisikult või organisatsioonilt.

⁴⁹⁶ leht täiendab, mitte ei asenda arst-patsiendi suhteid

⁴⁹⁷ Health on the Net (HON) Foundation- HONCode. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).

EL komisjon on Interneti teel leviva informatsiooni usaldusväärsuse tagamiseks ja tarbijate kaitseks „Infoühiskond kõigile“ (*eEurope 2002*) raames 2002.a välja andnud tervisega seotud veebilehtede juhtnöörid.⁴⁹⁸ Juhtnööride väljaandmise spetsiaalne eesmärk oli koostada üldiselt sobivad lihtsate kvaliteedikriteeriumide kogumik, mille põhjal liikmesriigid, samasuguselt ka avalikud ja eraisikud võivad tugineda tervisega seotud veebilehtede kvaliteedialgatuste arendamises. EL komisjoni juhtnöörid on kavandatud rakendamiseks täiendavalt olemasolevale õiguslikule regulatsioonile.

Kriteeriume võib kasutada kasutajajuhiste, vabatahtlike käitumiskodeksite, usaldusmärkide, akrediteerimissüsteemide või erinevate poolte vahel vastu võetud muude intsiatiivide arendamise alusena Euroopa, rahvuslikul, regionaalsel või organisatsiooni tasandil.

EL juhtnöörid sisaldavad 6 kriteeriumi: tervisega seotud info läbipaistvus (läbipaistvus ja ausus), teenuse osutajate volitused, tervise andmete privaatsus ja andmekaitse, terviseinfo uuendamine, terviseinfo sisu vastutavus, terviseinfo kättesaadavus.⁴⁹⁹

Kuigi erinevate eetikakoodeksites ja tegevusjuhistes kasutatavad märksõnad üksteisest osaliselt erinevad või on sama märksõna piiritletud erinevalt, siis olulises osas neis esitatud põhimõtted ühtivad. Oluline on läbipaistvus, info usaldusväärsus, ajakohastatus. Neile kõigile on iseloomulik ka tähelepanu pööramine info kvaliteedile.

Kõik juhtnöörid osutavad vajadusele anda tarbijale teavet teenuse pakkuja nime, kontaktandmete, lehekülje otstarbe ja eesmärkide kohta, näiteks kas tegemist on kommertseesmärgil tegutseva lehega, veebilehe sihtgruppide ja rahastamise allikate (kas lehte toetavad sponsorid ning kes need on). Tarbijale peaks olema äratuntav, kas lehte peetakse ärilisel eesmärgil, samuti peab olema tuvastatav, kelle nimel see toimub.

Oma tervise suhtes arukate otsuste tegemiseks vajavad inimesed ja neil on ka õigus seda loota, et veebileht pakub täpset, hästi toetatud informatsiooni ning kõrgekvaliteedilisi kaupu ja teenuseid.⁵⁰⁰ Veebilehed peavad selleks täpselt ja ausalt hindama informatsiooni, s.h teenuste ja kaupade kirjeldamiseks kasutatavat informatsiooni, mida nad veebilehel pakuvad. Informatsiooni usaldusväärsuse tagamiseks tuleb viidata selgelt, kas informatsioon veebilehel põhineb

⁴⁹⁸ Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. *eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites*. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).

⁴⁹⁹ Ibid.

⁵⁰⁰ Internet Healthcare Coalition- *eHealth Code of Ethics*. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

teaduslikel uuringutel, eksperdi arvamusel või erialasel või isiklikul kogemusel või arvamusel. Pakutav informatsioon peab olema kasutajale hõlpsasti arusaadav ja kasutatav. Veebilehel esitatud infoallikatele tuleb teha täpne viide ja märkida allika avaldamise kuupäev. Veebilehtedel pakutava info kvaliteedi tagamiseks peab veebilehtedel toimuma informatsiooni pidev uuendamine, kusjuures uuendamise kuupäev peab olema selgelt kuvatud igal leheküljel ja/või teadetel/dokumentidel/artiklidel, kui see on oluline.

Internetti terviseinformatsiooni otsimiseks kasutatavatel isikutel on õigus olla informeeritud, milliseid andmeid tema kohta võidakse koguda ning valida, kas lubada oma isikuandmete kogumist ja edastamist. Privaatsuse tagamiseks tuleb veebilehel avalikustada isikuandmete töötlemise turvalisuse ja konfidentsiaalsuse poliitika ja süsteimid, s.h kasutajatele selgelt defineerida info nähtamatu töötlemine, kusjuures andmete töötlemine peab toimuma *opt-in* alusel. Kasutajale peab olema teada, kes, millistel eesmärkidel, milliseid andmeid kogub ning kellele neid edastab.

Vastutavuse tagamiseks tuleb kasutajaid informeerida, kuidas nad saavad ühendust võtta veebilehe omaniku või teenuse osutaja või isikuga, kes on vastutav lehe või teenuse korraldamise eest. Kasutajatele tuleb võimaldada lihtsate vahenditega anda tagasisidet informatsiooni, teenuste ja kaupade kvaliteedi kohta. Kasutajate kaebusi tuleb üle vaadata koheselt ning vastata õigeaegselt ja kohasel viisil.

Vastutavus sisaldab ka vastutustundlikku partnerlust, mis tähendab, et tuleks kindlustada, et partnerlus või linkimine teistele veebilehtedele oleks tehtud usaldusväärsete partneritega ning et nad järgiksid kehtivat õigust ning pooldaksid samu eetilisi standardeid.

Toimetamise poliitika osas peab olema selgelt kirjeldatud seisukoht, milliseid protseduure sisu selekteerimiseks kasutatakse.

Oluliseks on juhtnöörides ja eetikakoodeksites peetud meditsiinilise nõuande korral ka kasutaja informeerimist sellest, et nõustamine ei asenda silmast silma konsultatsiooni tervishoiutöötajaga.^{501,502} ning tuleb anda selgesõnaline soovitus pidada seal sisalduva teabe osas

⁵⁰¹ Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav:

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).

⁵⁰² Health on the Net (HON) Foundation- HONCode. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).

oma arstiga,⁵⁰³ samuti tuleb aidata e-patsientidel aru saada, millal *online* konsulteerimine võib ja millal mitte ja millal ei tohiks asendada silmast-silma suhtlemist tervishoiuteenuse osutajaga.⁵⁰⁴

EL komisjoni juhtnööridel on tugev sarnasus HONCodega, kuigi on mõned erinevused. HONCode piirab selgelt igasuguse isikustatud tervisenõu andmise kvalifitseeritud isikutega. Ta sätestab sõnaselgelt, et iga meditsiini- või tervisealast nõu tuleb anda või avaldada veebilehel meditsiinilise väljaõppe ja kvalifitseeritud kutsealal tegutsejate poolt, kui ei ole selgelt avaldatud, et nõuannet pakuvad mittemeditsiiniliselt kvalifitseeritud isikud või organisatsioonid.⁵⁰⁵ EL juhtnööride järgi tuleb veebilehel esitada ainult teenuse pakkuja nimi ja volitus.⁵⁰⁶

Eetikakoodeksite ja juhtnööride puhul on tegemist õiguslikult mittesiduvate reeglitega ning nendest juhendumine on vabatahtlik. Koodeksite rakendamine on erinev. Kui koodeksid võetakse vastu katusorganisatsiooni poolt, siis organisatsioon ise püüdleb selle poole, et kõikide tema liikmete tegevus vastaks koodeksile.⁵⁰⁷ Teistel juhtumitel võetakse see kasutusele ainult ühe organisatsiooni siseselt, nagu *Pharmaceutical Group of the European Union*.⁵⁰⁸ Kuigi teised organisatsioonid ja isikud võivad koodeksile oma veebilehel viidata, ei tee koodeksi välja töötanud organisatsioon ise jõupingutusi selleks, et teised isikud seda tõepoolest järgiksid. Samas, kui veebileht ise viitab teatud eetikakoodeksile või juhtnööridele, millest ta oma tegevuses juhindub, muutuvad need talle magistritöö autori arvates õiguslikult siduvaks. Seega vaidluse korral on võimalik kasutajal tugineda nendele reeglitele.

Lisaks käitumisjuhiste ja eetikakoodeksite kasutuselevõtuga on üks võimalus tagada veebilehtedel pakutava informatsiooni kvaliteet pitseri (*seal*) süsteemiga.⁵⁰⁹ Veebipitserid on traditsiooniliselt olnud eneseregulatsiooni algatus. Ka sellisel puhul ei ole tegemist õiguslikult siduva abinõuga. Pitserisüsteem seisneb selles, et kolmanda osapoole organisatsioon töötab välja käitumiskoodeksi ja lubab neid, kes kohustuvad kinni pidama koodeksi tingimustest, kuvada veebilehel märgi, pitseri või logo, mis tõendab veebilehe vastavust koodeksiga.

⁵⁰³ Regioonide komitee arvamus, teemal "Komisjoni teatis nõukogule, Euroopa Parlamendile, Euroopa majandus- ja sotsiaalkomiteele ja regioonide komiteele teemal e-tervishoid – Euroopa kodanike tervishoiu parandamine: Euroopa e-tervishoiu piirkonna tegevuskava" ELT C 71, 22.3.2005, lk 30–33.

⁵⁰⁴ Internet Healthcare Coalition- eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).

⁵⁰⁵ Health on the Net (HON) Foundation- HONCode. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).

⁵⁰⁶ Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).

⁵⁰⁷ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 59.

⁵⁰⁸ Viide 506.

⁵⁰⁹ Usaldusväärseuse kinnitamiseks kasutatakse spetsiaalset usaldusmärki või-pitserit.

Kinnituspitsereid (*approval seal*) on kasutatud kaubanduses aastaid, et kindlustada tarbijaid teadmisega, et äri või organisatsiooni poolt antav informatsioon on piisava kvaliteediga, et pidada seda usaldusväärseks.⁵¹⁰ *Online* pitserid on levinud ka internetis.⁵¹¹ Kõige vanem ja ehk kõige tuntuim märk on *Health on the Net Foundation*'i (HON) märk, mida kasutas jaanuaris 2000.a 5 559 välisserverit ja 20 631 välisveebilehte.⁵¹² Sealjuures ei saa HON vältida ebaausaid operaatoreid kasutamast HONCode pitserit enda veebilehel, millega viimased tahavad oma usaldusväärset suurendada.

Mõned autorid on teinud ettepaneku välja töötada uus Euroopa süsteem ja standard, mida nimetatakse Europitseriks (*EuroSeal*).⁵¹³ Selline ettepanek sisaldas ka art 29 andmekaitse 16.mai 2000 arvamuses 4/2000 Safe Harbour Principles, kus esitatakse komisjonile üleskutse mõtlema pakilise asjana EU pitseri süsteemi loomise peale Interneti lehekülgede jaoks.⁵¹⁴ EU pitser oleks pitser, millega akrediteeritud amet varustatakse veebilehte (lähenemine on omane CE märgistamisele). Pitserit antaks kahel tasandil, kõrgem, mis nõuab iseseisvat *on-site* verifitseerimist (kõrgema tasu eest). Verifitseerimise protsess oleks avatud ja läbipaistev-klikkides EuroPitseri sümbolile, võib lehe külastaja näha detaile lehe inspekteerimisest, reaalajas koostatud inspekteeriva isiku toimikutest, samahästi käitumiskodeksitest, millega leht on liitunud.⁵¹⁵

Pitserisüsteemi programme probleemiks on see, et hetkel on Internetis kasutusel arvukaid erinevaid pitsereid. Iga pitseriprogramm erineb teistest tegevusulatus ja efekti poolest, mis tõenäoliselt ehmatab kasutajat, kellest suur hulk ei ole informeeritud paljudest erinevustest arvukate pitseriprogrammide vahel, mida nad Internetis kohtavad.⁵¹⁶ Seetõttu on tarbijatel keeruline orienteeruda erinevate pitseriprogrammide vahel ning selgeks teha, millised neist on usaldusväärsed ja millised mitte.

Samas ei taga ka pitserite ega kodeksite süsteem veebilehtede kvaliteeti, kuid siiski on need tähtsad eneseregulatsiooni vahendid.

⁵¹⁰ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 26

⁵¹¹ Ibid, lk 24

⁵¹² Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/audience.html> (19.03.2009).

⁵¹³ M.Rigby, J. Forsström et al. Verifying quality and safety in health informatics services.-

BMJ 2001;323:552-556. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7312/552> (25.03.2009).

⁵¹⁴ WP 32. Article 29 Data Protection Working Party, Opinion 4/2000 on the level of protection provided by the 'Safe Harbor Principles' (Adopted 16 May 2000) CA07/434/00/EN. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2000/wp32en.pdf (21.04.2009).

⁵¹⁵ M.Rigby, J. Forsström et al. Ibid.

⁵¹⁶ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 24.

Kõige täiuslikum, kuid ka kulukaim kättesaadavatest mehhanismidest tervisega seotud veebilehtede kvaliteedi kindlustamiseks on kolmanda poole atesteerimise süsteem.⁵¹⁷ Sellisel juhul annab kolmas osapool välja sertifikaadi, mis tõendab lehe vastavust hindamise kriteeriumidele.⁵¹⁸ 30.juulil 2001.a esitas URAC (*American Accredidiation Healthcare Commission*) esimeseks iseseisvaks akrediteerimisprogrammiks kvaliteedi kriteeriumid USA tervise veebilehtedele.⁵¹⁹

Kuid ka atesteerimine ei ole küllalt efektiivne vahend, et edendada ja kaitsta professionaalseid ja eetilisi kvaliteedistandardeid veebilehtedel. Veebileht on dünaamiline, info vahetub seal pidevalt. Seega, kui veebileht atesteeritakse ühel hetkel, siis teisel hetkel võidakse seal avaldada midagi, mis kvaliteedi kinnitust ei garanteeriks.

Lisaks on veel mitmeid muid vahendeid veebilehtede kvaliteedi tagamiseks- filtreerimise süsteem,⁵²⁰ kasutaja juhendusvahendid (*User Guidance Tools*),⁵²¹ kuid need on kõik ebapiisavad vahendid tagamaks lehtede usaldusväärsust.

Garanteeritud vahend terviseveebilehtede kvaliteedi tagamiseks puudub ning seda polegi võimalik tagada, kuna info veebilehel on ajas muutuv. Oluliseks on siiski peetud veebilehtede eneseregulatsiooni, samuti on oluline tarbijate harimine. Veebilehed ise püüdleval selle poole, et nende lehtedel esitatav informatsioon oleks usaldusväärne. Siiski tuleks ka rahvusvaheliselt pürgida reeglite kehtestamise järele, kuna erinevate kvaliteedihindamise vahendite hulk on suur ja tarbijale arusaamatu. Kuigi igas käitumiskoodeksis või juhendis on üldjuhul kasutusel sarnased mõisted, on nende sisu mõnes osas lahknev, mis teeb tarbijale keeruliseks neis orienteeruda.

Eneseregulatsioon, sertifitseerimise pehmed vormid ja konkurentsi võim, tarbijate valikud ja turg- kõik need aitavad kaasa veebilehtede usaldusväärsuse arengule. Kuid teatud ulatuses kvaliteedi hindamine ja kontroll on siiski vajalik selleks, et kaitsta inimesi pettuse ja valeinformatsiooni eest ja teha usalduslik suhtlemine Internetis võimalikuks. Valitsused ja tervishoiutöötajad peaksid läbi viima pikaajalisi kampaaniaid, millega ergutada kodanikke kasutama just kontrollitud

⁵¹⁷ S.Callens , D.Crolla et al. Op.cit., lk 63.

⁵¹⁸ Ibid. lk 63.

⁵¹⁹ J. Mack. Global e-Health ethics-Access+Quality=Equity. Global healthcare 2002. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/publications/pdf/2001/mack.pdf> (21.04.2009).

⁵²⁰ Filtreerimise vahendit (*filtering tool*) rakendatakse, et tagada otsingu andmebaasidest filtreeritud ja akrediteeritud informatsioon. Selline filtreerimise vahend tugineb sageli värava lähenemisele, mis organiseerib juurdepääsu Internetile. Selle lähenemise põhireeglid on, et Interneti ressursid on selekteeritud nende kvaliteedi ja tähtsuse järjekorras teatud sihtgrupele. (S.Callens , D. Crolla et al. Op.cit., lk 61).

⁵²¹ Sellisel juhul demonstreeritakse vastavust koodeksiga mitte märgi abil, vaid lingiga *guidance tool*, mis kutsub kasutajat teostama kontrolli, kas leht ja selle sisu vastab ettesätitud kriteeriumidele. (S.Callens , D. Crolla et al. Op.cit., lk 61).

kvaliteediga veebilehti, neid teistele eelistades Oluline on teostada pidevat järelvalvet nende veebilehtede üle, et tagada nende jätkuv vastavus kvaliteedikriteeriumidele.

4.3 E-tervise litsentseerimine

4.3.1 Üldist

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise üheks vahendiks on tervishoiuteenuse osutajate litsentseerimine.⁵²² Paljudes riikides on meditsiinipraksise pidamiseks vajalik omada litsentsi.

Litsentseerimise süsteemi toimimise kaudu tagab avalik võim, et tervishoiuteenuseid osutavad vaid need isikud, kes on sellel alal kvalifitseeritud, et kindlustada osutatava ravi kvaliteet.⁵²³

Litsentseerimine peab kaitsma süütuid osapooli ravist litsentseerimata, potentsiaalselt ebakvalifitseeritud arstide poolt.⁵²⁴ Litsentsi väljastamine baseerub taotleja formaalsel kompetentsil, eelkõige tema diplomil. Lisaks võivad tähendust omada ka teised oskused, nagu praktika, spetsialiseerumine, keeleoskus jne. Sellega kaitseb riik oma elanike tervist ja heaolu.

Litsentseerimine kindlustab samuti tervishoiutöötajate poolt riigis kehtivatest meditsiini-, tervishoiu-, õiguslikest ja distsiplinaarsetest reeglitest kinnipidamise oma meditsiinipraksises. Igas riigis on kehtestatud meditsiinipraktikat valitsevad õigusaktid, tagamaks arstide jätkuv vastavus akadeemilistele ja kliinilistele pädevuse standarditele. Seega litsentseeritud isikud alluvad litsentsi väljastanud organi võimule, kes teostab nende tegevuse üle järelevalvet ja rakendab vajadusel distsiplinaarvahendeid kuni litsentsi äravõtmiseni. Litsentseerimata tegevus on seetõttu ebaseaduslik ning kriminaalkorras ka karistatav.⁵²⁵ Niisiis isik, kes on litsentseeritud ühes riigis, peab seal tervishoiuteenust osutades järgima selle riigi reegleid.

TTKS § 27 järgi annab registreerimine tervishoiutöötajale õiguse osutada tervishoiuteenuseid kvalifikatsiooni tõendavas dokumendis ja registreerimisel väljastatavas tõendis märgitud erialal. Tervishoiutöötajate registreerimise aluseks olevate kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide loetelu kehtestab sotsiaalminister (TTKS § 28 lg 3). Tervishoiuteenuse osutaja, kelleks on TTKS § 4 järgi tervishoiutöötaja⁵²⁶ või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik, võib osutada üksnes

⁵²² TTKS § 27 lg 1 järgi peab tervishoiutöötaja end registreerima ja § 40 järgi tervishoiuteenuse osutaja peab omama tegevusluba.

⁵²³ S.Callens, D.Crolla et al. Op.cit., lk 32.

⁵²⁴ K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

⁵²⁵ KarS § 372.- RT I 2001, 61, 364; RT I 2008, 54, 304.

⁵²⁶ Tervishoiutöötaja peab taotlema tegevusluba juhul, kui ta tegutseb FIEna (füüsilisest isikust ettevõtjana).

neid tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks talle on tegevusluba antud, seda isegi juhul, kui tervishoiutöötajal on olemas ka teine meditsiinialane kvalifikatsioon.

E-tervis ja telemeditsiin erinevad traditsioonilisest meditsiinist seetõttu, et arst osutab teenust üldjuhul mitte patsiendi asukohas, vaid vahemaa tagant, kasutades selleks Interneti või muid IST vahendeid. Siit tõusetuvad järgmised küsimused. Kas telemeditsiin on midagi traditsioonilisest meditsiinist erinevat, mis allub eraldi litsentseerimisele? Kui arst asub ühes riigis, patsient või teine tervishoiuteenuse osutaja, kelle palvel teenust osutatakse, teises riigis, siis kas arstil peab olema litsents tegutsemaks riigis, kus asub patsient, kui tal on tegevusluba tegutsemiseks omas riigis?

Üldlevinud on reegel, et kui ühes riigis litsentseeritud isik tahab praktiseerida telemeditsiini teises, patsiendi asukoha riigis, peab ta taotlema litsentsi ka sellest riigist.⁵²⁷ Nii näiteks peab USAs enamikes osariikides arstil olema litsents telemeditsiini praktiseerimiseks selles osariigis, kuhu ta teenust osutab ehk kus asub patsient.⁵²⁸

On avaldatud arvamust, et riikidevaheline litsentseerimise süsteem võib kujuneda peamiseks takistuseks e-tervise ja telemeditsiini praktiseerimiseks riikide vahel, takistades seeläbi rahvusvahelist *online* meditsiini, kuna teleekspertidelt võidakse nõuda litsentsi mitmetes jurisdiktsioonides ja riikides.^{529,530}

4.3.2 E-tervise ja telemeditsiini litsentseerimine

Kas telemeditsiin on käsitletav iseseisva erialana, nagu kardioloogia, oftalmoloogia, endokrinoloogia jne, mille praktiseerimiseks on vaja omada eraldi litsentsi? Sellele küsimusele on mitmeid lahendusi. Telemeditsiini algusaegadel (mõned kümned aastad tagasi) oli see küsimus suurema tähtsusega ja selle üle diskuteeriti ka enam, kui tänapäeval. Samal ajal usuvad paljud, et telemeditsiini tuleks käsitada kui erinevat meditsiinieriala ja sellisena peaks see olema eraldi litsentseeritav. Väidetakse, et see on teenuse kvaliteedi tagamise oluline aspekt.⁵³¹ Nii

⁵²⁷ E. LeBourdais. When medicine moves to the Internet, its legal issues tag along.- Can Med Assoc J 1997;157:1431-3. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1228478> (25.03.09).

⁵²⁸ M.Maheu, P. Whitten, A. Allen. Op.cit., lk 197.

⁵²⁹ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 32.

⁵³⁰ M. Lönnfors. The Finnish Health System and CT law: The Difficulty of Caring for Santa's Bairns. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bileta.ac.uk/02papers/lonnfors.html> (01.04.2005).

⁵³¹ L.E.Nohr, M.Nymark, M.Žmenja. Report on identified legal issues of the Baltic eHealth project. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.baltic-ehealth.org/news/Publications/Baltic_eHealth_Legal_issues_Report.pdf (19.03.2009).

näiteks on Malaisia telemeditsiini seaduses esitatud äärmuslik nõue, mille kohaselt kuulub telemeditsiin eraldi litsentseerimisele.⁵³² Väljaspool Malaisiat registreeritud või litsentseeritud meditsiinitöötajal peab telemeditsiini praktiseerimiseks Malaisias olema tervishoiuameti poolt välja antud sertifikaat ja ta tohib Malaisias väljastpoolt praktiseerida telemeditsiini ainult seal litsentseeritud kohaliku arsti kaudu.⁵³³ Telemeditsiini kui eriala litsentseerimise vajaduse kohta on avaldatud arvamusi seoses piiriülese telemeditsiini osutamisega. Sellekohaseid arvamusi, et telemeditsiini osutamiseks riigisiselt on vaja omada litsentsi, magistritöö autor materjalidega tutvudes ei täheldanud.

Siiski on tänapäeval prevaleerimas kontseptsioon, et telemeditsiini ja muud e-tervise lahendused on ühte sulanud traditsioonilise meditsiiniga ja on vahendid nende teenuste täiustamiseks ning kättesaadavamaks tegemiseks. Nii näiteks radioloogia ongi enamjaolt juba teleradioloogia, kuna ülesvõtted on digitaalsed ja kantakse üle infosüsteemi ning radioloog võib pilte kirjeldada ükskõik millises kohas, kus tal on arvuti ja võrguühendus. Samamoodi on ka muude meditsiineseadmetega, mis on ühendatud võrguga.⁵³⁴ Seega ei erine telemeditsiin enam traditsioonilisest meditsiinist. Seetõttu ei ole ka magistritöö autori arvates millegagi põhjendatud telemeditsiini/e-tervise osutamiseks spetsiaalse litsentsi omamine.

4.3.3 Litsentseerimine piiriülese telemeditsiini juhtumitel

Üldjuhul peab tervishoiutöötaja olema litsentseeritud riigis, kus ta tervishoiuteenust osutab. Traditsioonilise meditsiini puhul toimub selle reegli rakendamine raskusteta. Kui arst liigub füüsiliselt riiki, kus asub patsient, peab ta patsiendile tervishoiuteenuse osutamiseks omama selle riigi litsentsi. Kui patsient liigub teenuse saamiseks teise riiki, ei pea arst omama patsiendi asukohariigi litsentsi. Piiriülese telemeditsiini juhtumite puhul tekib küsimus, millises riigis peab arst olema litsentseeritud, kui patsient asub ühes riigis ja arst teises riigis? Selle küsimuse saab jagada kolmeks alaküsimuseks.

Kes "reisib", kas arst patsiendi juurde või vastupidi? Traditsioonilise ettekujutuse järgi reisib piiriülese telemeditsiini juhtumil arst elektroonilisi vahendeid kaudu patsiendi juurde teise riiki. Olukord võib olla ka vastupidine - tegelikult võib ka patsient reisida arsti juurde teises riigis. Seisukohta, et reisib arst, toetab enamusi.

⁵³² Malaysian Government. Laws of Malaysia, Act 564, Telemedicine Act, 1997. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ktak.gov.my/system/uploaded/files/Telemedicine%20Act%201997%20-%20Act%20564.pdf> (19.03.2009).

⁵³³ Ibid, art 3.

⁵³⁴ Ehhokardiograaf, endoskoop, ultraheliaparaat jt seadmed.

Kas väljaspool riiki asuv arst peab praktiseerimiseks teises riigis omama selle riigi litsentsi, kus asub patsient? Traditsiooniline vastus sellele küsimusele oleks jaatav. Üldlevinud arvamuse kohaselt peavad arstid olema litsentseeritud kõikides jurisdiktsioonides,^{535,536} kus nad näevad ette teenuse osutamist kas elektroonselt või muul viisil.⁵³⁷ Siin ei oma tähendust, et arst võib olla litsentseeritud teises riigis. See sarnaneb juhtumile, kus arst füüsiliselt liigub ühest riigist, kus ta on litsentseeritud, teise riiki teenuse osutamiseks. EL liikmesriikides on litsentseerimine kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiivi tõttu formaalsus, kuid sellest hoolimata litsents tuleb saada.⁵³⁸ Kusjuures e-kaubanduse direktiivi kohaselt, kui telemeditsiini teenus on käsitatav infoühiskonnateenusena, piisab arstil litsentsi omamisest vaid riigis, kus asub tema tegevuskoht.

Kas litsentseeritud arst võib praktiseerida teisest riigist? See küsimus viitab olukorrale, kus arst on litsentseeritud ühes riigis ja pakub selles riigis telemeditsiini teenust patsiendile, kes resideerib teises riigis. Rootsi terviseameti esialgne seisukoht sellele küsimusele oli, et väljaspool riiki asuv arst peab omama litsentsi oma kodumaal ja Rootsi patsient, kes otsib sellise arsti ravi, kas telemeditsiini teel või reisides, peab esitama nõude väär ravi juhtumil litsentsi väljastanud riigi õiguse järgi. Hispaania arst, ravides Rootsi patsienti telemeditsiini vahendusel ei ole kunagi vastutav Rootsi seaduste järgi.⁵³⁹ Selline seisukoht vastab täielikult e-kaubanduse direktiivile, mille kohaselt peab teenus vastama tegevuskoha riigi seadustele ning kontroll teenuse üle toimub tegevuskoha riigis.⁵⁴⁰

Siiski on EL tasandil on avaldatud ka arvamust, et näiteks teleradioloogia teenuste osutamisel peavad kõik teleradioloogia teenust osutavad arstid üldiselt olema registreeritud liikmesriikide reeglite järgi ja alluma liikmesriigi reeglitele, kelle patsientidele nad kirjeldusi tagavad.⁵⁴¹ Sama arvamus on esitatud ka Euroopa Radioloogia Seltsi (*European Society of Radiology*) seisukohtades "Teleradiology in the European Union", mille kohaselt teleradioloogia teenust osutav radioloog peab olema kohaselt atesteeritud ja registreeritud Euroopa ühenduses. Lisaks

⁵³⁵ M.Maheu, P. Whitten, A. Allen, Op.cit., lk 200.

⁵³⁶ R.Oskvig, D. Bolan et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvbk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).

⁵³⁷ S.Callens D.Crolla et al. Op.cit., lk 48.

⁵³⁸ Cross border eHealth in the Baltic Sea Region – what issues should be considered? Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross border eHealth in the Baltic Sea%20 Region report june2006.pdf](http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross%20border%20eHealth%20in%20the%20Baltic%20Sea%20Region%20report%20june2006.pdf) (19.03.2009).

⁵³⁹ Ibid.

⁵⁴⁰ E-kaubanduse direktiivi art 3 lg 1.

⁵⁴¹ Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas .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 (25.03.2009)

peab ta olema formaalselt registreeritud riigis, kus telemeditsiini teenust osutatakse ja allutama end kvaliteedi ja revalideerimise nõuetele EL riigis, kus nad tahavad teleradioloogia teenust osutada.⁵⁴²

Kõikides teenuse osutamise kohaks olevates jurisdiktsioonides litsentseerimise nõude asendamiseks on pakutud välja mitmeid variante. Üks lahendus oleks konstrueerida arsti litsents viisil, mis lubab tal praktiseerida vähemalt piiratud ulatuses väljaspool tema jurisdiktsiooni piire.⁵⁴³ Samas aga on ebaõnnestunud enamikes litsentseerimise seadustes, kus selline erand on sätestatud, defineerida erandi piire või tagada, et korduvad konsultatsioonid ületavad erandit ja nõuavad telearsti litsentseerimist.⁵⁴⁴ Selle seisukoha kriitikud on avaldanud muret, et litsentsi välja andnud ameti valvsus ja huvi litsentsiomaniku väärkäitumise kohta võib olla piiratud, kui patsient ei ole selle jurisdiktsiooni kodanik.⁵⁴⁵

Teine võimalus oleks tunnustada riikide vahel vastastikku litsentse. Selline võimalus on välja pakutud rahvusvahelise telemeditsiini ja teletervise konventsiooni eelnõus. Konventsiooni eelnõu art 3.13 järgi nähakse rahvusvahelise litsentse väljastava organi puudumisel ette liikuda eesmärgina litsentside vastastikuse tunnustamise poole. Ükski osalisriik ei tohi taotlejalt nõuda dokumente või seada tingimusi, mis ei ole mõistlikult vajalikud tagamaks mõistlikku ravistandardit riigi elanikkonnale (konventsiooni eelnõu art 3.13). Mingil määral rakendub see põhimõtte EL-s, kus kehtib kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiiv, mis küll tähendab kutsekvalifikatsioonide vastastikust automaatset tunnustamist, kuid ei tee takistusi liikmesriigi reeglite järgi tervishoiuteenuse osutaja registreerimise kohustusele (sissejuhatava osa punkt 3).

Kolmas, kõige kulukam ja bürokraatlikum lahendus oleks rahvusvaheline akrediteerimine. Selleks tuleks luua või määrata suprajurisdiktsiooniline organ, kes annaks välja rahvusvaheliselt tunnustatud litsentsi.⁵⁴⁶ Kuid ka sellisel juhul kehtiks rahvusvaheline akrediteerimine vaid riikides, kes selle süsteemiga on ühinenud.

Viimane võimalus oleks üldse mitte litsentseerida. Selline lahendus on kooskõlas e-kaubanduse direktiiviga, mille järgi telemeditsiini osutamiseks, kui see on käsitatav infoühiskonnateenusena, piisab tegevuskoha riigis välja antud litsentsist. See kehtib siiski EL piires ning selle aluseks on kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiiv. Sama põhimõtte on esitatud ka patsiendiõiguste

⁵⁴² Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.myesr.org/html/img/pool/ESR_2006_I_Telerad_Web.pdf (23.04.2009).

⁵⁴³ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 48.

⁵⁴⁴ K. Harrington. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

⁵⁴⁵ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 48.

⁵⁴⁶ Ibid, lk 48.

direktiivi eelnõus, mille kohaselt tervishoiuteenuse osutamine, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, peab vastama ravi osutava liikmesriigi seadustele (art 11). Samuti on seitsmes USA osariigis (1997) lubatud arstidel väljaspool osariiki tegutseda osariigi arsti jaoks kui konsultant, vabastades nad osariigi litsentseerimise nõudest.⁵⁴⁷ Lisaks on telemeditsiini praktiseerimiseks erand tehtud USAs föderaalvanglate, sõjaväe ja India Tervishoiu Teenistuse (*Indian Health Service*) puhul, mille tegevus ei ole piiratud osariigi litsentseerimist puudutavate seadustega.⁵⁴⁸ Nende jaoks kehtib üleosariigiline litsentseerimise süsteem.⁵⁴⁹

Kuna litsentseerimisega on palju segadust, siis sellest lähtuvalt peetakse turvalisemaks, et iga e-tervise praktiseerija oleks täielikult litsentseeritud igas jurisdiktsioonis, kus ta teenust osutab. Seda ka põhjusel, et litsentseerimata tegevus on kriminaalkorras karistatav. Seda teed on läinud USA, kus suur osa osariike on vastu võtnud telemeditsiini seadused ja näinud ette, et kui arst soovib osutada telemeditsiini teenust teisest osariigist/riigist, peab ta saama endale loa selles osariigis.^{550,551,552} Kuid selline lähenemine tekitab administratiivseid takistusi, kuna litsentseerimine võib erineda nõuete poolest erinevates jurisdiktsioonides, tekitades lisaks ka täiendavaid kulusid. Samuti on ka arstil keeruline jälgida kõikide riikide nõudeid: patsiendi täisealisus, nõusolek, dokumenteerimine, andmekaitse jne. Interneti ülemaailmsuse tõttu pääseb veebilehele ligi igast maailma punktist ning arstil on keeruline tuvastada, mis riigist patsient pärit on, seda enam, et patsiendid esinevad Internetis sageli anonüümselt, samuti võib patsiendi elukoht asuda ühes riigis, kuid konsultatsiooni taotleb ta teises riigis nt reisil olles.

Magistritöö autor pooldab seisukohta, et arst peab omama selle riigi litsentsi, kus asub tema tegevuskoht. Patsiendile tuleb arsti kohta teatavaks teha oluline info, et patsient saab tuvastada teenuse osutaja, kontrollida tema volitusi ning tutvuda riigis kehtivate nõuetega tervishoiuteenuse osutamiseks. Ka litsentseerimine riigi siseselt ei ole kvaliteedi garantii patsiendile. Arst võib oma kvalifikatsiooni olla kaotanud, viibides tööst eemal või ei ole ennast piisavalt täiendanud.

⁵⁴⁷ K. Harrington, Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

⁵⁴⁸ M.Maheu, P. Whitten, A. Allen, Op.cit., lk 176.

⁵⁴⁹ K. Harrington, Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).

⁵⁵⁰ M.Maheu, P. Whitten, A. Allen, Op.cit., lk 175.

⁵⁵¹ S.Callens, D. Crolla et al. Op.cit., lk 32.

⁵⁵² Legal issues--licensure and telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ntia.doc.gov/reports/telemed/legal.htm> (20.03.2009).

4.3.4 E-kaubanduse direktiivi mõju e-tervise litsentseerimisele

E-kaubanduse direktiivil on suur mõju e-tervise teenuste osutamisele. E-kaubanduse direktiivi kohaselt on infoühiskonnateenused ka tervishoiuteenused, mida saab teha elektrooniliste vahenditega ning mis ei nõua patsiendi füüsilist läbivaatust. Kui kutsekvalifikatsioonide tunnustamise direktiivi järgi on EL-s tervishoiuteenuse osutajate litsentseerimine formaalsus, ei anna kutsekvalifikatsioonide direktiiv võimalust praktiseerida ilma registreerimata teises liikmesriigis. Infoühiskonna teenuste puhul on aga tervishoiuteenuse osutaja litsentseerimine küsitav.

E-kaubanduse direktiivi art 2 järgi ei tohi liikmesriigid kooskõlastatud valdkonda kuuluvatel põhjustel piirata teisest liikmesriigist pärit infoühiskonna teenuste osutamise vabadust. Art 4 kohaselt ei saa liikmesriigid muuta infoühiskonna teenuse osutaja asutamist ja tegevust sõltuvaks eelneva loa olemasolust või muust samaväärse mõjuga nõudest. Direktiivi art 1 järgi peab infoühiskonna teenus, mida pakub tema territooriumil asuv teenuse osutaja, vastama kõnealuses liikmesriigis kehtivatele kooskõlastatud valdkonna⁵⁵³ küsimusi puudutavatele siseriiklikele õigusnormidele. Järelikult peab kontroll teenuse pakkumise üle toimuma selles liikmesriigis, kus asub teenuse osutaja tegevuskoht. Kui teenuse osutaja tegevuskoht asub Eestis, teenust saadakse aga Taanis, peab teenus vastama Eesti õigusele. Kui teenuse osutamiseks on vaja omada litsentsi, siis selle litsentsi taotlemine ja väljaandmine toimub tegevuskoha liikmesriigi õiguse järgi. Liikmesriikides, kus asuvad teenuse kasutajad, litsentsi taotlema aga ei pea. Sellise põhimõtte kohaselt on iga teenuse osutaja vastutav oma riigi seadusandluse alusel ning iga riik tagab, et seal tegevuskohta omav teenuse osutaja vastab seal sätestatud nõuetele. Tegevuskoha riigi õiguse printsiip aitab ära hoida vaidlused kohaldatava õiguse osas ning tagab teenuse osutajale ja teenuse kasutajale õiguskindluse, mis omakorda aitab kaasa teenuste vabale liikumisele.

Liikmesriigid ei tohi kooskõlastatud valdkonda kuuluvatel põhjustel piirata teisest liikmesriigist pärit infoühiskonna teenuste osutamise vabadust. E-kaubanduse direktiivi art 3 järgi võivad liikmesriigid võtta meetmeid konkreetse infoühiskonna teenuse osutamise piiramiseks kooskõlastatud valdkonnas:

- kui see on õigustatud avaliku korra, rahva tervise kaitse, avaliku julgeoleku ja tarbijate s.h investorite kaitseks;

⁵⁵³ Liikmesriikide õigussüsteemides ettenähtud nõuded, mis kehtivad infoühiskonna teenuste osutajate või infoühiskonna teenuste kohta vaatamata sellele, et nõuded on üldise iseloomuga või konkreetselt nende jaoks kavandatud.

- võetakse konkreetse infoühiskonnateenuse vastu, mis takistab eelnimetatud eesmärkide saavutamist või kujutab endast tõsist ohtu nende eesmärkide saavutamisele;
- on vastavuses nende eesmärkidega.

Enne kõnealuste meetmete võtmist ja piiramata kohtumenetlusi, k.a esialgsed menetlused ja eeluurimise raames tehtud toimingud, on liikmesriik:

- taotlenud teiselt liikmesriigilt, kust infoühiskonna teenust osutatakse, meetmete võtmist ja viimane pole neid võtnud või need on olnud ebapiisavad;
- teatanud komisjonile ja teisele liikmesriigile oma kavatsusest võtta selliseid meetmeid.

Seega juhul, kui liikmesriik leiab, et teisest liikmesriigist osutatud e-tervise teenused võivad ohustada tema kodanike tervist, on liikmesriigil õigus teoreetiliselt rakendada meetmeid teenuse osutamise piiramiseks, s.h ka tegevuse litsentseerimiseks/tervishoiutöötaja registreerimiseks. Seejuures aga kas see võimalus on ka praktikas nii lihtsalt realiseeritav. On küll võimalik blokeerida välisriigi veebilehtedele riigisiselt ligipääs, kuid kas see on ka otstarbekas.⁵⁵⁴ Direktiivi art 6 kohaselt uurib komisjon võimalikult kiiresti, kas teatud meetmed vastavad ühenduse õigusele. Kui komisjon jõuab järeldusele, et meede ei vasta ühenduse õigusele, taotleb ta, et kõnealune liikmesriik loobuks kavandatud meetmetest või lõpetaks need viivitamata.

Niisiis e-kaubanduse direktiivi põhjal võib väita, et Euroopa Liidus ei pea infoühiskonnateenusena tervishoiuteenuse osutamiseks evima litsentsi liikmesriigis, kuhu teenust osutatakse, piisab tegevuskoha liikmesriigi litsentsist. Muude piiriüleste e-tervishoiuteenuste puhul, mis ei lange e-kaubanduse direktiivi kohaldamisalasse, jääb alles litsentseerimise nõue igas liikmesriigis, kuhu teenust kavandatakse osutada. Euroopa Parlamendis heaks kiidetud patsiendiõiguste direktiiv tooks sellele nõudele leevendust. Patsiendiõiguste direktiivi eelnõu kohaselt tervishoiuteenuse osutamine, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, peab vastama ravi osutava liikmesriigi seadustele (art 11). Seega, kui direktiiv peaks sellisel kujul jõustuma, ei peaks telemeditsiini juhtumitel tervishoiuteenuse osutaja taotlema litsentsi patsiendi asukohariigis, piisab litsentsi omamisest riigis, kuhu patsient pöördub ravi saamiseks.

⁵⁵⁴ Kaiser-Family- Foundation'i poolt läbiviidud uuring näitas, et koolides ja raamatukogudes kasutatavad tarkvara tugevalt konfigureeritud filtrid, kaitsmaks noorukeid minemast pornograafilistele lehtedele, tegid ka e-tervise veebilehed ligipääsmatuteks. N. Willard. Who Defines Evil? Statement Regarding the Kaiser-Family- Foundation Study on How Filtering Affects Access to Health Information. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:bkOw8qtpcsoJ:www.cyberbully.org/online/docs/pdf/whodefinesevil.pdf+A+study+by+the+Kaiser-Family-Foundation+found,+that+software+filters&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.04.2009).

Lõppsõna

E-tervis on märksõna, mis võeti kasutusele eelmise sajandi viimastel aastatel, kuid tema areng ulatub aastakümnete taha, kui lasti käiku esimesed arvutirakendused 1960ndatel. IST on avaldanud meditsiinile ja tervishoiule mõju kõikides selle valdkondades ning on saanud meditsiinipraktika lahutamatuks osaks. E-tervisena mõistetakse üldiselt IST kasutamist kõikides tervishoiuga seonduvates valdkondades. E-tervise mõiste osas puudub hetkel konsensus, kuid akuutne vajadus selle legaaldefiniitsiooni järele puudub, kuna e-tervise kontseptsioon on ajas muutuv ning e-tervise rakendused on loendamatud. Kui e-tervis üldmõistena ei vaja määratlemist, siis tarve tema rakenduste (telemeditsiin, telekonsultatsioonid jt) defineerimise järele on. See tooks selgust selles osas, millised rakendused moodustavad meditsiinipraktika ning mille osutamisel tuleb järgida seetõttu tervishoidu reguleerivaid õigusnorme ja eetilisi printsiipe, s.h litsentseerimine ja teenuse kvaliteet. Samuti aitab definitsioon kaasa e-tervise protsessis osalejate õiguste, kohustuste ja vastutuse määratlemisel. Mõistete defineerimine võimaldaks selgeks teha, millised õigusaktid kohalduvad e-tervise teenuste osutamisele ning vajadusel täiendada olemasolevat regulatsiooni või kehtestada hoopiski uus regulatsioon.

Kuna Interneti ülemaailmsuse tõttu levib e-tervis piiriüleselt, siis tekib e-tervise teenuse osutamisel probleeme riikide vaheliste ühitamatute reeglitega nii õiguslikes, tehnilistes kui ka majanduslikes, keelelistes jt küsimustes. Selgete reeglite puudumine tasustamise, privaatsuse, litsentseerimise osas võib saada takistuseks e-tervise teenuste piiriülesele osutamisele. Interneti ülemaailmsusest tingituna on keeruline ühtlustada tervishoiuteenusele rakendatavaid reegleid kogu maailmas, seda ka rahvusvaheliste instrumentide abil. Käesoleval hetkel käibivad rohkem eetilised normid ja eneseregulatsioon, samuti kohalduvad teenuse osutamisele üldised õigusaktid ja –normid. Kuna e-tervis võib kasu asemel tuua palju ka kahju ning just oma pöördumatute või korvamatute tagajärgede tõttu isikutele, kes neid teenuseid kasutavad, tuleks püüelda e-tervise rahvusvahelise regulatsiooni poole.

EL-s on muutunud tervishoiuteenuste mõiste. Kui varasemalt ei kuulunud tervishoiuteenus teenuste vaba liikumise alla, on siin toimunud suured muutused tänu Euroopa Kohtu praktikale. Tervishoiuteenusele rakendatakse samu reegleid, kui üldist majandushuvi pakkuvatele teenustele. EL leiab, et tervishoiuteenus on üha enam muutumas valdkonnaks, kus liikmesriigid ei suuda

üksi enam toime tulla ning EL peab initsiatiivi näitama. Seejuures aga tunnistas EL siiski tervishoiuteenuse erilisust ning on arvamisel, et neid tuleb reguleerida teistest teenustest erinevalt.

EL-s on selgelt tunnustatud eeliseid, mida annab infotehnoloogia kasutamine, s.h ka e-tervishoiu. E-tervishoiu tähtsust on rõhutatud nii E-Euroopa 2002 tegevuskavas kui E-Euroopa 2005 tegevuskavas. Lisaks on EL võtnud suuna ühtse e-tervishoiu piirkonna loomisele. EL jõupingutusi piiriülese tervishoiuteenuse üleühenduselise reguleerimise osas päädis Euroopa Komisjoni ettepanek patsiendiõiguste direktiivi vastuvõtmiseks, mis seaks reeglid piiriülese meditsiini osutamisele, sisaldades s.h telemeditsiini, e-konsulteerimist, e-laborit, e-retsepti. Siiski ei kannusta direktiivi eelnõu järgi EL liikmesriike e-tervishoiu süsteeme või teenuseid sisse viima.

Spetsiifiline e-tervise alane seadusandlus EL tasandil hetkel puudub. E-tervise teenuseid reguleerivad üldised õigusaktid, olulisemat mõju neist avaldab e-tervise osutamisele e-kaubanduse direktiiv. E-tervise arengud on olnud kiired ning õiguslik regulatsioon ei ole sellele järele tulnud. Vajadus selgema õigusliku regulatsiooni järele on aga olemas. 2008.a tegi Euroopa Komisjon ettepaneku patsiendiõiguste direktiivi vastuvõtmiseks, 2009.a aprillis kiitis parlament muudatusettepanekutega direktiivi eelnõu heaks. Direktiivi reguleeriks tervishoiuteenuse piiriülest osutamist ning kohalduks ka e-tervise ja telemeditsiini teenustele. Direktiivi kohaselt peab teenuse osutamine vastama selle riigi õigusaktidele ja reeglitele, kus patsient ravi saab. Direktiivi jõustumisel kehtiks sarnaselt e-kaubanduse direktiivile tervishoiuteenuse osutamisele päritoluriigi printsiip. See lihtsustab tervishoiuteenuse piiriülest osutamist. Siiski jääks ka direktiivi vastuvõtmisel alles õiguslik ebaselgus ja –kindlus mitmetes e-tervise teenuste osutamisega seotud valdkondades- e-tervise ja telemeditsiini legaaldefiniitsioonid, jurisdiktsiooni, vastutuse, andmekaitse küsimused. Nende probleemide lahendamine eeldab kõigepealt olemasoleva e-tervise valdkonda reguleeriva õigusliku raamistiku põhjalikku läbitöötamist, mille põhjal saaks arendada ühenduse reeglustiku ohutute, kõrgekvaliteediliste ja tõhusate e-tervise teenuste jaoks tagamaks kindlust, et kogu ühenduse tasandil rakendatakse ühenduse õigust.

Eestis võeti suund e-tervise projektide väljatöötamisele 2000.a. Selle tulemusena võeti Eestis 20.12.2007.a vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus, mis paneb aluse terviseinfosüsteemile, digiregistratuurile, digipildile ja e-retseptile. Nende rakendamiseks on sotsiaalminister vastu võtnud mitmeid määrusi. Kõik need õigusaktid jõustusid 1.septembrist 2008.a. Kuigi õigusaktide rakendussätete kohaselt toimuks üleminek etapiviisiliselt, on veidi üle nelja aasta süsteemi rakendamiseks ilmselt lühike aeg. E-

tervise projektide elluviimine peaks kaasa tooma tervishoiuteenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemise. Samas aga ei saa selle eesmärgi saavutamiseks piirduda riigi tasandil vaid nende nelja e-tervise valdkonnaga, et lahendada vananeva, kroonilisi haigusi põdevast ühiskonnast ja rahalise vahendite nappusest tingitud probleemid. E-tervise mõiste on laiem, kui ainult meditsiiniandmete vahetus. Tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti mõjutavad mitmed tegurid, andmevahetus on nendest vaid üks. Tervishoiu ees seisvate probleemide lahendamiseks tuleks ühe võimalusena laiendada e-tervise teenuste ringi ning luua eeldusi riigi tasandil nende realiseerimiseks. Oluline on toetada tervishoiuasutuste ettevõtmisi e-tervise/telemeditsiini vallas, luua õiguslik, materiaalne, tehniline baas nende teenuste osutamiseks.

E-tervise kasutuselevõtt toob kaasa ka arst-patsiendi suhte muutumise. Silmast- silma kohtumine on asendumas suhtlemisele IST vahendite abil. Arst-patsiendi suhe liigub lineaarsest suhtest maatrikssuhtesse, sellega seondult on muutumas ka vastutuse doktriin. Mõlemal poole on ligipääs samasugusele infole. Sellega seondult võib patsient muutuda üha rohkem vastutavamaks oma tervise eest. Ka arstil võib lasuda suurem kohustus patsienti harida viimase kasutuses oleva info osas.

Palju on ebaselgust selles, kas ja millal tekib arst-patsiendi vaheline suhe e-tervise teenuste osutamisel, millal muutub arst vastutavaks patsiendi ees. Kui seni oldi arvamisel, et arst-patsiendi suhte aluseks saab olla eeldus, et arst on patsiendiga eelnevalt kohtunud, siis see arusaam on hakanud muutuma. Arsti ja patsiendi vaheline suhe võib tekkida ka Interneti vahendatud kontaktist, kui arst pakub veebilehel tasu eest või tasuta patsiendile nõu. Selge on see, et osa konsultatsioone moodustab meditsiinipraktika ning tekitab arst-patsiendi suhte, kui patsient küsib nõu arsti käest, kes seda oma veebilehel pakub. Arst vastutab nõuande sisu eest ning ta ei pea nõu andma, kui andmed on ebapiisavad.

Probleemiks on kujunemas ka e-tervise kvaliteet. Kuigi e-tervishoiuteenust osutatakse üldjuhul tingimustes, kus arst patsienti ei näe, ei tohiks ravistandard olla erinev e-tervise rakenduste puhul traditsioonilisest meditsiinist ning ravistandard peab sisaldama ka telemeditsiini ning teiste e-tervise võimaluste kasutamist, kui see on vajalik ja kättesaadav.

Kvaliteedi tagamise üks viise on litsentseerimine. Valitseb arvamus, et arst, kes soovib praktiseerida telemeditsiini, peab olema litsentseeritud igas jurisdiktsioonis, kus ta soovib teenust osutada. Kuid selle reegli järgimine võib muutuda takistuseks e-tervise teenuse osutamisel. Otstarbekas oleks olukord, kui lähtutaks päritoluriigi põhimõttest, kus teenuse osutaja tegevus peab vastama selle riigi nõuetele, kus asub tema tegevuskoht. Selline põhimõte kuulub

rakendamisele EL-s e-kaubanduse direktiivi kohaldamisalasse kuuluvate teenuste osutamisel. Päritolumaa reegli rakendamisel tuleb patsiendile anda piisavat informatsiooni, et patsient saaks teha teadliku valiku. See sarnaneb olukorraga, kui patsient liigub teenuse saamiseks füüsiliselt teise riiki. Tervishoiuteenuse osutaja litsentseerimise nõudega igas riigis ei pruugi olla tagatud tervishoiuteenuse kvaliteet, kuna EL on registreerimine kutsekvalifikatsiooni direktiivi alusel formaalsus.

Internet muudab info edastamist- igaüks võib seal infot avaldada, vahe reklaami ja toimetatud teksti vahel on ähmane. Praegu reguleerivad tervise veebilehti vabatahtlikud koodeksid ning muud süsteemid. Üleüldine regulatsioon EL tasandil on tagatud e-kaubanduse direktiiviga, mis tagab teenuse osutaja läbipaistvuse. EL tasandil on tervise veebilehtede kvaliteedi tagamiseks välja antud juhtnöörid. Tegemist on mittesiduvate reeglitega. Veebilehtedel info jagamine peaks olema siiski õiguslikult siduvamalt reguleeritud. Tervishoiuteenus on siiski niivõrd erinev teistest teenustest, et seda reguleerida samade sätete alusel nagu muid teenuseid. Ebakvaliteetse teenuse osutamine võib ohtu kujutada isikute elule ja tervisele. Tuginedes ainuüksi veebilehtedel pakutavale nõuandele ja infole võib tekkida olukord, kus patsiendid ei pöördu enam arsti poole, vaid tegelevad eneseravimisega. Tuleb kehtestada kindlad õiguslikud reeglid, kes, millistel tingimustel võivad veebilehtedel nõu anda ning milline vastutus järgneb ebaõige nõuande korral.

Kokkuvõtteks võib sedastada, et e-tervis areneb kiiremini, kui õigus sellele järele jõuab. Selgelt on tunnetatud õiguslikku ebakindlust sellistes valdkondades nagu litsentseerimine, andmekaitse, arst-patsiendi suhted, vastutus. Seni, kuni on lahendamata õiguslikud küsimused, on raske taotleda ülemaailmselt e-tervise usaldusväarsust. Eriliselt keeruliseks teeb olukorra see, et Interneti ja arvutivõrgu vahendusel levib e-tervis üle maailma ning igas riigis kehtib erinev regulatsioon. E-tervise hüved on tohutud, võimaldades lahendada mitmeid probleeme, parendada tervishoiuteenuse kvaliteeti, tehes see kättesaadavamaks ning tagada selle efektiivsus. Selleks, et nendest hüvedest tõesti kasu oleks, tuleks teha jõupingutusi probleemide lahendamiseks s.h selge õigusliku regulatsiooni kehtestamine. Interneti ja IST vahendite ülemaailmsusest tingituna on see regionaalsel ja globaalsel tasemel keeruline ülesanne, seega tuleks taotleda teatud osas ülemaailmselt regulatsiooni. Kuigi mitmed e-tervise aspektid on reguleeritud olemasoleva seadusandlusega, kuigi kaudselt, ei taga olemasolev regulatsioon piisavat õiguskindlust ja –selgust ning võib saada takistuseks e-tervise piiriülesele levikule. Olemasolev regulatsioon pärineb ajast, mil e-tervise rakendused ei olnud ulatuslikud. Seadusandlus peaks soodustama e-tervise osutamist nii riigisiselt kui väljapool riigipiire, ohustamata seejuures nende kasutajate elu ja tervist.

E-health and the law

Resume

Internet and other technologies of communication are changing medical practice quite fast. Unlike traditional healthcare, Internet is not limited with geographical and political boundaries and therefore searching and offering international and cross-border information about health, health products and services is more possible. Very vital part of traditional healthcare is informatics. Different applications of E-health offer solutions to various problems - mobility of patients, the aging of the population, lack of healthcare professionals, unsatisfying accessibility of medical help in secluded areas, assurance of continuity of care, scarcity of monetary resources.

Although E-health offers unprecedented amenities, it still has some political, economical, technical, organisational, administrative, social and legal issues that need to be solved. Privacy of patients, quality of healthcare service, licensing of healthcare service providers and liability are the main legal problems related to E-health topic.

In the world concept of E-health came into use in 1999 or 2000, according to some data, even earlier. E-health is used in wider sense as ICT applications related to functions that have an impact on public health sector. E-health does not have a widely accepted definition. However, there is no urgent need to define e-health, since it is a concept that is dynamical and changes over time. While in the interests of legal clarity and legal certainty telemedicine and other e-health services should be defined to provide successful use of these services.

EU is turning more and more attention to regulating healthcare services at the Union level. European Court of Justice has taken a stand that health services are services in the meaning of article 49 in EU Treaty. In relation to increase in movement of people, healthcare services are not provided within one Member State, but in accordance with EU principals, every person has a right to the same medical help in other countries as he would have had in his own Member State. Organising health services cannot be just under jurisdiction of one Member State, but because of its cross-border nature it is obvious that Member States cannot handle it alone and there is a need for measures at Union level.

EU has clearly recognised advantages that come with the use of information technology, including e-healthcare. The importance of e-healthcare has been emphasised in e-Europe 2002 Action Plan as in e-Europe 2005 Action Plan. In addition EU has taken the course to create single unified e-health area. EU has stressed the importance of e-health in several documents. Recently there was given a Communication from the Commission to the European Parliament, the council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions on telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society.

At the moment there is no specific e-health related legislation at Union level. E-health services are regulated by general acts. The strongest influence to this area has the directive on e-commerce. The directive applies to services normally provided for a reward at a distance, by electronic means and at the individual request of a recipient of services. Information society services are also healthcare services that do not require medical examination. The directive also applies to health care professionals or on-line databases that are available to consumers, as well as to web pages of doctors and on-line sale of medicaments. The directive on e-commerce constitutes the principle of the country of origin, which means that the control over the service provider takes place in the country where information society service provider pursues its economic activity.

In Summer 2008 realising the need for clearer juridical regulation was given a Proposal for a Directive of The European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Cross-border health care includes also cases where information flows from service provider to patient, in particular e-health applications such as telemedicine services, remote diagnosis and prescription and laboratory services. The European Parliament adopted a report on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare on 23th April 2009 .

According to draft legislation of the directive, telemedicine services have to comply with the Acts of the Member State where the patient is being treated. Member State is responsible for the quality. Therefore the principal the country of origin, which is in the directive on e-commerce and in the directive on services, which originally had to regulate health services as well, has been approved.

The draft legislation for the directive still has some vagueness about which directive is applied in what circumstances. That can also be an obstacle for providing smooth cross-border telemedicine services, since the provider is obligated to follow the laws and rules of the country of origin

where the patient resides, health service provider must also have license in every Member State, where one plans to provide service.

In 2000 Estonia took the direction to develop e-health projects. As the result TTKS amendments were adopted in Estonia that brought new terms such as health information system, digital registration, digital picture and e-prescriptions. Minister of Social Affairs have adopted different regulations about these issues. Realisation of e-health projects should improve the quality and accessibility of healthcare services. However solving problems in health system need more than these four applications. The term of e-health is broader than changing medical data. Expansion of E-health services and creating new technical, material and juridical ground at the State level could all help to solve healthcare issues. Taking into account that financial resources are limited and 70% of treated illnesses are chronic and stationary medical help is expensive, telemedicine services should be developed, ensuring its juridical base and providing its payment.

The characteristics of telemedicine and e-consulting is that the doctor does not communicate with the patient face to face, but through ICT mediums from some distance. Often the doctor has not seen the patient nor does he know the patients name. Although widely accepted position is that for the doctor-patient relationship, preceding meeting is required, still when it comes to free consult, it is clearly contractual relationship. General offered information on websites does not create contractual relationship, but can be bases for tortious claim. The ground for contractual relationship is intension from parties. Still offering general health information on web pages is unlikely ground for contracts. In case of on the bases of information or advice offered by web pages and through doctor's e-mail, reasonable person may think that it is intension for concluding a contract, then contractual relationship may rise.

Using Internet by healthcare service consumer brings also other juridical problems. A patient may have the same access to the information as a doctor, but patients do not have the same professional training to interpret the information. So the doctors have the obligation to provide assessment of the information's quality.

Standard of care means following required care in activities. A doctor has to take regular practice of medicine into account and violation of this objective standard means medical malpractice. It is prevailing opinion that using electronic means for contact between the parties cannot alter the standard of treatment. Otherwise it can hold back future e-health service expansion and change patient's trust in e-health and telemedicine..

By general rule, the doctor is not liable if he has acted in accordance with accepted medicine practise. At the present time consulting in the Internet is not yet a part of routine medical practise. Likely the doctor is not liable when he did not use Internet as a source. While Internet becomes more trustworthy and common means in medical practise, then a way the doctor is using Internet, can create ground for new liability and as well new obligations. The same applies to other ICT applications. It is likely that the non use of telemedicine and e-health opportunities can be considered as treatment below standard treatment, when over time more different means are being used in medicine and the more usual their using shifts.

Using Internet for exchanging health related information has increased enormously. Internet is means for asking advice, receiving information about illnesses, treatments, lifestyles, buying medicaments and health products, participating in different forums. Web pages give patients more information they can get at the doctor's or at the hospital. Health is one of the main reasons people use Internet.

There is no legal regulation for the websites providing e-health services. Many organisations have developed codes and principles to provide ethical guidance and resources for Internet use. The ethical codes worked out for consumer protection lay down the by-laws for website content, advertisement, sponsoring, data protection and thereby improving the quality of e-services. The purpose of ethical codes is to help to create a reliable environment for all users, irrespective of whether they are patients, healthcare professionals or the sponsors of the website.

One way to ensure the quality of health care is to license the service providers. In many countries the license is required to provide medical services. The principle to provide the license of telemedicine in the country of patient origin by a person who has license of telemedicine in another country is widely recognized. The E-commerce directive provides the country of origin principle for the information society services. According to the country of origin principle the service must comply with the country laws where the place of business of the service provider is. In the same time the licensing requirement may become an obstacle for providing the cross-border e-health service. Therefore, the mutual recognition of licenses must be agreed upon to facilitate providing of e-services and in the same time protect the consumers.

In conclusion it must be noticed that the e-health is evolving more than the legislation. The legal uncertainty in areas such as licensing, remuneration, privacy, data protection, the doctor-patient relationship and liability is clearly recognized. E-health is characterized by its cross-border nature. In the meantime, as long there are unresolved legal issues, it is difficult to apply for an

international e-health. Obstacles for this matter are the state borders and different legal regulations. E-health services spread through Internet and computer network everywhere in the world making the situation especially difficult. E-health benefits are enormous, allowing solving many problems, to improve the quality of health care, to make it available, and effective. It would be a global effort to solve the problems, including the legal system, in order to benefit from these goods.

Kasutatud allikate loetelu

I Kasutatud kirjandus

1. Allen, J. Ensuring quality of health care providers within the single market. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ose.be/health/files/respaper/allenpaper.pdf> (07.04.2009).
2. Attarian, D. E. Medical liability in cyberspace. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.aaos.org/news/bulletin/oct07/managing2.asp> (25.03.09).
3. Bashshur, R.L. Telemedicine nomenclatur: What does it mean? - Telemedicine Journal, 2000, 6, 1-3.
4. Beljajev, K. Pensioniealised tohtrid jätavad tööturule tühimiku.- Meditsiiniuudised. 10.06.2008.
5. Callens, S., Crolla, D. et al. E-health and the law. London: Kluwer Law International and International Law Association, 2003, 183 lk.
6. Car, J., Black, A. et al. The Impact of eHealth on the Quality & Safety of Healthcare. A systematic overview & synthesis of the literature. Report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ehealthnews.eu/images/stories/Impact_of_eHealth.pdf (22.04.2009).
7. Chamness, J.N. Liability of Physicians for Communicating over the Internet. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.corneliuscollins.com/CM/WhatsNew/WhatsNew7.asp> (25.03.09).
8. Crigger, B.-J. Foundations of the eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ihealthcoalition.org/ethics/code-foundations.html> (16.02.2007).
9. Dakers, L. Establishing the physician-patient relationship. - Reporter. July/August 2000. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tmlt.org/publications/resources/Reporter/JulAug2000.pdf> 25.03.09
10. Eysenbach, G. What is e-health? - Journal of Medical Internet Research, 2001;3(2):e20. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/> (19.03.2009).
11. Eysenbach, G., Powell, J. et al. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. - JAMA 2002; 287:2691-2700 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/287/20/2691> (07.04.2009).

12. Eysenbach, G., Ryoung, Sa E., Diepgen, T. L. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine.- British Medical Journal 1999, vol 319, lk 1294. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1129072> (20.03.2009).
13. Habicht, J., Thetloff, M., Kiivet, R. Kindlustatud isikute suured kulud tervishoiuteenustele.- Eesti Arst 2001, 80(9):395.
14. Harrington, K. Legal implications of the Practice of Medicine over the Internet Telemedicine and Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.gase.com/cyberlaw/toppage11.htm> (30.10.2006).
15. Ilves, K. Lihula ja Virtsu perearst lõpetab töö. – Lääne Elu. 22.11.2008.
16. Koch, T. Tervishoiu päästmiseks tuleb kehtestada täiendavad maksud. - Eesti Postimees. 25.04.2009.
17. Kolbasuk McGee, M. E-Health On The Horizon. May 17, 2004. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.informationweek.com/story/showArticle.jhtml?articleID=20300885> (21.04.2009).
18. Kull, I., Käerdi, M., Kõve, V. Võlaõigus I Üldosa, Tallinn: Kirjastus Juura, 2004, lk 469.
19. LeBourdais, E. When medicine moves to the Internet, its legal issues tag along.- Can Med Assoc J 1997;157:1431-3. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1228478> (25.03.09).
20. Lönnfors, M. The Finnish Health System and CT law: The Difficulty of Caring for Santa's Bairns. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bileta.ac.uk/02papers/lonnfors.html> (01.04.2005).
21. Mack, J. Global e-Health ethics-Access+Quality=Equity. Global healthcare 2002. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/publications/pdf/2001/mack.pdf> (21.04.2009).
22. Maheu, M.M., Whitten, P., Allen, A. E-Health, Telehealth and Telemedicine. San Francisco: Jossey Bass, 2001, 380 lk.
23. Mason, J.K., McCall Smith, R.A. Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Õigusteabe AS Juura, 1996, lk 223.
24. Mea, V. D. What is e-Health (2): The death of telemedicine?-J Med Internet Res 2001;3(2):e22. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2001/2/e22/> (20.03.2009).
25. Mitchell, J. From Telehealth to E-health: the unstoppable rise of E-health. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.archive.dcita.gov.au/1999/09/rise> (20.03.2009).

26. Nahkur, S. Euroopa tervishoiu suurim ülesanne lähiaastatel on e-tervise edukas rakendamine. Aktuaalne teema 02.september.2008. Med 24. Arvutivõrgus kättesaadav: www.med24.ee/etervis/article_id-5172_-28k (24.04.2009).
27. Nõmper, A. Tervise infosüsteemi andmetega tutvumise kohustusest.- Lege artis 2007.05.07., lk 38-39.
28. Nõmper, A., Sootak, J. Meditsiiniõigus. Tallinn: Kirjastus Juura, 2007, lk 232.
29. Oh, H., Rizo, C. et al. What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions Journal of Medical Internet Research 2005;7(1):e1). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jmir.org/2005/1/e1/> (19.03.2009).
30. O'Reilly, M. Get ready for online sales of prescription drugs.- CMAJ 1999, 161:557. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/161/5/557> (19.03.2009).
31. Oskvig, R., Bolan, D. et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).
32. Pagliari, C., Sloan, D. et al. What Is e-Health (4): a Scoping Exercise to Map the Field. Journal of Medical Internet Research 2005;7(1):e9). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:BQjXebZt0SQJ:www.jmir.org/2005/1/e9/+linguistic+change+e-health&hl=et&ct=clnk&cd=1&gl=ee> (19.03.2009).
33. Palm, W., Nickless, J. et al. Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. Rapport Final May 2000. Kirjalik materjal magistratöö autori valduses.
34. Pilvinski, K. Puurmanni vald on juba aasta perearstita. –Meditsiiniuudised. 17.12.2008.
35. M.Rigby, J. Forsström et al. Verifying quality and safety in health informatics services.- BMJ 2001;323:552-556. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7312/552> (25.03.2009).
36. Schmidt, K., Ernst, E. Assessing websites on complementary and alternative medicine for cancer. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://annonc.oxfordjournals.org/> (07.04.2009).
37. Shea, S. The Patient-Physician Relationship in the Age of Electronic Communication . Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ideatel.org/syllabus/relationship.html> (25.03.09).
38. Silber, D. The Case for eHealth. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2003.pdf (19.03.2009).

39. Sivaswamy, R. Doctors on the Internet - Legal and Practical Implications. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.eubios.info/EJ125/ej125j.htm> (17.04.2009)
40. Sneddon, M, Noonan, P. Legal and Regulatory issues in E-Health. Arvutivõrgus kättesaadav: www.claytonutz.com/redirector.asp?doc=409 (20.03.2009).
41. Soosaar, A. E-tervis ja eetika. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://biomedicum.ut.ee/~andress/eesti/lood/etervise%20eetika.htm> (20.03.2009).
42. Tabur, T. Teavitus täidab tühjad vastuvõtuajad. -Meditiiniuudised. 07.04.2009.
43. Tikk, E. Paljud ärilised veebilehed rikuvad seadust 19.04.2005. – ÄPO. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.google.ee/search?q=Paljud+%C3%A4rilised+veebilehed+rikuvad+seadust+&ie=UTF-8&hl=et> (21.04.2009).
44. Tan, S. Y. Medical Malpractice. Understanding the Law, Managing the Risk. Hackensack, NJ: World Scientific Publishing Company, 2006, 339 lk.
45. Varul, P., Kull, I., Kõve, V., Käerdi, M. Võlaõigusseadus I. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Kirjastus Juura, 2006, lk 705.
46. Veskimägi, M. Telemeditsiinist ja meilikonsultatsioonidest. - Perearst 13.veebruar.2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.med24.ee/eesti/perearst/article_id-924 (06.04.2009).
47. Wachter, G. Malpractice and Telemedicine Telemedicine Liability: The Uncharted Waters of Medical Risk Arvutivõrgus kättesaadav: <http://tie.telemed.org/legal/other/malpractice0702.pdf> (17.04.2009)
48. Wachter, G.W. New Medicare Reimbursement Laws: An Open Door for Telemedicine? Arvutivõrgus kättesaadav: http://tie.telemed.org/articles/article.asp?path=legal&article=medicareReimbursement01_gw_tie01.xml (24.03.2009)
49. Waegemann, C.P. The Role of the Internet for Today's Healthcare. - Medical Informatics Internet lk 18-21. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/publications/pdf/2000/waegemann.pdf> (19.03.2009).
50. Willard, N. Who Defines Evil? Statement Regarding the Kaiser-Family- Foundation Study on How Filtering Affects Access to Health Information. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:bkOw8qtpcsoJ:www.cyberbully.org/online/docs/pdf/whodefinesevil.pdf+A+study+by+the+Kaiser-Family-Foundation+found,+that+software+filters&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.04.2009).
51. Wilson, P., Leitner, C., Moussalli, A. Mapping the Potential of e-Health: Empowering the Citizen through eHealth Tools and Services Arvutivõrgus kättesaadav:

www.eipa.eu/eEurope_Awards/eEurope_Website_Documentation%20Section/eHealth_Research%20Report_2004.pdf (19.03.2009).

II Normatiivmaterjalid

Eesti

52. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 01.01.2008.a määrus nr 12. - RT I 2008, 2, 19; RT I 19.02.2009.
53. Eesti infoühiskonna arengukava 2013 heakskiitmine. Vabariigi Valitsuse 30. novembri 2006. a korraldus nr 667. -RTL, 14.12.2006, 87, 1607.
54. Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009-2015 ja selle rakenduskava 2009-2012 kinnitamine. Sotsiaalministri 5. veebruari 2009. a käskkiri nr 16. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf (08.04.2009).
55. E-tervise osakonna põhimäärus. Sotsiaalministri 22. veebruari 2008. a määrus nr 10. -RTL, 2008, 18, 269.
56. Haiglavõrgu arengukava. Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2003. a määrus nr 105. - RT I 2003, 35, 223; 2004, 86, 586.
57. Infoühiskonna arengukava rakendusplaan 2007-2008. Arvutivõrgus kättesaadav: www.mkm.ee/failid/IYA_rakendusplaan_8.rtf (20.03.2009).
58. Infoühiskonna teenuste seadus.-RT I 2004, 29, 191; RT I 2007, 66, 408.
59. Isikuandmete kaitse seadus. - RT I 2007, 24, 127; 2007, 68, 421.
60. Elektroonilise side seadus. -RT I 2004, 87, 593; RT I 2008, 28, 181.
61. Karistusseadustik -RT I 2001, 61, 364; RT I 2008, 54, 304.
62. Meditsiiniliste ülesvõtete liigid, neile esitatavad infotehnoloogilised nõuded ning kättesaadavaks tegemise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrus nr 47 -RTL 2008, 73, 1020.
63. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 ja selle rakendusplaani 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.
64. Rahvatervise seadus.- RT I 1995, 57, 978.
65. Ravijärjekordade maksimumpikkused. Eesti Haigekassa nõukogu 06. märtsi 2009 otsus nr. 4
66. Ravikindlustuse seadus - RT I 2002, 62, 377; RT I 2008, 60, 331.

67. Ravimiseadus. - RT I 2005, 2, 4; RT I 2008, 56, 313
68. Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm. Sotsiaalministri 18. veebruari 2005. a määrus nr 30 - RTL 2005, 23, 315, RTL 2008, 78, 1099.
69. Retseptikeskuse asutamine ja retseptikeskuse pidamise põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 14. augusti 2008. a määrus nr 130.- RTI 2008, 39, 229.
70. Sotsiaalministri 18. veebruari 2005. a määruse nr 30 «Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm» muutmise“. Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrus nr 54. - RTL 2008, 78, 1099.
71. Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53- RTL 2008, 78, 1098.
72. Terviseinfosüsteemi põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 14.augusti 2008.a määrus nr 131.- RTI 2008, 38, 226.
73. Tervisekaardi ja saatekirja kehtestamine” Sotsiaalministri 22.jaanuari 1998.a määrus nr 8. – RTL 2002, 59, 891.
74. Tervishoiukorralduse seadus.- RT I 1994, 10, 133.
75. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus - RT I 2001, 50, 284; RT I 2008, 58, 329.
76. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus. - RT I 2008, 3, 22.
77. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Sotsiaalministri 15. detsembri 2004. a määrus nr 128.- RTL 2004, 158, 2376.
78. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded Sotsiaalministri 21. augusti 2008. a määrus nr 46 RTL 2008, 73, 1019).
79. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrus nr 56- RTL 2008, 80, 1115; RTL 2009, 29, 383.
80. Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord. Sotsiaalministri 6. mai 2002. a määrus nr 76.- RTL 2002, 59, 891.
81. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus .- RT I 1999, 60, 616.
82. Võlaõigusseadus- RT I 2001, 81, 487; RT I 2008, 59, 330.

Malaisia

83. Malaysian Government. Laws of Malaysia, Act 564, Telemedicine Act, 1997. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.ktak.gov.my/system/uploaded/files/Telemedicine%20Act%201997%20-%20Act%20564.pdf> (19.03.2009).

Norra

84. Act of 2nd July 1999, no 64 relating to health personnel etc. [The Health Personnel Act]

<http://www.ub.uio.no/cgi-bin/ujur/ulov/sok.cgi> (21.04.2009)

Prantsusmaa

85. Loi n°2004/810 sur l'Assurance Maladie. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=> (19.03.2009).

Saksamaa

86. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung Modernisierungsgesetz.

Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.rechtliches.de/info_GKV-Modernisierungsgesetz.html (19.03.2009).

Soome

87. Act on Health Care Professionals. No 559/1994. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.finlex.fi/en/laki/> (21.04.2009).

88. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulaki 816/2000. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/> (21.04.2009).

89. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisest käsittelystä. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> (19.03.2009).

90. Laki sähköisest lääkemääräyksestä. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061> (19.03.2009).

III Kasutatud seletuskirjad

91. Seletuskiri sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ eelnõu juurde. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eoigus.just.ee/> (22.04.2009).

92. Tervise infosüsteemi seaduse eelnõu seletuskiri (22.11.2006). Elektrooniline materjal magistrirühma autori valduses.
93. Tervishoiukorralduse seaduse eelnõu seletuskiri. Elektrooniline materjal magistrirühma autori valduses.
94. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja seonduvate seaduste muutmise seadus eelnõu seletuskiri. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=170748&u=20090421153909
(21.04.2009).

IV Rahvusvahelised konventsioonid ja soovitused

95. Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste konventsioon.-RT II 1996, 11/12, 34;2000,11, 57.
96. Inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärikuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel. - RT II, 07.01.2002, 1, 2.
97. Lepinguliste kohustuste suhtes kohaldatava õiguse konventsioon. –RT II 2006, 10, 25 , 1968.
98. Tsiviil- ja kaubandusajade kohtualluvuse ning neid käsitlevate kohtuotsuste tunnustamise ja täitmise konventsioon.- ELT L 339, 21.12.2007, lk 3-41.
99. ÜRO konventsioon kaupade rahvusvahelise ostu-müügi lepingute kohta. -RT II 1993, 21/22, 52.
100. ÜRO mereõiguse konventsioon. -RTII 2005, 16, 48.
101. Council of Europe Recommendation Rec(2004)17 of the Committee of Ministers to member states on the impact of information technologies on health care – the patient and Internet. Arvutivõrgus kättesaadav:
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=802853&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> (21.04.2009).

V EL instrumendid

102. Euroopa Liit — Euroopa Liidu Lepingu ja Euroopa Ühenduse Asutamislepingu Konsolideeritud Versioonid. 29.12.2006. - ELT C 321 E/1.
103. EL Põhiõiguste harta.- ELT C 303, 14.12.2007, lk 1-16.
104. 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.

105. EL Nõukogu määrus 44/2001/EÜ kohtualluvuse ja kohtuotsuste tunnustamise ja täitmise kohta tsiviil- ja kaubandusajades. -EÜT L 12, 16.1.2001, lk 1-23.
106. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu määrus (EÜ) nr 45/2001, 18. detsember 2000, üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ühenduse institutsioonides ja asutustes ning selliste andmete vaba liikumise kohta. -EÜT L 8, 12.1.2001, lk 1-22.
107. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu Määrus (EÜ) nr 864/2007, 11. juuli 2007, lepinguväliste võlasuhete suhtes kohaldatava õiguse kohta (Rooma II) -ELT L 199, 31.7.2007, lk 40-49.
108. Nõukogu 26. jaanuari 1965. a direktiiv 65/65/EEC ravimeid käsitlevate õigus- ja haldusnormide ühtlustamise kohta. -EÜT 1965, 22, lk 369.
109. Nõukogu 10.09.1984.a direktiiv 84/450/EMÜ eksitava ja võrdleva reklaami kohta. -EÜT L 250, 19.09.1984, lk 17.
110. Nõukogu 31.03.1992.a direktiiv 92/28/EMÜ ravimite reklaamimise kohta. -EÜT L 113, 30.4.1992, lk 13.
111. Nõukogu 29.06.1992.a direktiiv 92/59/EMÜ üldise tooteohutuse kohta. -EÜT L 228, 11.8.1992, lk 24.
112. Nõukogu 5.aprilli 1993.a direktiiv 93/13/EMÜ ebaõiglaste tingimuste kohta tarbijalepingutes. - EÜT L 95, 21.4.1993, lk 29.
113. Nõukogu Direktiiv 93/42/EMÜ, meditsiiniseadmete kohta 14. juuni 1993. -EÜT L 169, 12.07.1993, lk 1–43, muudetud direktiividega 98/79/EÜ -EÜT L 331, 07.12.1998, lk 1, 2000/70/EÜ -EÜT L 313, 13.12.2000, lk 22 ja 2001/104/EÜ -EÜT L 6, 10.01.2002, lk 50 ja määrusega (EÜ) nr 1882/2003 -ELT L 284, 31.10.2003, lk 1–53.
114. Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 95/46/EÜ üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise kohta. -EÜT L 281, 23.11.1995, lk 31. Direktiivi on muudetud määrusega (EÜ) nr 1882/2003. -ELT L 284, 31.10.2003, lk 1.
115. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu 20.mai 1997.a direktiiv 97/7/EÜ tarbijakaitse kohta seoses sidevahendi abil sõlmitud lepingutega. - EÜT L 144, 4.6.1997, lk 19.
116. Directive 98/48/EC of The European Parliament and Of The Council of 20 July 1998 amending Directive 98/34/EC laying down a procedure for the provision of information in the field of technical standards and regulations. L 217/18 5. 8. 98.
117. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 1999/93/EÜ, 13.detsember 1999, elektroonilisi allkirju käsitleva ühenduse raamistiku kohta. -ELT L 013, 19.01.2000, lk 0012-0020.
118. Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 8. juuni 2000, 2000/31/EÜ infoühiskonna teenuste teatavate õiguslike aspektide, eriti elektroonilise kaubanduse kohta siseturul. -ELT L 178, 17/07/2000 Lk 0001 – 0016, ELT eriväljaanne 13/25, lk 399.

119. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2001/83/EÜ, 6. november 2001, inimintervishiis kasutatavaid ravimeid käsitlevate ühenduse eeskirjade kohta-ELT. C 133/5 8.6.2006, lk 5-7.
120. Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 2002/22/EÜ universaalteenuse ning kasutajate õiguste kohta elektrooniliste sidevõrkude ja -teenuste puhul (universaalteenuse direktiiv). -EÜT L 108, 24.04.2002, lk 51–77.
121. Euroopa Parlamendi ja EL Nõukogu direktiiv 2002/58/EÜ, 12.07.2002 milles käsitatakse isikuandmete töötlemist ja eraelu puutumatuse kaitset elektroonilise side sektoris (eraelu puutumatust ja elektroonilist sidet käsitlev direktiiv).- EÜT L 201, 31.7.2002, lk 37—47.
122. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2005/36/EÜ, 7. september 2005, kutsekvalifikatsioonide tunnustamise kohta.- ELT L 255/22 30.9.2005. 22-142.
123. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2006/123/EÜ, 12. detsember 2006 teenuste kohta siseturul. - ELT L376, 27/12/2006, lk 0036-0068.
124. " eEurope – An Information Society for All“. Communication on a Commission Initiative for the Special European Council of Lisbon 23 and 24 March 2000 (presented by the Commission). COM (99) 687 final, 8.12.1999. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://aei.pitt.edu/3532/> (24.03.09).
125. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Europe 2002 action plan. An Information Society For All. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/documents/archiv_eEurope2002/action_plan_en.pdf (19.03.2009).
126. Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. 29.11.2002 COM(2002) 667. final Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_en_fin.pdf (21.04.2009).
127. Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. eEurope 2005 Action Plan: An Update COM(2004) 380 final. 17.5.2004. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0380:FIN:EN:PDF> (23.04.2009).
128. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - e-Health -

- making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area COM/2004/0356 final. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0356:ET:NOT> (23.04.2009).
129. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, nõukogule, Euroopa majandus- ja sotsiaalkomiteele ning regioonide komiteele 2007. aasta poliitiline strateegia KOM(2006)122, 14.märts 2006.
130. Komisjoni teatis. Konsulteerimine: ühenduse meede tervishoiu vallas. 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 (25.03.2009)
131. Euroopa Ühenduste Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius KOM(2008) 414 lõplik, 2.7.2008. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_et.pdf (25.03.2009).
132. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele telemeditsiini kohta nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks KOM(2008)689 lõplik. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0689:ET:NOT> (24.03.2009).
133. Euroopa Parlamendi 23.mai 2007.a resolutsioon direktiivist teenuste kohta siseturul tervishoiuteenuste väljajätmise mõju ja tagajärgede kohta (2006/2275(INI)) .ELT C102E, 24.04.2008, lk 279-286.
134. Commission of The European Communities. Commission Staff Working Document *Accompanying document to the WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. COM(2007) 630 final. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf (23.04.2009).
135. WP 32. Article 29 Data Protection Working Party, Opinion 4/2000 on the level of protection provided by the 'Safe Harbor Principles' (Adopted 16 May 2000) CA07/434/00/EN. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2000/wp32en.pdf (21.04.2009).
136. WP 37 (5063/00): Privaatsus Internetis - võrguandmete kaitse ühetaoline käsitlemine ELis. Vastu võetud 21. novembril 2000. aastal. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp136_et.pdf (21.04.2009).

137. WP 131 (00323/07). Töödokument, milles käsitletakse elektroonilisele tervisekaardile kantavate tervisealaste isikuandmete töötlemist. Vastu võetud 15.02.2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_et.pdf (25.03.2009).
138. Euroopa Parlament. Istungi vastuvõetud tekstid. 2.osa. neljapäev 23.aprill 2009. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=20090423&secondRef=TOC&language=ET> (24.04.2009).

VI Muud materjalid

139. Americans Want Presidential Candidates to Address Chronic Disease in Health Reform Proposals <http://www.fightchronicdisease.org/news/pfcd/pressrelease06012007.cfm> (06.04.2009)
140. AS Ida-Tallinna Keskhaigla ja If Eesti Kindlustuse vahel sõlmitud leping 27.10.2008.a. ITK valduses.
141. CIA World Factbook(2007); United Nations Population Division, DESA(2006); WHO "The World Health Report 2007", WHO "World Health Report 2006: NHA Ratios and Per Capital Levels (2004)" Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.aarpinternational.org/map_country/map_country_show.htm?doc_id=545816 (29.04.2009).
142. Connected health: Quality and Safety for European Citizen. Report of the Unit ICT for Health in collaboration with the i2010 sub-group on eHealth (formerly known as the eHealth working group) and the eHealth stakeholders' group. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/connected-health_final-covers18092006.pdf (19.03.2009).
143. Cross border eHealth in the Baltic Sea Region – what issues should be considered? Arvutivõrgus kättesaadav: [http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross border eHealth in the Baltic Sea%20 Region report june2006.pdf](http://www.baltic-ehealth.org/intern/wp1/Guidelines/Cross%20border%20eHealth%20in%20the%20Baltic%20Sea%20Region%20report%20june2006.pdf) (19.03.2009).
144. Cybermedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: http://gsulaw.gsu.edu/lawand/papers/su01/taylor_west/ (22.02.2007).

145. Digiloo äriplaan
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaan2/\\$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/%C3%A4riplaan2/$file/DIGILUGU%20%C3%84RIPLAAN%206.pdf) (18.08.2008).
146. Digilugu aitab vähendada ravivigade arvu. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://213.184.49.171/www/gpweb_est_gr.nsf/pages/news0760?OpenDocument&Start=552
 (06.04.2009).
147. Directive on patients' rights in cross-border healthcare. Press release. Arvutivõrgus kättesaadav: www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/066-52891-089-03-14-911-20090330IPR52890-30-03.../default_en.htm (08.06.2009).
148. Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth. Arvutivõrgus kättesaadav: www.ehto.org/legal/draftconvention.doc (19.03.2009).
149. Eesti E-Tervise Sihtasutuse põhikiri . Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.e-tervis.ee/eesti-e-tervise-sihtasutus.html> (20.03.2009).
150. Eesti infoühiskonna arengukava 2010 Arvutivõrgus kättesaadav:
www.riso.ee/et/files/IYA_versiooon_23-03-06_red.rtf (15.04.2009)
151. Eesti inimarengu aruanne 2008. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.kogu.ee/public/EIA08_est.pdf (08.04.2009).
152. eHealth Code of Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.hi-europe.info/files/2000/ehealth_code.htm (19.03.2009).
153. EHTEL.Sustainable Telemedicine:Paradigms for future-proof healthcare. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ehealthnews.eu/content/view/1156/62/> (24.03.09).
154. E-kaubandusega tegelevale kauplejale juhtnöörid *on-line* kaubandustegevuseks. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tka.riik.ee/index.php?id=1642> (07.04.2009).
155. E-tervise projektide tervikauditi kokkuvõtte Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
156. Ethical Principles For offering Internet Health Services to Consumers . Health Internet Ethics. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wellspan.org/body.cfm?id=348> (19.03.2009).
157. EU internet access reaches 60 per cent. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.ehealthEurope.net/news/4381/eu_internet_access_reaches_60_per_cent
 (19.03.2009).
158. European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth” Deliverable 3 Issues of Liability and Consumer Protection. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.

159. European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth” Deliverable 2. Processing Medical Data: Data Protection, Confidentiality And Security. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
160. European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth”. Deliverable 3. Issues of Liability and Consumer Protection. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
161. European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth” Deliverable 4 . Aspects Of Competition And Trade Law. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
162. European Commission Study on Legal and Regulatory Aspects of eHealth “Legally eHealth”. Final Recommendations on Legal Issues in eHealth. Deliverable 5. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
163. European Society of Radiology. Teleradiology in the European Union. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.myesr.org/html/img/pool/ESR_2006_I_Telerad_Web.pdf (23.04.2009).
164. Federation of State Medical Boards of the United States , Inc .Guidelines for Internet Use in Medical Practice (Model Guidelines for the appropriate use of the Internet in Medical Practice. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.fsmb.org/pdf/2002_grpol_Use_of_Internet.pdf (25.03.2009).
165. Haiglavõrgu arengukava 2002. Arvutivõrgus kättesaadav: [http://213.184.49.171/est/HtmlPages/HVA2002/\\$file/HVA2002.pdf](http://213.184.49.171/est/HtmlPages/HVA2002/$file/HVA2002.pdf) (08.04.2009)
166. Hanstein ,K., Kährlik, Ü. „Eesti levinuim HIS ESTER”. Ettekanne 2006.a konverentsil „ESTER 10. aastane”. Arvutivõrgus kättesaadav: www.gennet.ee/home/failid/File/Konverentsimaterjalid/KajaHanstein.ppt (19.03.2009).
167. Health and Consumer Protection Directorate General. Health in Europe: A Strategic Approach. Discussion Document for a Health Strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf (24.03.09).
168. HONCode. Health on the Net Foundation Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> (19.03.2009).
169. Insurers seek to manage costly, chronic diseases The Business Journal of MilwaukeeFriday, May 2, 2008 Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.bizjournals.com/milwaukee/stories/2008/05/05/focus3.html> (06.04.2009)
170. Legal issues--licensure and telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ntia.doc.gov/reports/telemed/legal.htm> (20.03.2009).

171. Lmi REPORT. Accelerating the Development of the eHealth Market in Europe, Euroopa komisjon, infoühiskond ja meedia, e-health taskforce report 2007. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/lmi-report-final-2007dec.pdf (25.03.2009).
172. Ministerial Declaration at Ministerial e-Health 2003 Conference. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/doc/min_dec_22_may_03.pdf (19.03.2009).
173. National Association of Chronic Disease Directors. The Time is Now: Bringing Chronic Disease Prevention and Control up to Scale Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.chronicdisease.org/files/public/TheTimeIsNow_UpdatedOctober2008.pdf (06.04.2009)
174. National Strategy for e-health. Sweden. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/43/24/f6405a1c.pdf> (06.04.2009)
175. Nohr L.E., Nymark, M., Žmenja, M. Report on identified legal issues of the Baltic eHealth project Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.baltic-ehealth.org/news/Publications/Baltic_eHealth_Legal_issues_Report.pdf (19.03.2009)
176. Nohr, L.E. Trpisovsky, T., Žmenja et al. Draft report on the legal framework and related aimed European trends. Arvutivõrgus kättesaadav: www.r-bay.org/twiki/pub/RBay/Deliverables/D4_1_R_Bay_Draft_of_Legal_Framework_v1.pdf (19.03.09).
177. Opinion of The European Group on Ethics in Science and New Technologies to The European Commission. Ethical Issues of Healthcare in the Information Society. No 13, 30 July 1999. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/avis13_en.pdf (19.03.2009).
178. Oskvig, R., Bolan D. et al. Statements on telemedicine. Board for Professional Medical Conduct Arvutivõrgus kättesaadav: <http://209.85.129.132/search?q=cache:I6ZVQvvk2hUJ:www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/telemedicine.htm+Statements+on+telemedicine&cd=1&hl=et&ct=clnk&gl=ee> (20.03.2009).
179. Patsientide õigused piiriüleses tervishoius. Euroopa Parlamendi pressiteade. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/> (24.04.2009).
180. Rahvastikupoliitika alused 2009–2013. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.rahvastikuminister.ee/public/ALUSED_dets.pdf (08.04.2009)

181. Reformierakonna, Isamaa ja Res Publica Liidu ning Sotsiaaldemokraatliku Erakonna valitsusliidu programm aastateks 2007-2011. Arvutivõrgus kättesaadav: www.valitsus.ee/?id=1307 (20.03.2009).
182. Ross, P. E-tervis – praegu ja tulevikus. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
183. Strategie „eHealth” Schweiz. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&page_num=2#volltextsuche (06.04.2009)
184. Telemedicine in Scotland. A strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.telemedicine.scot.nhs.uk/topics/strategy/AStrategyForScotland.pdf> (06.04.2009).
185. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Koost. M.Kaarna, R.Kalda et al.Arvutivõrgus kättesaadav: ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf (07.04.2009).
186. The European Group in Ethics in Science and New Technologies. Ethical Issues of Healthcare in the Information Society. 30 July 1999. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/avis13_en.pdf (19.03.2009).
187. The German eHealth Strategy. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ehealth-era.org/database/documents/German_eHealth_Strategy_July-2005.pdf (06.04.2009)
188. The Portorož Declaration. 7 May 2008: eHealth 2008 Conference Declaration. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ehealth2008.si/index.php?id=26&mid=25> (21.04.2009).
189. Tiik, M.E-tervis – praegu ja tulevikus. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
190. Viik, A. Ettekanne „Eesti Haigekassa“. Elektrooniline materjal magistritöö autori valduses.
191. WHO press release 1997, december 23. Telehealth and telemedicine will henceforth be part of the strategy for health for all. Arvutivõrgus kättesaadav: www.who.int/archives/inf-pr-1997/en/pr97-98.html (19.02.2008).
192. WMA. Statement on Ethical Considerations Regarding Health Databases. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/d1.htm> (19.03.2009).
193. WMA Statement on Accountability, Responsibilities and Ethical Guidelines in the Practice of Telemedicine. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.wma.net/e/policy/a7.htm> (19.03.2009).

VII Kohtulahendid

Euroopa Kohus

194. Kohtuasi C-352/85 *Bond van Adverteerders* [1988] (European Court reports 1988 Page 02085).
195. ECJ 28 aprill 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.
196. 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
197. Müller-Fauré ja van Riet C-385/99, 13.05.2003,
198. Deutscher Apothekerverband -C-322/01, EKL 2003, lk I-14887.
199. Manuel Acereda Herrera v Servicio Cántabro de Salud 15.06.2006, C-466/04.
200. Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health 16.05.2004, C-372/04.

Eesti

201. Riigikohtu 3. oktoobri 2006. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-78-06. H. M hagi AS-i V vastu varalise ja mittevaralise kahju hüvitamiseks.- RTIII 2006, 34, 289.
202. Harju Maakohtu otsus tsiviilasjas nr 2-05-21967. Kirjalik materjal magistritöö autori valduses.

USA

203. *Bienz v Central Suffolk Hospital*. 163 A.D.2d 269, 557 N.Y.S.2d 139 (1990).
204. *Wheeler v Yettie Kersting Memorial Hospital*. 866 S.W.2d 32, 54 (1994).
205. *Lopez v Aziz*. 852 S.W.2d 303 (1993).

VIII Kasutatud veebilehed

206. Arst.ee (2009). Arvutivõrgus: www.arst.ee (21.04.2009).
207. AS Ida-Tallinna Keskhaigla (2009). Arvutivõrgus: www.itk.ee (19.03.2009).
208. Baltic e-health (2009). Arvutivõrgus: www.baltic-ehealth.org/ (14.04.2009).
209. Dreaming (2009). Arvutivõrgus: www.dreaming-project.org (14.04.2009).
210. Eesti Haigekassa (2009). Arvutivõrgus: <http://www.haigekassa.ee/> (14.04.2009).

211. EL rahvatervise portaal (2009). Arvutivõrgus: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_et.htm (19.03.2009)
212. Eesti E-Tervise Sihtasutus (2009). Arvutivõrgus: <http://www.e-tervis.ee/> (20.03.2009).
213. Health On the Net Foundation (HON).(2009). Arvutivõrgus: <http://www.hon.ch/> (21.04.2009).
214. HiEthics (2009). Arvutivõrgus: <http://www.hiethics.com> (23.04.2009).
215. Inimene.ee terviseportaal (2009). Arvutivõrgus: www.inimene.ee (15.04.2009).
216. Internet Healthcare Coalition(2009). Arvutivõrgus : <http://www.ihealthcoalition.org/> (24.04.2009).
217. Kasvaja.net. (2009). Arvutivõrgus: www.kasvaja.net (21.04.2009).
218. Kliinik.ee (2009). Arvutivõrgus: www.kliinik.ee (15.04.2009).
219. Lasnamäe tervisekeskus Medicum (2009). Arvutivõrgus: Veebilehe aadress: <http://www.medicum.ee/> (22.04.2009).
220. Medscape Cardiology (2009). Arvutivõrgus: <http://www.medscape.com/cardiology> (22.04.2009).
221. R-Bay (2009). Arvutivõrgus: www.r-bay.org/ (14.04.2009).
222. SA Eesti Tervishoiu Pildipank (2009). Arvutivõrgus: <http://pacs.ee/> (07.04.2009).
223. SA Tartu Ülikooli Kliinikum (2009). Arvutivõrgus: <http://www.kliinikum.ee/> (22.04.2009).
224. Tervishoiuamet (2009). Arvutivõrgus: www.tervishoiuamet.ee (15.04.2009).
225. Veebientsüklopeedia Wikipedia (2009). Arvutivõrgus <http://et.wikipedia.org/wiki/Esileht> (19.03.09).
226. WHO (2009). Arvutivõrgus: <http://www.who.int/en/> (27.04.2009).