

Arstid ees, patsiendid järel?

Maris Jesse (RiTo 10), Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS tervishoiupoliitika analüütik

Michael Couchier (RiTo 10), Genti Ülikooli teadur

Ruta Kruuda (RiTo 10), Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS nõukogu liige

Mitmete Euroopa Kohtu lahendite tõttu laienenud patsientide liikumisõigus euroliidus ning Eesti elanikkonna kõrge valmidus otsida arstiabi välismaalt toovad veelgi enam tähelepanu alla Eesti tervishoiusüsteemi.

Seoses Euroopa Liidu laienemisega, on Eestis avalikkuse tähelepanu all arstide ja teiste tervishoiutöötajate suurenev migratsioon välisriikidesse. Tähelepanuta on aga põhjendamatult jäänud patsientide õigus ja võimalus saada vajaduse korral ravi teistes liikmesriikides. Kui tervishoiutöötajate õigused ühest riigist teise liikuda on selgelt piiritletud, siis patsientide puhul on olukord keerulisem. Käesolevas artiklis anname ülevaate, kuidas on reguleeritud võimalus saada arstiabi Euroopa Liidu territooriumil ning olulistest ja hiljutistest Euroopa Kohtu lahenditest, mis on laiendanud patsientide liikumisõigust, kirjeldame Eesti sellekohaseid õigusakte ning senist kogemust.

Kindlustuskaitse ajutisel teises riigis viibimisel

Põhimõtteliselt tuleks eristada kahte olukorda: inimene vajab arstiabi ajutiselt teises riigis viibides ja inimene läheb teise riiki eesmärgiga saada plaanilist arstiabi.

Püüded reguleerida teatavate rühmade/inimeste õigust saada arstiabi teistes Euroopa Liidu liikmesriikides selgelt määratud ja piiritletud tingimustel ulatuvad aastasse 1958. Konkreetsema sisu said õigused regulatsiooniga 1408/71 ja täienduse regulatsiooniga 574/72. Regulatsiooni loomise tingis vajadus toetada tööliste vaba liikumist liikmesriikide vahel ning tagada neile muu hulgas kindlustuskaitse jätkuvus teises riigis töötamisel. Töötajate vaba liikumist peetakse Euroopa ühtse majandusruumi loomise nurgakiviks (Cornelissen 1996). Oluline on märkida, et selle regulatsiooni eesmärk kaugemas perspektiivis ei olnud harmoneerida liikmesriikide sotsiaalkindlustussüsteeme, vaid neid paremini koordineerida (Department for Work and Pensions 2002). Nüüdseks on see lihtne regulatsioon oma taotluslikud piirid ületanud seoses laienenud õiguste ja võimalustega ühest liikmesriigist teise liikuda. Nii on näiteks regulatsiooni tõlgendused oma algsest eesmärgist – pakkuda kindlustuskaitset töötavatele inimestele – laienenud ka nende pereliikmetele, üliõpilastele, füüsilisest isikust ettevõtjatele jpt ehk peaaegu kõigile Euroopa Liidu kodanikele (Van Raepenbush 1997; Fillon 1999).

Regulatsiooniga 1408/71 sätestatakse reeglistik arstiabi saamiseks, mis on elanikkonna eri rühmadel seni olnud erinev.

Selle regulatsiooni kohaselt on õigus arstiabile sihtriigi kodanikega sarnastel tingimustel järgmistel ajutiselt välisriigis viibijatel:

1. pensionäridel,
2. töötamise perioodil teises liikmesriigis viibijal,
3. teises riigis tegutsevatel töötajatel ja füüsilisest isikust ettevõtjatel,
4. piiriäärsetel töötajatel (inimesed, kes elavad ühes riigis, kuid töötavad teises),
5. õpilastel ja üliõpilastel (alates 1997. a oktoobrist).

Kõik teised saavad ajutiselt välisriigi territooriumil viibides vältimatut arstiabi. Siinkohal tuleb märkida, et Euroopa Kohtu üks viimaseid kohtulahendeid annab erisuse ka kroonilisi haigusi põdejatele (Juhtum C-326-/00 *Ioannidis*), kes vajavad pidevat meditsiinilist jälgimist oma seisundi tõttu (McKee *et al* 2004). Inimene peab enne taotlema asjakohase tõendi E111 pädeva riigi asutuselt, taotlemise ja väljastamise kord on kehtestatud vastava riigi seadustest lähtuvalt.

Peale E 111 vormi on kasutusel ka E106 (piiriäärsed töötajad), E109 (üliõpilased), E119 (teises riigis töötajad), E110 (rahvusvahelised transporditöötajad).

Euroopa ravikindlustuskaart, mis annab õiguse arstiabile Euroopa Liidu territooriumil ja Euroopa Majandusühenduse piirkonnas viibimise ajal, hakkab tulevikus kõiki loetletud vorme asendama. Eesti Haigekassa väljastab Euroopa ravikindlustuskaarti 1. augustist alates. 2004. aasta oktoobriks oli Haigekassa väljastanud 42 641 ravikindlustuskaarti (Eesti Haigekassa, 2004). Kuna kõik riigid pole veel Euroopa ravikindlustuskaarti rakendanud, on paralleelselt kasutusel ka E-vormid.

Plaaniline ravi välismaal

Regulatsiooni 1408/71 artikkel 22 (1) annab õiguse saada terviseseisundile asjakohast meditsiiniteenust juhul, kui selleks on eelnevalt taotletud ja saadud luba oma riigi pädevalt asutuselt. Liikmesriigid on erinevalt piiritletud seisundid ja tingimused, mille korral ravi mõnes teises riigis on lubatud ning millistel alustel toimub teenuse eest maksmine (McKee *et al* 2004). Asjaomane reeglistik kasutab E112 vormi, mida patsient peab taotlema enne ravile minekut vastava riigi pädevalt asutuselt.

Esimesed mõrad sellesse reeglistikku löödi Euroopa Kohtu otsustega (C-117/77 *Pierik I*; C-182/78 *Pierik II*) juba 1970. aastate lõpus, andes märku, et autoriseering tuleb anda kõigile juhtudele, mis parandavad patsiendi tervislikku seisundit (McKee *et al* 2004). Nimetatud kaasuste valguses tõlgendas kohus, et "autoriseerimisest ei tohi keelduda juhul, kui vastavat ravi ei saa konkreetsele inimesele pakkuda oma asukohariigis" ning laiendas seda omakorda juhtudele, kus inimestel on võimalus saada tõhusamat ravi mõnes teises liikmesriigis, v.a asukohariik. Nimetatud kohtuotsus andis liikmesriikidele ohusignaali, mille kohaselt võis õigus laieneda ka kõigile neile teenustele, mis eri põhjustel olid välja jäänud avaliku sektori poolt tasutavast tervishoiuteenuste loetelust. Seda ei olnud aga liikmesriigid kavandanud (Council Regulation ... 1981; Kesteloot *et al* 1995) ning üsna kiiresti lepitati kokku uutes täpsustavates põhimõtetes. Artikli 22 lõige 2 sõnastab juba konkreetsemalt tingimused, mille kohaselt on plaaniline ravi välismaal võimalik:

1. kui patsiendi taotletav raviteenus välisriigis on lülitatud tervise- või sotsiaalkindlustuse poolt tasutavate tervishoiuteenuste nimekirja;
2. kui patsiendil ei ole võimalik saada ravi asukohariigis mõistliku aja jooksul, mis oleks tavapärane antud ravi puhul ning arvestab konkreetset haigusseisundit ja võimalikku haiguse kulgu.

On hinnatud, et artikli 22 (2) sellise sõnastuse puhul antakse pädevatele asutustele väga suur kaalutusvõim ehk haldusorgani õigus teha otsus seadusega ettenähtud piirides oma äranägemisel. Sealjuures võivad otsused tugineda rohkem faktilistele ja administratiivkriteeriumidele ning vähem meditsiinilistele näidustustele. Nii näiteks võib pädeval asutusel olla õigus keelduda autoriseerimisest kirurgilise ravi puhul, mis siis, kui selle saab läbi viia kolme kuu jooksul, ennetaks tõsiseid tervisehäireid ja tüsistusi või isegi surma, kuigi tavapärane aeg analoogse haiguse ravimiseks oleks kuus kuud (Cornelissen 1996, Kesteloot *et al* 1995).

Ka tervishoius teenuste vaba liikumine

Hoolimata Amsterdami lepingu paragrahvis 152 sätestatud liikmesriigi õigusest korraldada tervishoidu ja arstiabi oma riigi territooriumil, on Euroopa Kohus oma kohtulahenditega mõjutanud Euroopa Liidu tervisepoliitikat enam, kui eeldati või oodati. Siinkohal analüüsime enim tähelepanu all olnud lahendeid ja nende mõju Euroopa Liidu meditsiiniõigust kujundavates regulatsioonides.

Tegemist on 1998. aasta "revolutsiooniliste" Euroopa Kohtu kaasustega, kus kaks Luksemburgi kodanikku, Kohll ja Decker pöördusid kuue aasta eest Euroopa Kohtusse, et kaitsta Euroopa Liidu õiguses sätestatud "teenuste vaba liikumise" põhimõtet. Hr Decker oli ostnud Belgiast prillid ja hr Kohll oli käinud oma tütrega Saksamaal hambaravil ning esitanud need arved Luksemburgi kindlustustele väljamaksmiseks. Kindlustused keeldusid, sest puudus autoriseering ravi saamiseks väljaspool Luksemburgi. Kohll ja Decker viisid oma protestid edasi Euroopa Kohtusse. Luksemburgi valitsus esitas vastuväiteid, püüdes keeldumist argumenteerida väidetega, et eelnev autoriseerimine arstiabi saamiseks ja teenuse kompenseerimiseks on vajalik:

1. kindlustamiseks riiklike sotsiaalkindlustussüsteemide rahalist jätkusuutlikkust ning pakkumaks tasakaalustatud meditsiini- ja arstiabiteenuseid kõigile oma kindlustatuile;
2. kaitsmaks elanikkonna tervist, sest riik ei saa analoogsete juhtumite puhul tagada, et teenuste ja toodete kvaliteet oleks sarnane kõigis Euroopa Liidu liikmesriikides.

Kohus lükkas mõlemad argumendid tagasi, väites, et kuna patsiendid maksid prillide ja hambaravi eest samaväärse summa Luksemburgis pakutavate samalaadsete teenuste ja toodetega, siis ei leia tõendust väited, et sellega on nad oma riigi sotsiaalkindlustussüsteemile põhjustanud täiendavaid kulutusi. Lisaks rõhutas kohus, et eeldused ühtse kvaliteedi tagamiseks Euroopa Liidus on loodud meditsiiniliste diplomite ja koolide õppekavade ühtlustamise kaudu (Council Regulation ... 1981) ning seetõttu pole vahet, kas patsient ostab prillid asukohariigist või teisest liikmesriigist. Kohtuotsus –

vastupidi kõigi liikmesmaade ootusele – oli hagejate kasuks. Kohus juhtis tähelepanu ka asjaolule, et "kuigi liikmesriikidel on märkimisväärne paindlikkus oma sotsiaalkindlustussüsteemide korraldamisel", ei tähenda see, et "sotsiaalkaitsesektor oleks liidu õigusaktidele puutumatu saar" ning teenuste ja kaupade vaba liikumise õigused peavad kehtima ka sotsiaalvallas, mainitud juhul tervishoius (McKee *et al* 2004). Luksemburgi kindlustused pidid prillide ja hambaravi arved kinni maksma samas ulatuses, kui inimesed oleksid saanud Luksemburgis tarbitud teenuse korral.

Sellest ajast peale on jätkunud pidevad debatil teemal, kas tervishoiuteenus on käsitletav "teenusena" Euroopa Liidu regulatsioonide mõistes. Peale selle eeldab nimetatud kohtuotsus *a priori*, et tervishoiusüsteemid ja teenuste kvaliteet peaksid olema ühtlased kogu Euroopa Liidus, mis teadagi on kaugel praegusest olukorrast. Seda eriti pärast Euroopa Liidu laienemist, kus näeme suuri erinevusi nii regionide, sissetulekute, tervisenäitajate kui ka tervishoiuinvesteeringute osas (McKee *et al* 2004). Mitu Euroopa riiki on püüdnud muuta autoriseerimist selgemaks. Nii näiteks maksab Austria lepingulisele või mittelepingulisele partnerile 80% teenuse maksumusest sõltumata sellest, kas teenus osutati kodu- või välismaal (Palm *et al* 2000).

Riikliku ravikindlustussüsteemi stabiilsus kaitstud

Pärast Kohlli ja Deckeri juhtumit oli õhus küsimus, kas nimetatud õigused laienevad ka haiglaravile ning juhtudele, kus patsiendid ei maksa teenuse osutajale otse, vaid seda teeb nn kolmanda osapoolena kohalik kindlustus või haigekassa. Nendesse probleemidesse töid selgust järgmised Smitsi ja Peerboomi kohtulahendid.

Pr Geraets–Smits ravis Parkinsoni tõve ühes Saksamaa erahaiglas eelneva kooskõlastuseta, maksis oma ravi eest otse ja nõudis hiljem Hollandi kindlustussüsteemilt oma kulude kompenseerimist Kohlli ja Deckeri kohtulahendile tuginedes.

Kindlustusfirma keeldus, sest leidis, et samalaadne ravi samalaadsete tulemustega on kättesaadav ka Hollandis. Hr Peerboom oli pärast autoavariid koomas ning neuroloogist raviarsti soovitusel toimetati ta ravile Austriasse, kus ta ka paranes. Saadud nn eksperimentaalne ravi oli kättesaadav üksnes kahes Hollandi haiglas ning täies mahus kompenseeritav ainult alla 25-aastastele. Samal ajal oli see täies mahus kompenseeritav raviteenus Austria kindlustatuile. Hollandi seaduste kohaselt ei ole kindlustusel õigust ega kohustust tasuda teenuste eest lepinguvälistele partneritele. Seadus sätestab ka, et ravikindlustus maksab välismaal osutatud raviteenuste eest, kui:

1. kavandatav ravi välismaal on tõenduspõhine ja aktsepteeritud erialaspetsialistide ringis;
2. kavandatav ravi on hädavajalik ja selle pakkumine Hollandis pole võimalik ilma ülemäärase viivitusega.

Hollandlased tulid välja täiendavate argumentidega, et antud olukorras polnud tegemist nn majandusteooria mõistes klassikalise teenusega, sest teenuse tarbija ja osutaja vahel ei toimu vahetut rahalist tehingut, vaid maksja on kolmas osapool ehk antud juhul Hollandi

ravikindlustus. Euroopa Kohus tunnistas, et liikmesriikidel on õigus luua täiendavaid seadusi oma liikmesriigi piires, kuid need peavad olema Euroopa Liidu asjakohaste õigusaktidega vastavuses. Viimase järgi on tervishoiuteenus käsitletav teenusena, mis allub teenuste vaba liikumise regulatsioonile ning ei oma tähtsust, kas asjakohast teenust pakutakse ambulatoorselt või haiglas, kuidas tasutakse või kes tasub.

Riigid võivad teha piiranguid ehk keelduda maksmast ravi välismaal, kui tervishoiuteenustele suuremat vaba liikumist võimaldades võib tekkida "oht oma sotsiaalkindlustussüsteemi rahalise tasakaalu säilitamisele, oht avaliku teenusena osutatava arstiabi ja haiglaravi säilitamisele ning kui ravivõimaluste või arstliku kompetentsi säilitamine oma territooriumil on hädavajalik tervisekaitse ja isegi rahva ellujäämise jaoks". Euroopa Kohus on märkinud, et piirangute vajadus peab olema tõestatud ja piirangud ei tohi olla teiste riikide teenuseosutajate suhtes diskrimineerivad. Viimased kohtulahendid räägivad aga üha selgemalt, et administratiivsed argumendid muutuvad kohtu jaoks vähem oluliseks ning lähtuma peaks eelkõige meditsiinilistest vajadustest ja põhjendustest. Tõendust pole leidnud ka väited, et senine patsientide liikumine mõjutaks oluliselt ja kriitiliselt riikide sotsiaalkindlustussüsteeme. Tegemist on üksikute juhtudega ning seni pole täheldatud inimeste massilist huvi arstiabi saamiseks välismaal. Rahaline jätkusuutlikkus on riikidele erineva tähtsusega. Sajad teises liikmesriigis ravi otsivad inimesed ei pruugi mõjutada näiteks Saksamaa ravikindlustussüsteemi, kuid võivad olla kriitilise tähtsusega Eesti omale. Ilmselt arvestaks kohus Eesti väikese rahvaarvu ja vaesuse tõttu ka enam "ohtu rahalisele tasakaalule ja avaliku teenusena osutatava arstiabi säilitamisele" ning lubaks Eestile suuremate piirangute seadmist kui näiteks Hollandile või Saksamaale.

Välismaiste ravivõimaluste regulatsioon Eestis

Eestis on haigekassa tasunud kindlustatute ravi eest välismaal kahel alusel: riikidevaheliste lepingute põhjal, kasutades juba enne Euroopa Liiduga liitumist regulatsiooniga 1408/71 analoogilisi põhimõtteid, ja erandkorras plaanilise ravi eest.

Riikidevahelised lepingud sõlmis Eesti 1990. aastail Rootsi, Soome, Läti, Leedu ja Ukrainaga, andes vastastikuse õiguse kindlustatud inimestel asjaomase tõendi esitamisel saada vältimatut arstiabi neis riikides samadel alustel asukohariigi kodanikega. 1. mail 2004 laienes arstiabi saamine ajutisel teises riigis viibimisel regulatsiooni 1408/71 alusel kogu Euroopa Liidu territooriumile. Ukrainaga sõlmitud leping on kahepoolset peatatud, sest rakenduslepped on sõlmimata.

Plaanilise ravi saamist ja selle eest tasumist väljaspool Eestit reguleerib ravikindlustuse seadus (RKS), mis sätestab kolm võimalust:

1. Tervishoiuteenustele, mida kindlustatud saavad mitterahaliste hüvitistena (haigekassa tasub ravi eest otse raviasutusele), kehtib territoriaalsuse põhimõte ehk kindlustatud inimesel on õigus saada neid tervishoiuteenuseid eelkõige Eesti territooriumil. Erand sätestatakse arstiabi suhtes, mida Eesti territooriumil ei osutata, mis on kindlustatule näidustatud ja millel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus (RKS § 27(3)). Põhimõtteliselt on

tegemist 1990. aastate keskpaigast kehtinud alustega, mis kuni 2002. aastani olid sätestatud sotsiaalministri määruse tasandil.

2. Tervishoiuteenustele, mis ravikindlustuses on rahalised hüvitised (mille eest esmalt tasub kindlustatu kogusumma raviasutusele, saades taotluse alusel hiljem täieliku või osalise kompensatsiooni haigekassalt), territoriaalsuse põhimõtte ei kehti ning kindlustatud inimene võib ravi teostamiseks valida ka teise riigi (RKS §27 (4)). Valik ei ole piiratud Euroopa Liidu liikmesmaadega, vaid on vaba kõikide riikide osas. Ravikindlustuse seaduse eelnõu seletuskirja järgi oli sellise regulatsiooni kehtestamine rahaliste hüvitiste osas otseselt mõjutatud Kohlli ja Deckeri kaasuste arvestamise vajadusest (Ravikindlustuse seaduse eelnõu... 2000). Ainus rahaline hüvitisliik ravikindlustuses on 2004. aastal täiskasvanute hambaravi, mida seega kindlustatuil oleks võimalik saada ka näiteks Venemaal või Lätis, kus tervishoiuteenuste hinnad on madalamad, saades haigekassast kompensatsiooni kuni Eestis vastavale kindlustatute rühmale kehtiva määrani.

3. Välismaal asuva tervishoiuteenuste osutaja ja haigekassa vahel sõlmitud lepingu alusel, kusjuures lepingus kohaldatakse kindlustatute ravi eest tasumisel Eesti seadustega sätestatud (RKS § 36). Põhimõtteliselt on seega väljaspool Eestit asuval tervishoiuteenuste osutajal (näiteks Valka haiglal Lätis) samuti õigus taotleda lepingut Eesti Haigekassaga Eesti kindlustatute ravimiseks, mille eest tasumisel kasutatakse Eesti tervishoiuteenuste piirhindasid. Pooled võivad mõistagi kokku leppida ka madalamates hindades.

Ravil on käidud eelkõige naabermaades

Praktikas on eeltoodud võimalustest kasutatud ravi välismaal üksnes juhul, kui Eestis vajalikku teenust ei osutata.

Aastati on Eesti Haigekassasse esitatud taotluste arv ja ravilkäinute arv olnud suhteliselt stabiilne (vt tabelit). Osaliselt on välismaal ravil käinute arvu aastail 2000–2002 mõjutanud Tartu Ülikooli Kliinikumi laste südamekirurgia alane koostööprojekt Saksamaa Charitee kliinikuga. Märkimisväärselt on tõusnud taotluste arv raviks välismaal 2004. aasta esimesel poolaastal.

Tabel. Eesti Haigekassasse esitatud taotluste ja ravilkäinute arv

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004, 6 kuud*
Taotlusi	14	25	22	19	31	24	22
Ravilkäinuid	12	18	20	13	19	14	9

* sisaldab 2004. a I poolaasta jooksul laekunud ja heakskiidetud taotlusi, 9 taotlust olid andmete kogumise hetkel läbivaatamisel.

Ravisaamise sihtriigid on olnud eelkõige Eesti vahetud naabermaad. 107-st välismaal ravil käinust veidi üle kolmandiku olid ravil Soomes (kokku 37 korda), järgmised sihtkohad olid Saksamaa (18 korda, neist suurem osa südamekirurgiaalase koostööprogrammi raames), Venemaa (17 korda) ja Rootsi (14 korda).

1990. aastate lõpus haigekassasse jõudnud taotlustest sai enamik ka vajaliku autoriseeringu ning hinnanguliselt oli taotluste esitamine arstiabi saamiseks välismaal Eestis sellel perioodil peamiselt raviarstide algatus. Viimaseil aastail suurenenud äraütleliste osakaal näitab kindlustatute eneste aktiivsuse tõusu ravivõimaluste otsimisel. Haigekassa andmeil on peamised äraütleliste põhjused olnud ravi olemasolu Eestis ja väljaspool Eestit soovitava ravi eksperimentaalne iseloom, millel puudub tõendatud meditsiiniline efektiivsus (intervjuu A. Peetsaluga, 2004).

Ainult vähestel kokkupuude välismaise arstiabiga

PRAXIS-e tellimusel tegi uuringukeskus Faktum omnibuss-küsitluse elanikkonna arstiabi kogemuse ja ootuste kohta välismaal, millest selgus, et aastail 2002–2004 on Eesti elanike kokkupuuted raviga välismaal olnud väga piiratud. Otsest kokkupuuteid on viimase kolme aasta jooksul olnud ligikaudu 2%–l elanikkonnast ning veel 2%–l on pereliige saanud arstiabi välismaal. Valdav osa oli seotud mingi ootamatu juhtumiga ja ainult 19% planeeritud visiidi või konsultatsiooniga. Haiglaraviga ei olnud keegi küsitletuist kokku puutunud. Ligi veerand juhtudest said abi Soomes, 9% Rootsis, 8% Lätis ja Leedus ning veerand mõnes muus Euroopa Liidu liikmesriigis, 17% Venemaal ja 16% muudes riikides. Ootamatu oli küsitluse tulemus abi saamisel esinenud probleemide kohta. Kui muude maade samalaadsed küsimused toovad esile suurimate probleemidena välismaal arstile pöördumisel keelebarjääri ja informatsiooni saamise, siis neist vähestest Eesti elanikest 70% ei tunnetanud võõrkeeles suhtlemist probleemina ja 58%–l ei olnud mingeid probleeme informatsiooni saamisega. Ilmselgelt mõjutavad sellist tulemust vastanute karakteristikud: välismaal arstiabiga isiklikult kokku puutunud olid eelkõige nooremad inimesed vanuses 25–34 aastat ning tõise staatuse järgi ettevõtjad, tippjuhid ja spetsialistid. Vastates küsimusele hinnangu kohta välismaisele arstiabile, pidas 43% vastanuist seda Eesti abist paremaks, 21% samaväärseks ja 17% halvemaks. Et küsiti ka hinnangut pereliikme kogemuste kohta, oli inimeste hulk, kes hinnangut anda ei osanud, suhteliselt suur – 20%.

Peaaegu iga neljas eelistaks ravi välismaal

Elanikkonna ootused arstiabi saamiseks välismaal on üldiselt kõrged. Kui Eesti elanikud saaksid valida Eestis ja välismaal osutatava raviteenuse vahel tingimusel, et haigekassa selle eest tasub, eelistaks 25% kõigist vastanuist (noortest isegi üle kolmandiku) arstiabi saamist välismaal. Siinse arstiabi kättesaadavust heaks hindavatest inimestest eelistas välismaist ravi siiski 20% ning halva kättesaadavuse hinnangu andnud inimestest eelistaks ravi välismaal 31% vastanuist. Neli olulist põhjust välismaale ravile minekuks olid:

1. võimalus saada ravi, mida Eestis ei pakuta (54% nimetas seda esimese või teise põhjusena);
2. välismaiste raviasutuste parem tehniline varustatus ja aparatuur (vastavalt 40%);

3. välismaal on ravi parem ja usaldusväärsem (vastavalt 23%);
4. võimalus saada sõltumatu hinnang olemasolevale diagnoosile/ravile (vastavalt 16%).

Loetelus on olulisim ehk tähelepanu tuleks pöörata sageduselt teisena ja kolmandana nimetatud põhjustele, mis on otseselt seotud inimeste hinnangutega meie tervishoiusüsteemile. Samal ajal on need ka põhjused, mida me saaksime paremuse suunas mõjutada, investeerides riigi tasemel tunduvalt rohkem oma sisemajanduse kogutoodangust tervishoidu, parandades arstiabi kättesaadavust ning teenuse ja teeninduse kvaliteeti meie tervishoiuasutustes.

Ravikindlustussüsteemi rahaline jätkusuutlikkus küsitav

Eelkirjeldatu valguses on oluline anda hinnang inimeste õigustele ja võimalustele saada arstiabi välismaal ning analüüsida patsientide liikumise mõju meie tervishoiusüsteemile olukorras, kus inimeste ootused ja huvi arstiabi saamise vastu on kõrged ning rahulolu Eestis kehtiva tervishoiusüsteemiga tagasihoidlik.

Eesti seadustes on ravikindlustusega hõlmatud inimeste õigused arstiabile välismaal reguleeritud teiste liikmesriikidega samasugustel alustel, nõudes selleks eelnevat autoriseeringut. Euroopa Kohtu otsuste mõju meie seadustele hinnates peab meeles pidama, et Euroopa Kohus teeb otsuseid ainult konkreetsete juhtumite kohta, vaagides just selle kohtuasja asjaolusid. Otsustest ei tulene automaatset kohustust liikmesriikidele oma õigusakte muuta. Seetõttu oli ka enamiku liikmesriikide reaktsiooniks Kohlli ja Deckeri otsuste peale pigem vaadata põhjendusi, miks see pretsedent omas riigis ei päde. Eesti ravikindlustuse seadus on võtnud vastavad kaasused arvesse. Edasisi Euroopa Kohtu kaasusi Eesti seadusandjad pole arvestanud ning ei ole ka märgata initsiatiivi patsientide liikumisõiguste laiendamiseks.

Euroopa Liidu tervishoiupoliitika on huvitavate uuenduste keskpunktis. Olukord, kus tervise poliitikat teeb sisuliselt Euroopa Kohus, ei rahulda ei liikmesriike ega komisjoni. Tegemist on olukorraga, kus riikide õigused ja kohustused piiratud vahenditega tervishoidu korraldada on mõjutatud mitmest välisfaktorist ja võivad pingestada tervishoiusüsteemide rahalist jätkusuutlikkust. Euroopa Komisjonis on moodustatud ekspertkomisjon, et saada parem ülevaade riikidevahelisest koostööst tervishoiuressursside kasutamisel, arstiabi kättesaadavusest, informatsiooni kvaliteedist ja kättesaadavusest, patsiendi õigustest, riikide positsioonidest ja patsientide liikumisest. On avaldatud analüüse ning Euroopa Komisjon on rahastanud näiteks kuuenda raamprogrammi projekti *Europe for Patients*, mille ülesanne on kaardistada kogu regiooni patsientide liikumine ning anda komisjonile omapoolsed soovitusel. Mainitud uuringus osaleb ka SA PRAXIS, andes oma osa (sisendi) Eesti–Soome kogemuste kirjeldamise kaudu patsientide liikumisel.

Riikide ravikindlustussüsteemide rahaline jätkusuutlikkus jääb endiselt küsimärgi alla, kui patsientide liikumine Euroopa regioonis võtab suurema ulatuse. Väikeriikide sotsiaalkindlustussüsteemid on suurtega võrreldes tõsisemas finantsriskis. Kuigi väljaspool Eestit ravisaanuid on olnud vähe, näitab elanikkonna seas 2004. aasta septembris tehtud uuring, et elanikkonna valmidus kaaluda ravivõimalusi välismaal on suhteliselt kõrge.

Valmidus oli kõrgeim nooremaealiste ja suurema sissetulekuga inimeste hulgas ning otseselt seotud inimeste kehvapoolse hinnanguga arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedile. Seega võib ennustada, et surve arstiabi võimaluste laiendamisele välismaal tugevneb. See omakorda viiks Eesti tervishoiusüsteemist raha välja ja pingestaks ravikindlustuseelarvet, vähendades siinse arstiabi kättesaadavust ja süvendades rahulolematust kohaliku tervishoiusüsteemiga. Teisest küljest aitab see kindlasti kaasa, et senisest põhjalikumalt üle vaadata meie riigi vähenevad tervishoiukulutused, tervishoiuasutuste investeringuvõimalused ja meetmed, mis aitaksid taastada ja kindlustada usaldust meie tervishoiusüsteemi vastu.

Vaja tõsta usaldust Eesti tervishoiusüsteemi vastu

Kokkuvõtteks leiame, et hoolimata initsiatiivi puudumisest laiendada patsientide liikumisvabadust, ei ole alust eeldada, et arstiabi otsimine välismaal jääb praegusega samale tasemele. Sellele viitavad nii inimeste kõrgenenud ootused arvamusküsitlustes kui ka suurenenud taotluste arv Eesti Haigekassale 2004. aastal. Loodetavasti on meil tulevikus parem ülevaade sellest, millistel põhjustel otsivad inimesed raviteenuseid teistest riikidest, millised on patsientide liikumist soodustavad ja takistavad tegurid ja millised on liikmesriikide kogemused piiriäärses ja riikidevahelises koostöös. Kindlasti ei ole vähem tähtis hinnata meie enda tervishoiusüsteemi valmidust tulla toime olukorras, kus tervishoiutöötajate lahkumine on objektiivne reaalsus ning kogemus ja aktiivsus pakkuda kvaliteetseid teenuseid teiste riikide kodanikele alles kujunemisjärgus. Kaugemas perspektiivis on aga siiski esmatähtis tervishoiu suurema rahastamise ning parema ravi- ja teeninduskvaliteediga kasvatada eestlaste usaldust oma riigi tervishoiusüsteemi vastu.

Loodetavasti jääb halvem stsenaarium, kus Eesti patsiendid järgnevad Eesti arstidele ja raviteenuste eest Rootsis või Soomes maksab Eesti maksumaksja, üksnes teoreetiliseks konstruktsiooniks paberil.

Kasutatud kirjandus

Cornelissen, R. (1996). The Principle of Territoriality and the Community Regulations on Social Security. – Common Market Law Review, no 3, pp 439–471.

Council Regulation (EEC) No 2793/81 of 17 September 1981 amending Regulation (EEC) 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community and Regulation (EEC) No 574/72 fixing the procedure for implementing Regulation (EEC) 1408/71 (1981). – Official Journal L 275, 29.09.1981.

Department for Work and Pensions (2002). A summary of the European Community Regulations on social security for migrant workers. – <http://www.dwp.gov.uk/publications/dss/1997/ier/annexa.asp> (16.11.2004).

Elanikkonna kogemused ja ootused arstiabiks välismaal (2004). Uuringukeskus Faktum, PRAXIS. [Avaldamata.]

Fillon, J. C. (1999). La Citoyenneté de l'Union européenne et la coordination des régimes de sécurité. – Journal des Tribunaux du Travail, 747, pp 393–403.

Intervjuu A. Peetsaluga, juuli 2004.

Kesteloot, K., Pocceschi, S., van der Schueren, E. (1995). The Reimbursement of the Expenses for Medical Treatment Received by 'transnational' Patients in EU–countries. – Health Policy, vol 33, no 1, pp 43–57.

McKee, M., MacLehose, L., Albrecht, T. (2004). Free Movement of Patients. – M. McKee, L. MacLehose, E. Nolte (eds). Health Policy and European Union Enlargement. Maidenhead: Open University Press, pp 157–176.

Palm, W., Nickless, J., Lewalle, H., Coheur, A. (2000). Implications of Recent Jurisprudence on the Co–ordination of Health Care Protection Systems. General report, produced for the European Commission Directorate–General for Employment and Social Affairs. Association Internationale de la Mutualité. Brussels.

Ravikindlustuse seadus. – Riigi Teataja I 2002, 62, 377.

Ravikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri (2000). – www.riigikogu.ee.

Van Raepenbusch, S. (1997). Le champ d'application personnel du Règlement (CEE) no 1408/71 et la citoyenneté européenne: du travailleur migrant au citoyen européen. – Journal des Tribunaux du Travail, 665, pp 1–7.