



Euroopa Liidu
Nõukogu

Brüssel, 13. mai 2022
(OR. en)

9038/22

SAN 264
SOC 264
MI 384

SAATEMÄRKUSED

Saatja:	Euroopa Komisjoni peasekretär, allkirjastanud Martine DEPREZ, direktor
Kättesaamise kuupäev:	12. mai 2022
Saaja:	Nõukogu peasekretariaat
Komisjoni dok nr:	COM(2022) 210 final
Teema:	KOMISJONI ARUANNE EUROOPA PARLAMENDILE JA NÕUKOGULE direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) toimimise kohta

Käesolevaga edastatakse delegatsioonidele dokument COM(2022) 210 final.

Lisatud: COM(2022) 210 final



Brüssel, 12.5.2022
COM(2022) 210 final

KOMISJONI ARUANNE EUROOPA PARLAMENDILE JA NÕUKOGULE
direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius)
toimimise kohta

{SWD(2022) 200 final}

Sissejuhatus

Direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius¹, edaspidi „direktiiv“) üldine eesmärk on hõlbustada juurdepääsu ohututele ja kvaliteetsetele tervishoiuteenustele teises liikmesriigis ning tagada patsientide liikuvus vastavalt Euroopa Liidu Kohtu (edaspidi „Euroopa Kohus“) praktikale. Liikmesriigid jäävad vastutavaks tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ja kättesaadavaks tegemise eest oma territooriumil. Teiseks, direktiiviga edendatakse ELi kodanike huvides tehtavat liikmesriikide tervishoiualast koostööd retseptide, harvikaiguste, e-tervise ja tervisetehnoloogia hindamise valdkonnas. Direktiiviga soovitakse ka täpsustada selle seost määruse (EÜ) nr 883/2004² (edaspidi „määrus“) kohase sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise raamistikuga ning direktiivi kohaldatakse, ilma et see piiraks kõnealuse raamistiku kohaldamist.

Liikmesriigid pidid direktiivi üle võtma hiljemalt 25. oktoobriks 2013. Enamik liikmesriike aga viis ülevõtmise lõpule alles 2015. aastal. Käesolev aruanne on kolmas iga kolme aasta järel esitatav komisjoni aruanne, mida nõutakse direktiivi artikli 20 lõike 1³ kohaselt. Selles käsitletakse eelkõige teavet seoses patsientide voogude, patsientide liikumise finantsmõõtmega, liikmesriikide hüvitamiseskirjade piiranguid käsitleva artikli 7 lõike 9 ja tervishoiuteenuseid (mille suhtes võib kohaldada eelloa nõuet) käsitleva artikli 8 rakendamisega ning Euroopa tugivõrgustike ja riiklike kontaktpunktide toimimisega.

Käesolevas aruandes võetakse arvesse Euroopa Parlamendi, nõukogu, Euroopa Regioonide Komitee ja Euroopa Kontrollikoja hinnanguid direktiivile ning Euroopa Kohtu praktikat, milles tõlgendatakse direktiivi teatavaid sätteid. Selles võetakse arvesse tulevikukindluse platvormi arvamust patsientide õiguste⁴ kohta.

Komisjon hindas direktiivi 2021. aastal, kümme aastat pärast direktiivi vastuvõtmist 2011. aastal. Käesolevas aruandes esitatakse komisjoni järelduste kokkuvõte, järeelmeetmete tabel ja tehnilist analüüsi sisaldav komisjoni talituste töödokument.

1. Rakendamine

Komisjon on süstemaatiliselt kontrollinud riiklike ülevõtmismeetmete vastavust direktiivi sätetele, keskendudes neljale prioriteetsele valdkonnale, mis suurima tõenäosusega osutuvad

¹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 9. märtsi 2011. aasta direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (ELT L 88, 4.4.2011, lk 45).

² Euroopa Parlamendi ja nõukogu 29. aprilli 2004. aasta määrus (EÜ) nr 883/2004 sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta (ELT L 166, 30.4.2004, lk 1).

³ COM(2015) 421 final ja COM(2018) 651 final.

⁴ Tulevikukindluse platvormi arvamus, ref. 2021/SBGR3/14, kättesaadav siin:

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/final_opinion_2021_sbgr3_14_patient_rights.pdf.

tegelemata jätmise korral patsientidele takistavaks: hüvitamissüsteemid, eellood, haldusmenetlused ja tasu võtmine mujalt tulevatelt patsientidelt. Komisjon jätkab liikmesriikidega struktureeritud dialooge, et saavutada direktiivi rakendamine parimal võimalikul viisil. See intensiivne töö on toonud kaasa patsientide jaoks soodsad muudatused riiklikes õigusaktides. Siiski nähtub sellest aruandest ja hindamistulemustest, et vaja on teha täiendavaid jõupingutusi.

Et toetada direktiivi praktilise rakendamise hindamist, korraldas komisjon uuringu, milles lisaks muudele küsimustele kaardistati tervishoiuteenused, mille suhtes kohaldatakse eelloa nõuet, ning piiriüleste tervishoiuteenuste haldusnõuded ELis ja EMP EFTA riikides⁵.

1.1. Hüvitamissüsteemid

Direktiivi artikli 7 lõikes 4 on öeldud, et „kindlustajaliikmesriik hüvitab või tasub [...] piiriülese tervishoiuteenuse kulud sellises ulatuses, nagu ta oleks seda teinud siis, kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil, ületamata saadud tervishoiuteenuse tegelikku maksumust“. Artikli 7 lõige 9 võimaldab liikmesriikidel piirata piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise eeskirjade kohaldamist üldisest huvist tulenevate ülekaalukate põhjuste puhul. Artikli 7 lõike 11 kohaselt ei tohi sellised piirangud minna „kaugemale sellest, mis on vajalik ja proportsionaalne, ning see ei tohi kujutada endast meelevaldset diskrimineerimist ega põhjendamatut takistust kaupade, isikute ja teenuste vabale liikumisele“. Lisaks peavad liikmesriigid teatama komisjonile kõigist otsustest kohaldada artikli 7 lõike 9 kohaseid piiranguid.

Komisjon ei ole saanud ühtki konkreetset teadet artikli 7 lõike 9 alusel. Siiski võis teatavaid ülevõtmismeetmeid pidada piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamismäära piiravaks ja patsientide õigusi kahjustavaks. Direktiivist tuleneva piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise lähtepunktina kasutavad kolm liikmesriiki⁶ eri tingimustel ja eri ulatuses riiklikust tervishoiusüsteemist madalamat hüvitamismäära, mida kohaldatakse era- või mittelepingulistele tervishoiuteenuste osutajatele. Komisjon algatas nende liikmesriikide suhtes menetlused, sest nad ei täitnud direktiivist tulenevaid kohustusi⁷.

1.2. Eelluba

⁵ Uuring piiriülese tervishoiu direktiivi 2011/24/EL rakendamise tõhustamise kohta, et tagada ELis patsientide õigused, kättesaadav siin: https://ec.europa.eu/health/publications/study-enhancing-implementation-cross-border-healthcare-directive-201124eu-ensure-patient-rights-eu_en.

⁶ Madalmaad, Austria, Soome.

⁷ 2016. aasta aprilli rikkumiste pakett: peamised otsused, kättesaadav siin:

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/EN/MEMO_16_1452; 2019. aasta jaanuari rikkumiste pakett: peamised otsused, kättesaadav siin: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/EN/MEMO_19_462.

Artikli 8 kohaselt võivad liikmesriigid teises liikmesriigis saadud tervishoiuteenuste hüvitamise suhtes kohaldada eelloa nõuet. Euroopa Kohtu praktika kohaselt piirab selline nõue teenuste vaba liikumist⁸. Seetõttu ei tohiks liikmesriigid üldjuhul seada piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise tingimuseks eelloa saamist⁹. Artikli 8 lõike 2 punktiga a aga lubatakse liikmesriikidel kasutada eelloa nõuet planeerimisvajadusest sõltuvate tervishoiuteenuste puhul, et tagada juurdepääs kvaliteetsetele raviteenustele ja kontrollida kulusid, ning kui need tervishoiuteenused: 1) hõlmavad haiglasse paigutamist vähemalt üheks ööks või 2) nõuavad kitsalt spetsialiseeritud ja kuluka meditsiinilise taristu või meditsiiniseadmete kasutamist. Seetõttu ei saaks nõuda eelluba teises liikmesriigis toimuva meditsiinilise konsultatsiooni puhul¹⁰. Artikli 8 lõike 7 kohaselt peavad liikmesriigid tegema „üldsusele kättesaadavaks teabe selle kohta, millise tervishoiuteenuse puhul on [...] eelluba nõutav“.

Euroopa Kohus on täpsustanud, et eelloa taotlusi tuleb hinnata kooskõlas põhiõiguste hartaga¹¹. Seetõttu võib liikmesriik keelduda andmast patsiendile luba saada ravi teises ELi liikmesriigis, kuid üksnes siis, kui selline keeldumine on vajalik ja vastab eesmärgile, milleks on näiteks ravivõimsuse või meditsiinilise pädevuse säilitamine¹². Lisaks on Euroopa Kohus täpsustanud, et liikmesriigi õigusnormid, mis välistavad kindlustatud isikule teises liikmesriigis antud kiireloomulise ravi kulude hüvitamise, kui puudub eelluba, ei ole kooskõlas teenuste vaba liikumise põhimõttega ega direktiiviga¹³.

Ainult seitsmel liikmesriigil ja ühel EMP EFTA riigil¹⁴ puudub eelloasüsteem, nii et patsientidel on vabadus valida välismaiseid tervishoiuteenuse osutajaid ja halduskoormus on väiksem.

Kõigil teistel riikidel on olemas eelloasüsteem, eelkõige oma tervishoiusüsteemide kaitsmiseks. Direktiivi mõju süsteemidele oli ülevõtmise ajal ebaselge ja eelloa kasutamine oli selle mõju jälgimise vahend¹⁵.

Komisjon jälgib pidevalt, et riikide eelloa süsteemid vastaksid direktiivi artikli 8 lõike 2 kriteeriumidele ja proportsionaalsuse põhimõttele. Nagu kirjeldatakse allpool 3. jaos, on patsientide liikuvus väga väike ja selle mõju riikide tervishoiueelarvele tühine, mis ei viita üldjuhul ulatuslike eelloasüsteemide vajalikkusele tervishoiu planeerimise kaitsmise eesmärgil. Seetõttu otsustasid kaks liikmesriiki eelloa nõude kõrvaldada¹⁶.

⁸ 23. septembri 2020. aasta kohtuotsus WO, C-777/18, EU:C:2020:745, punkt 58, ja selles viidatud kohtupraktika.

⁹ Direktiivi põhjendus 38.

¹⁰ Joonealuses märkuses 8 viidatud kohtuotsus, punkt 79.

¹¹ 29. oktoobri 2020. aasta kohtuotsus A, C-243/19, EU:C:2020:872, punkt 83.

¹² *Ibid*, punkt 85.

¹³ Joonealuses märkuses 8 viidatud kohtuotsus, punkt 85.

¹⁴ Eesti, Küpros, Leedu, Läti, Rootsi, Soome, Tšehhi ja Norra. Madalmaad ei ole oma riiklikes õigusaktides eelloasüsteemi kehtestanud, kuid tervisekindlustusandjad näivad nõudvat eelluba juhul, kui Madalmaade sotsiaalkindlustussüsteemis kindlustatutel on juurdepääs piiriülesele tervishoiule.

¹⁵ Vt joonealuses märkuses 5 osutatud uuring.

¹⁶ Küpros ja Läti.

Kui eelluba peetakse põhjendatuks, on patsientidel õigus teada, millise ravi suhtes kohaldatakse eelloa nõuet¹⁷. Sellel eesmärgil tuleks koostada ja teha üldsusele kättesaadavaks ammendavad ja täpsed raviteenuste lühinimekirjad, et patsientidel oleks võimalik kohaldatavad eeskirjad hõlpsasti kindlaks teha. Eelluba nõudvate tervishoiuteenuste loetelud erinevad aga liikmesriigiti oluliselt selle poolest, millisel määral sellised teenused on tagatud.

Hindamistulemused kinnitavad, et eellubade laialdane kasutamine ja läbipaistvuse puudumine nende kohaldamise korral on piiriüleses tervishoius suur takistus, mis pärsib direktiivi tulemuslikkust patsientide jaoks.

Seetõttu nõuab komisjon, et liikmesriigid hindaksid, kas kümme aastat pärast direktiivi vastuvõtmist on eellubade kasutamine direktiivi eesmärkidel endiselt põhjendatud ning kas riikide nimekirju tervishoiuteenuste kohta, mille suhtes kohaldatakse eellube, võib lühendada, näiteks selleks, et tagada õiguskindlus patsientidele ja eellubade süsteemide läbipaistvus.

1.3. Haldusmenetlused

Artikli 7 lõike 7 kohaselt võib liikmesriik piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist sooviva patsiendi suhtes kohaldada samu tingimusi, vastavuskriteeriume ning õigus- ja haldusformaalsusi, mida kohaldataks juhul, kui neid tervishoiuteenuseid oleks osutatud tema territooriumil. Ükski tingimus, kriteerium ega formaalsus ei tohi aga olla diskrimineeriv ega kujutada endast takistust patsientide vabale liikumisele, välja arvatud juhul, kui see on õigustatud planeerimisvajadusega.

Samamoodi nõutakse artikli 9 lõikes 1, et liikmesriigid tagaksid, et piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamise haldusmenetlused põhineksid objektiivsetel ja mittediskrimineerivatel kriteeriumidel, mis on seatud eesmärgi saavutamiseks vajalikud ja proportsionaalsed.

Nende põhimõtete alusel nõuab komisjon, et liikmesriigid hindaksid, kas eellubade menetlusi ja piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist oleks võimalik muuta patsientidele vähem koormavaks, et nad saaksid direktiiviga tagatud õigustest täit kasu.

Hindamiseks kogutud tõendid kinnitavad, et mõnes liikmesriigis kahjustavad koormavad ja ebaproportsionaalsed haldusmenetlused kodanike piiriüleste tervishoiuteenustega seotud õigusi. Erilist tähelepanu tuleks pöörata selle tagamisele, et patsientidelt nõutakse ainult sellise teabe esitamist, millele neil on hõlbus juurdepääs ja mis on rangelt vajalik eelloa- või hüvitamistaotluste käsitlemiseks kooskõlas direktiiviga. Tervisekindlustusandjad ei tohiks nõuda, et patsiendid esitaksid eeldatava tervishoiuteenuse hinnangulised kulud või doktori hinnangu saadud ravi tulemuslikkuse kohta. Lisaks peaksid liikmesriigid vältima patsientidelt sellise teabe küsimist, mis tavaliselt on taotlust hindava tervisekindlustusandjate valduses, näiteks konkreetse raviteenuse ooteajad. Ühtlasi ei peaks patsient vastutama selle tõendamise eest, et puudub

¹⁷ Suunavad põhimõtted liikmesriikide eelloasüsteeme käsitleva teabe esitamiseks, vt siin: https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/crossborder_enhancing-implementation_info-provision_en.pdf.

põhjus, mille alusel eelloa andmisest võidakse keelduda, näiteks ei peaks ta esitama tõendeid selle kohta, et välismaise tervishoiuteenuse osutaja puhul ei ole tekkinud tõsist ja konkreetset kahtlust tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi ohutuse kohta.

Haldusnõuete proportsionaalsuse hindamisel peaksid liikmesriigid võtma arvesse ka piiriüleste tervishoiuteenuste taotluste esitamise seotud kulusid. Eelkõige võib teenuste vaba liikumise ebaproportsionaalseks takistuseks osutada nõue, et patsiendid esitaksid dokumentatsiooni kinnitatud tõlke¹⁸.

1.4. Hinnad teistest liikmesriikidest pärit patsientidele

Artikli 4 lõikes 3 on sätestatud, et liikmesriigid peavad teistest ELi liikmesriikidest pärit patsientide puhul järgima mittediskrimineerimise põhimõtet. Samuti märgitakse selles lõikes, et teatavatel tingimustel võivad liikmesriigid võtta meetmeid seoses ravile juurdepääsuga. Sellised meetmed peavad aga olema põhjendatud, proportsionaalsed ja vajalikud ning eelnevalt avalikustatud¹⁹.

Liikmesriigid võivad oma territooriumil kehtestada tervishoiuteenuste hinnad. Samas peavad nad artikli 4 lõike 4 kohaselt tagama, et tervishoiuteenuste osutajad kohaldavad teistest ELi liikmesriikidest pärit patsientidele sama hinnaskaalat nagu võrreldavas meditsiinilises olukorras olevatele oma riigi patsientidele. Kui oma riigi patsientide jaoks võrreldav hind puudub,²⁰ kohustab artikli 4 lõige 4 teenuseosutajaid kasutama objektiivsete ja mittediskrimineerivate kriteeriumide alusel arvutatud hinda. Need nõuded aga ei piira selliste riiklike õigusaktide kohaldamist, mis võimaldavad tervishoiuteenuste osutajatel kehtestada oma hinnad, tingimusel et nendega ei diskrimineerita teistest ELi liikmesriikidest pärit patsiente.

Vastavuskontrolli ajal ei tuvastanud komisjon, et tervishoiuteenuste osutajad kehtestavad või neil lubatakse kehtestada diskrimineerivaid hindu teistest liikmesriikidest pärit patsientidele, mis oleks vastuolus eespool nimetatud põhimõtetega. Samas juhitakse tulevikukindluse platvormil²¹ tähelepanu Euroopa Regioonide Komitee aruandes²² esitatud järeldustele, et patsientidelt võetavate meditsiinitasude hinnaskaala ei ole kõigis liikmesriikides vabalt kättesaadav. Seetõttu nõutakse selles arvamuses teabe täiendamist liikmesriikide raviteenuste kohaldatavate tasude kohta.

¹⁸ Vt joonealuses märkuses 5 osutatud uuring.

¹⁹ Direktiivi artikli 20 kohases aastaaruandes viitasid Taani, Eesti, Rumeenia, Island ja Ühendkuningriik (Inglismaa ja Wales), et on selliseid meetmeid võtnud.

²⁰ Näiteks siis, kui liikmesriigis, kus kindlustatutele pakutakse tervishoiuteenuseid mitterahaliste hüvitiste süsteemi alusel, ei saa riiklikud/lepingulised tervishoiuteenuste osutajad tegutseda eraõiguslikult.

²¹ Vt joonealuses märkuses 4 osutatud arvamus.

²² Euroopa Regioonide Komitee (2020). „Network of Regional Hubs for EU Policy - Implementation Review - Implementation Report - Third Consultation, on Cross-border Healthcare“ (Piirkondlike keskuste võrgustik ELi poliitika rakendamise läbivaatamiseks – rakendamisaruanne – kolmas konsultatsioon, piiriülese tervishoiu kohta), kättesaadav siin: <https://cor.europa.eu/en/engage/Documents/RegHub/report-consultation-03-cross-border-healthcare.pdf>.

2. Teiste ELi institutsioonide ja organite aruanded

Euroopa Parlament analüüsis direktiivi rakendamise puudujääke ja järeldas,²³ et on vaja võtta meetmeid, näiteks lihtsustada haldusmenetlusi ja täiendada konkreetsetel sellel eesmärgil loodud riiklike kontaktpunktide esitatavat teavet.

Euroopa Kontrollikoda järeldas,²⁴ et komisjon on hästi jälginud direktiivi ülevõtmist siseriiklikku õigusesse ja selle rakendamist liikmesriikides. Kuigi ELi meetmed parandasid liikmesriikidevahelist koostööd, leiti, et auditi toimumise ajal oli direktiivist tulenev mõju patsientidele pigem väike. Kontrollikoja soovitustes nõutakse riiklike kontaktpunktide suuremat toetamist, terviseandmete piiriülese vahetamise alustamist ning ELi meetmete tugevdamist harvikaiguste ja Euroopa tugivõrgustike valdkonnas. Komisjon jätkab nende soovitude täideviimist.

Nõukogu järeldustes²⁵ väljendati samu seisukohti nagu kontrollikoja aruandes ja soovitati komisjonil toetada riiklike kontaktpunkte, et parandada patsientidele antavat teavet nende õiguste kohta piiriülestele tervishoiuteenustele, sealhulgas teavet Euroopa tugivõrgustike kohta.

Euroopa Regioonide Komitee toetas²⁶ tervishoiusüsteemide kaitsmiseks eellubade vajaduspõhist kasutamist ja pooldas eelnevat teavitamist, et tagada patsientidele selgus nende tervishoiukulude kohta ning toetada ametiasutusi nende direktiivist tulenevate kohustuste täitmisel.

3. Patsientide liikumise andmed

Direktiivi artiklis 20 palutakse liikmesriikidel täiendada patsientide liikumist käsitlevaid komisjoni aruandeid teabega riiklike kontaktpunktide, patsientide voogude piirangute, eelloa nõudega ja nõudeta tervishoiuteenuste, tervishoiuteenuseid käsitlevate teabepäringute, antud hüvitiste ja tervishoiuteenuste hüvitamise või hüvitamata jätmise põhjuste kohta.

Aruandes antakse kõrgetasemeline ülevaade kolmeaastase perioodi (2018–2020) kohta saadud andmetest ja see hõlmab võrdlemise eesmärgil 2016. ja 2017. aasta andmeid. Andmed esitanud

²³ Euroopa Parlamendi resolutsioon piiriülese tervishoiu direktiivi rakendamise kohta, 2018/2108(INI), 12.2.2019.

²⁴ Euroopa Kontrollikoja 4. juuni 2019. aasta eriaruanne nr 7/2019 „ELi piiriülese tervishoiu meetmed: eesmärgid on kõrgelennulised, kuid juhtimist on vaja parandada“.

²⁵ Nõukogu järeldused, mis käsitlevad Euroopa Kontrollikoja eriaruannet nr 7/2019, 12913/19 FIN, 23.10.2019.

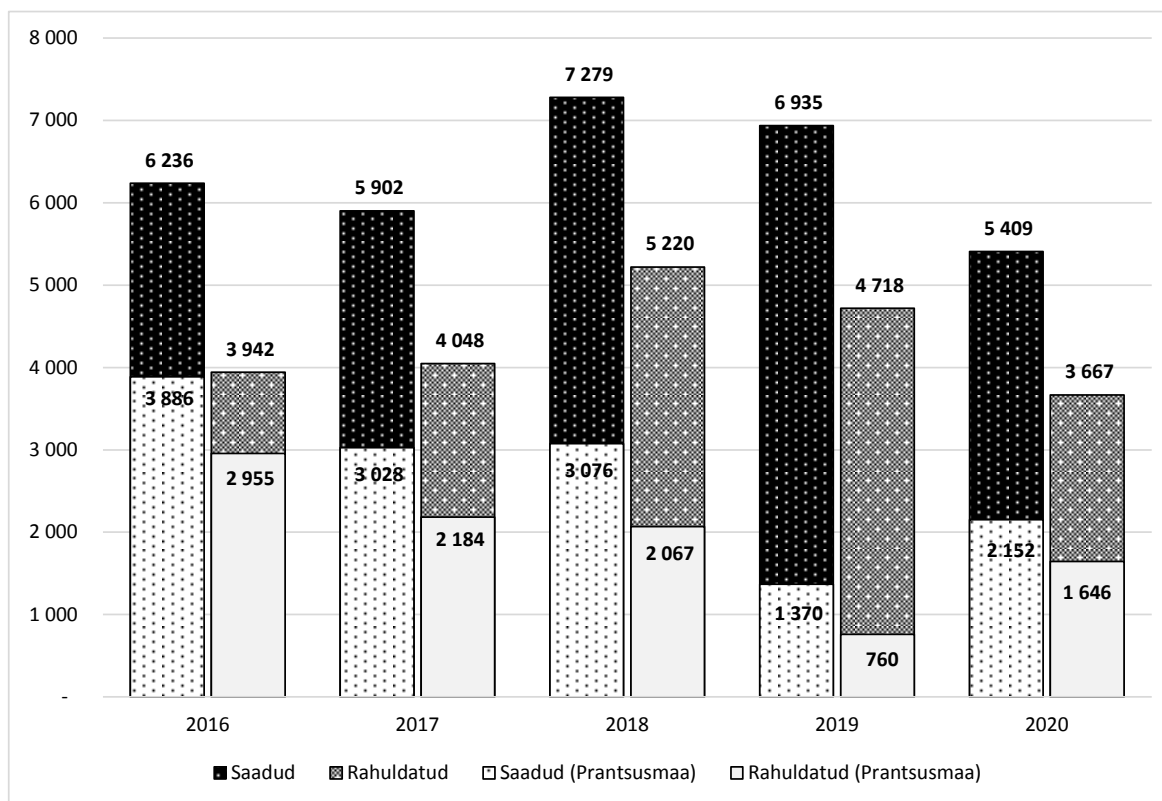
²⁶ Euroopa Regioonide Komitee 14. oktoobri 2020. aasta arvamus teemal „Piiriülese tervishoiu rakendamine ja tulevikuväljavaated“, CDR 4597/2019.

liikmesriikide²⁷ ja EMP EFTA riikide arv ei ole igal võrdlusaastal sama. Samuti on paljud riigid esitanud ainult osalise teabe. Mõnes riigis ei olnud võimalik eristada direktiivi ja määruse kohaseid piiriüleste tervishoiuteenuste andmeid teiste paralleelsete süsteemide andmetest²⁸.

3.1. Patsientide liikumise näitajad

Esitatud koondandmed eelloa taotluste ja eelloota hüvitamise taotluste arvu kohta näitavad, et direktiivi kohane patsientide liikuvus on jätkuvalt väga väike ja vähenes märkimisväärselt 2020. aastal COVID-19 pandeemia ja liikumispiirangute tõttu (vt joonis 1 tervishoiuteenuste kohta, mille suhtes kohaldatakse eelloa nõuet).

Joonis 1 Kõigi andmed esitanud riikide eelloa taotluste ja välja antud eellubade arv, 2016–2020



Eellubade koguarvud, välja arvatud Ühendkuningriik: võrdlusaastal **2016** saadi 6 009 taotlust ja anti 3 822 luba; võrdlusaastal **2017** saadi 5 471 taotlust ja anti 3 727 luba; võrdlusaastal **2018** saadi 6 301 taotlust ja anti 4 447 luba; võrdlusaastal **2019** saadi 5 352 taotlust ja anti 3 291 luba ning võrdlusaastal **2020** saadi 5 218 taotlust ja anti 3 542 luba.

Allikas: küsimustikud direktiivi 2011/24/EL ja patsientide liikuvuse kohta.

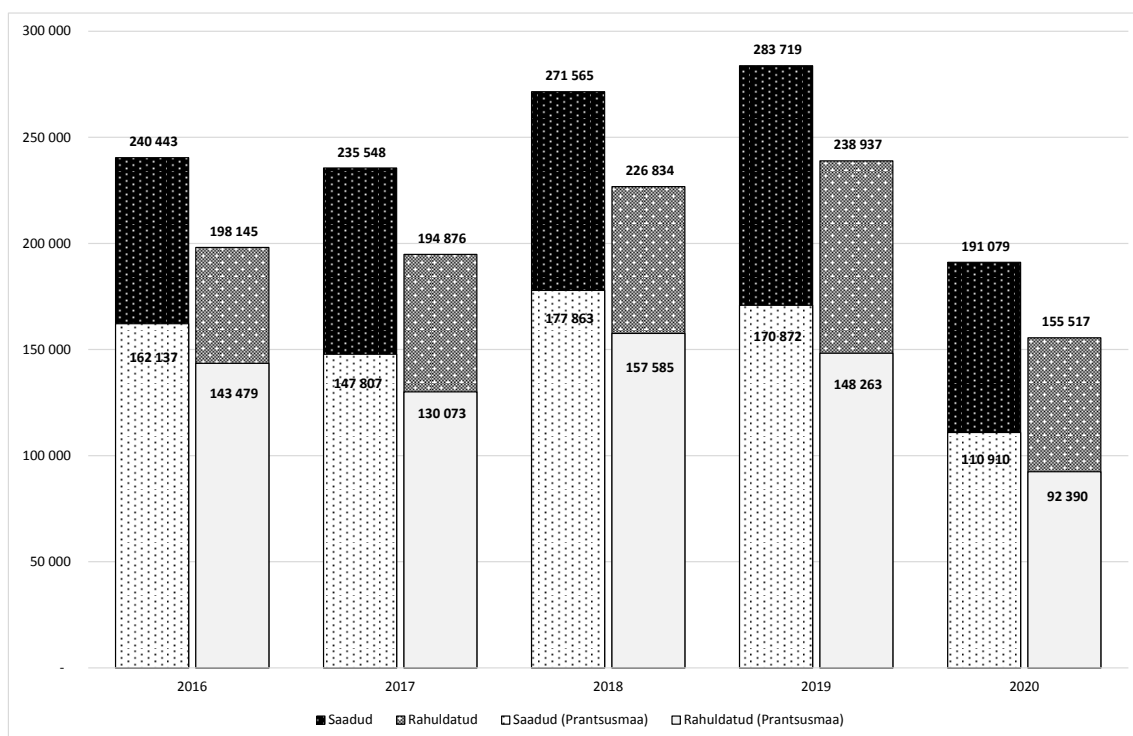
²⁷ Käesolev aruanne hõlmab Ühendkuningriigi andmeid, sest direktiivi kohaldati Ühendkuningriigile üleminekuperioodil veel kuni 31. detsembrini 2020.

²⁸ Seda eriti Prantsusmaa puhul, kes teatab suhteliselt suurtest patsientide liikumise näitajatest. Sellega seotud Prantsusmaa näitajad on joonistel 1 ja 2 eraldi esile toodud.

Kõigis võrdlusaastate 2016–2020²⁹ kohta andmeid esitanud riikides oli saadud eelloa taotluste ja välja antud eellubade arv suurim 2018. aastal. Sellel perioodil saadud taotluste arv suurenes ja seda eelkõige Irimaal, Luksemburgis ja Slovakkias. Enamikus riikides on aga saadud taotluste ja antud lubade arv aastate jooksul vähenenud, eriti Belgias, Bulgaarias, Itaalias ja Poolas.

Eelloata hüvitamise taotluste arv on märgatavalt suurem kui eelloa taotluste arv (joonis 2).

Joonis 2 Kõigi andmeid esitanud riikide eelloata hüvitamise taotluste ja rahuldatud hüvitamistaotluste arv, 2016–2020



Koguarvud, välja arvatud Ühendkuningriik: võrdlusaastal **2016** saadi 238 680 hüvitamistaotlust ja rahuldati 197 152 hüvitamistaotlust; võrdlusaastal **2017** saadi 233 508 taotlust ja rahuldati 193 803 taotlust; võrdlusaastal **2018** saadi 269 006 taotlust ja rahuldati 225 186 taotlust; võrdlusaastal **2019** saadi 280 594 taotlust ja rahuldati 236 891 taotlust ning võrdlusaastal **2020** saadi 188 013 taotlust ja rahuldati 153 960 taotlust.

Allikas: küsimustikud direktiivi 2011/24/EL ja patsientide liikuvuse kohta.

Kõigi võrdlusaastate 2016–2020³⁰ kohta andmeid esitanud riikides oli saadud ja rahuldatud hüvitamistaotluste arv suurim samuti 2018. aastal ning vähenes 2019. ja 2020. aastal. Perioodil 2016–2020 vähenes patsientide liikuvus enamikus nendes riikides. Mõnes riigis, eriti Irimaal, Slovakkias, Tšehhis ja Ühendkuningriigis saadud hüvitamistaotluste arv aga suurenes.

²⁹ S.o 15 liikmesriiki ja Ühendkuningriik.

³⁰ S.o 17 liikmesriiki, Ühendkuningriik ja Norra.

3.2. Patsientide liikumise finantsmõju

Aastatel 2018–2020 oli hüvitatud summa kokku 243 miljonit eurot (2018. aastal 73,4 miljonit eurot, 2019. aastal 92,1 miljonit eurot ja 2020. aastal 77,5 miljonit eurot³¹).

Kõigil asjakohastel võrdlusaastatel andmed eellubadega ja -lubadeta tervishoiuteenuste kohta esitanud riikides³² suurenes hüvitatud kogusumma igal aastal alates 2016. aastast kuni 2019. aastani ning vähenes märkimisväärselt 2020. aastal.

ELi 28 liikmesriigi valitsemissektori kogukuludest, mis moodustasid 7,5 triljonit eurot, eraldati 2019. aastal³³ tervishoiule ligikaudu 1,2 triljonit eurot. Riikides, kes esitasid 2019. aastal teabe eellubadega ja -lubadeta tervishoiuteenuste hüvitatud kogusumma kohta, moodustasid tervishoiuteenuste kogukulud 882 miljardit eurot. Seetõttu moodustas direktiivi alusel hüvitatud summa osakaal valitsemissektori tervishoiuteenuste kuludest 0,01 % (= 92,1 miljonit eurot / 882 miljardit eurot).

Üldjoontes on piiriülene tervishoid jätkuvalt väga piiratud³⁴ ja selle riikide tervishoiueelarvetele avalduv mõju tulenevalt patsientidest, kes soovivad saada direktiivi alusel piiriüleseid tervishoiuteenuseid, näib olevat tühine. See kehtib kõikide riikide puhul, olenemata sellest, kas nad on eellubade süsteemi kehtestanud või mitte.

3.3. Patsientide liikumissuunad

Patsientide vood ei muutunud ajavahemikul 2018–2020 märkimisväärselt. Patsientide liikumine toimub endiselt peamiselt naaberriikide vahel. See näib osutavat, et patsiendid eelistavad võimaluse korral saada tervishoiuteenuseid kodu lähedal ning kui nad otsustavad reisida, eelistavad nad reisida naaberriiki. Samale järeldusele jõuti määruse kohaste piiriüleste tervishoiuteenuste puhul³⁵.

³¹ Kogusumma, millest on välja arvatud Ühendkuningriik, oli 2018. aastal 65,7 miljonit eurot, 2019. aastal 82,3 miljonit eurot ja 2020. aastal 74,9 miljonit eurot.

³² S.o 17 liikmesriiki, Ühendkuningriik ja Norra.

³³ Eurostat [[GOV_10A_EXP](#)]. Kuigi 2020. aasta andmed on käesoleva aruande avaldamise ajal juba kättesaadavad, ei hõlma need Ühendkuningriigi andmeid.

³⁴ Määruse kohane piiriülene tervishoid moodustas 2019. ja 2020. aastal ligikaudu 0,3–0,4 % tervishoiu kogukuludest (Piiriülene tervishoid ELis sotsiaalkindlustuse koordineerimist käsitlevate andmete kohaselt – vaatlusaastad 2019 ja 2020, kättesaadavad siin: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23780&langId=en> ja https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=5&advSearchKey=ssc_statsreport2021&mode=advancedSubmit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0).

³⁵ *Ibid.*

Suurimad patsientide vood, mispuhul patsiendid reisisid pärast oma tervisekindlustusandjalt eelloa saamist välismaale, olid 2018. aastal Irimaalt Ühendkuningriiki, Prantsusmaalt Saksamaale ja Prantsusmaalt Hispaaniasse, 2019. aastal Irimaalt Ühendkuningriiki, Ühendkuningriigist Irimaale ja Luksemburgist Saksamaale ning 2020. aastal Irimaalt Ühendkuningriiki, Prantsusmaalt Hispaaniasse ja Prantsusmaalt Saksamaale.

Eelloata tervishoiuteenuseid kasutada soovivate patsientide vood olid suurimad Prantsusmaalt Portugali, Belgiasse ja Hispaaniasse. Nende järel on patsientide liikumine suurim Taanist Saksamaale, Poolast Tšehhi ning Rootsist ja Norrast Hispaaniasse. Viimati nimetatud kaks suunda viitavad ilmsele suundumusele, et Põhjamaade patsiendid kasutavad piiriüleseid tervishoiuteenuseid Hispaanias.

Väärib mainimist, et mõned riigid rahuldavad üle 90 % eelloa taotlustest, mis puudutavad ravi konkreetses riigis, nt Iirimaa ravi saamiseks Ühendkuningriigis, Slovakkia ravi saamiseks Tšehhis, Bulgaaria ravi saamiseks Prantsusmaal ja Austria ravi saamiseks Saksamaal. Samamoodi on eelloata tervishoiuteenuste puhul suur osa hüvitamistaotlustest seotud ühe konkreetse raviteenust osutava riigiga, nt Irimaal Ühendkuningriigiga seotud taotlused, Poolas Tšehhiga seotud taotlused ja Soomes Eestiga seotud taotlused.

4. Patsientide teavitamine

Riiklikud kontaktpunktid on vajalikud, et võimaldada patsientidel kasutada direktiivist ja määrusest tulenevaid piiriüleste tervishoiuteenustega seotud õigusi. Nagu hindamine näitas, on inimestel sageli probleeme teabe leidmise ja kohaldatavate eeskirjade mõistmisega. Kuigi patsientidele teabe jagamine on järk-järgult paranenud, on endiselt suuri puudujääke teabe kättesaadavuse, terviklikkuse ja selguse osas ning puudega inimeste juurdepääsul teabele. Lisaks, Euroopa tugivõrgustike ja harvikhaguste kohta jagavad teavet ainult 14 riiklikku kontaktpunkti. Hindamisest nähtus, et see valmistab suurt muret patsientide organisatsioonidele ja Euroopa Puuetega Inimeste Foorumile.

Probleemiga tegelemiseks avaldas komisjon 2018. aastal koostöös liikmesriikidega koostatud suunavad põhimõtted riiklike kontaktpunktide tegevuse kohta³⁶. Nende eesmärk on abistada riiklike kontaktpunkte nende igapäevases ülesandes anda selget, täpset ja kvaliteetset teavet piiriülese tervishoiu põhiaspektide kohta. Kõige tähtsam on see, et teave oleks alati patsientidele orienteeritud. Hindamisel avastati, et riiklike kontaktpunktide veebisaidid ei ole alati digitaalselt juurdepääsetavad puudega patsientidele, mida nõutakse veebi juurdepääsetavuse direktiivis,³⁷ ning et ainult 30 % veebisaitidest jagavad teavet tervishoiuasutuste füüsilise ligipääsetavuse

³⁶ https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-12/2019_ncptoolbox_ncp_guiding_principles_crossborder_en_0.pdf.

³⁷ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 26. oktoobri 2016. aasta direktiiv (EL) 2016/2102, mis käsitleb avaliku sektori asutuste veebisaitide ja mobiilirakenduste juurdepääsetavust (ELT L 327, 2.12.2016, lk 1).

kohta³⁸. Kaasamise põhimõtte alusel palutakse riiklikel kontaktpunktidel tunnistada ja toetada puudega inimeste õigust saada võrdne juurdepääs teiste ELi liikmesriikide pakutavaid tervishoiuteenuseid käsitlevale teabele, nagu nõutakse direktiivi artikli 6 lõikes 5.

Liikmesriigid kiitsid 2021. aastal heaks täiendavad suunavad põhimõtted eelloasüsteeme käsitleva teabe jagamise kohta³⁹. Need on muu hulgas ette nähtud selleks, et patsientidele oleks tagatud selge ja täielik teave nende õiguste kohta, mis on seotud piiriüleste tervishoiuteenustega, mille suhtes kohaldatakse eelloa nõuet.

Komisjoni mitmekeelsed piiriülese tervishoiu töövahendid,⁴⁰ mis hõlmavad patsiendi käsiraamatut, aitavad patsientidel orienteeruda piiriülese tervishoiu eri võimaluste vahel. Enamik riiklikke kontaktpunkte on avaldanud patsientide käsiraamatu oma veebisaidil ja teistel soovitatakse seda teha. ELi ühtne digivärv aitab meditsiinilist abi otsivatel inimestel võtta ühendust riiklike kontaktpunktidega portaali „Teie Euroopa“⁴¹ kaudu.

5. Tervishoiusüsteemide koostöö

5.1. Retseptide tunnustamine

Direktiivi artikli 11 lõike 1 kohaselt peavad liikmesriigid teatavatel tingimustel tagama, et teises liikmesriigis patsiendile nimeliselt ravimi või meditsiiniseadme jaoks väljakirjutatud retsepti alusel on seda võimalik väljastada tema territooriumil. Retseptide vastastikuse tunnustamise põhimõtet jõustatakse rakendusdirektiiviga 2012/52/EL⁴². Euroopa Kohus on selgitanud, et direktiivis 2011/24/EL ei nõuta, et apteeker peab tunnustama teise liikmesriigi tervishoiutöötaja väljastatud ostutellimusi, mis ei sisalda asjaomase patsiendi nime⁴³.

Hindamisel leiti, et kuigi retsepte tunnustatakse juba palju paremini, on patsientidel jätkuvalt probleeme retseptide tunnustamisega teises ELi liikmesriigis, peamiselt autentsuskontrolli ja keelega seotud probleemide tõttu.

5.2. Euroopa tugivõrgustikud

³⁸ Euroopa Puuetega Inimeste Foorum (2021), „Access to cross-border healthcare by patients with disabilities in the European Union“ (Puuetega patsientide juurdepääs Euroopa Liidu piiriülestele tervishoiuteenustele), kättesaadav siin: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2019/08/EDF-report_on_health_revised-accessible.pdf.

³⁹ Viide joonealuses märkuses 17.

⁴⁰ https://ec.europa.eu/health/cross-border-healthcare/toolbox-cross-border-healthcare_en.

⁴¹ https://europa.eu/youreurope/index_et.htm

⁴² Komisjoni 20. detsembri 2012. aasta rakendusdirektiiv 2012/52/EL, millega nähakse ette meetmed, et hõlbustada teises liikmesriigis väljakirjutatud retseptide tunnustamist (ELT L 356, 22.12.2012, lk 68).

⁴³ 18. septembri 2019. aasta kohtuotsus VIPA, C-222/18, EU:C:2019:751, punkt 47.

Euroopa tugivõrgustikud⁴⁴ on vabatahtlikud piiriülesed virtuaalvõrgustikud, mis ühendavad kitsalt spetsialiseerunud Euroopa tervishoiutöötajaid, et aidata diagnoosida ja ravida patsiente, kellel on haruldased või vähese levimusega komplekshaigused, mis eeldavad kitsalt spetsialiseeritud tervishoiuteenuseid ning teadmiste ja vahendite koondamist. Need võrgustikud toimivad haruldaste või vähese levimusega komplekshaigustega seotud teadmiste loomise ja levitamise, tervishoiutöötajate koolitamise ning haridus- ja teaduskeskustena.

2017. aastal loodud 24 tugivõrgustikku tegelevad nüüd paljude valdkondlike küsimustega, sealhulgas harvaesinevate vähivormidega. Loomisest saati on võrgustikud märkimisväärselt laienenud, tugevdades ELi suutlikkust pakkuda haruldaste ja vähese levimusega komplekshaigustega patsientide jaoks parimat oskusteavet ja elupäästvaid teadmisi. Alates 1. jaanuarist 2022 on võrgustikuga ühinenud 620 uut liiget; tugivõrgustike liikmete koguarv on 1 466 ja need hõlmavad geograafiliselt kõiki 27 liikmesriiki ja Norrat. Tugivõrgustikel oli 2020. aasta lõpuks ka 289 seotud partnerit (228 seotud riiklikku keskust ja 61 nelja riiklikusse koordineerimiskeskusesse kuuluvat keskust). Neljal harvaesinevate vähivormide tugivõrgustikul on edaspidi tähtis roll Euroopa vähktõvevastase võitluse kavas⁴⁵ ja ELi vähiuuringute missioonis,⁴⁶ olles nii tulevaseks riiklike terviklike vähikeskusi ühendavaks võrgustikuks.

Novembris 2017 alustas tööd komisjoni rahastatav patsiendi kliiniliste andmete haldamise süsteem⁴⁷. Eriotstarbeline IT-platvorm toetab ELi eri teabekeskustest pärit ja tugivõrgustikesse kuuluvate tervishoiutöötajate virtuaalseid eksperdirühmi (kolleegiume), mis tulevad kokku, et jagada oskusteavet haruldaste ja vähese levimusega komplekshaigustega patsientide diagnoosimise ja ravi kohta. 2021. aasta juuniks oli loodud peaaegu 2 000 eksperdirühma ja nende arv suureneb pidevalt. Komisjon töötab süsteemi parema toimimise nimel välja selle täiendatud versiooni.

Komisjon lõi 2019. aastal ka harvikaiguste registreerimise Euroopa platvormi,⁴⁸ et soodustada haruldaste haigustega patsientide kohta teabe vahetamist ja toetada Euroopa tugivõrgustikke teabe kogumisel ja jagamisel.

Komisjon toetas Euroopa tugivõrgustikke märkimisväärselt ELi kolmanda terviseprogrammi ja alates 2021. aastast programmi „EL tervise heaks“ kaudu. Need programmid hõlmavad mitmesugust tegevust, näiteks Euroopa tugivõrgustike kliinilise tava suuniste ja kliiniliste otsuste abivahendite väljatöötamine, tugivõrgustike patsiendiregistrite väljatöötamine ja korrashoid raviteenuste osutamise hõlbustamiseks, tugivõrgustike tervishoiutöötajate lühiajaline liikuvus- ja vahetusprogramm ning tugivõrgustike hindamine ja järelevalve⁴⁹. Euroopa tugivõrgustike

⁴⁴ https://ec.europa.eu/health/european-reference-networks/networks_et.

⁴⁵ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/cancer-plan-europe_et.

⁴⁶ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/cancer_en.

⁴⁷ <https://cpms.ern-net.eu/login/>.

⁴⁸ https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/_et.

⁴⁹ <https://www.nivel.nl/en/project-amequis-2020-ongoing>.

kliinilisi uuringuid rahastatakse ELi teadus- ja innovatsiooniprogrammide raames. Tänu programmi „Horisont 2020“ vahenditele on Euroopa tugivõrgustikud harvikaiguste Euroopa ühisprogrammi⁵⁰ ja projekti ERICA⁵¹ peamised kasusaajad. Projektiga ERICA luuakse platvorm, kuhu on koondatud kogu tugivõrgustike teadus- ja innovatsioonisuutlikkus, millega parandatakse raviteenuste kättesaadavust.

5.3. E-tervis

Direktiivi artikli 14 alusel loodud e-tervise võrgustik on vabatahtlik võrgustik, kuhu kuuluvad e-tervise eest vastutavad riiklikud asutused. See töötab koostalitlusvõimeliste rakenduste ja tervishoiuteenuste osutamise järjepidevuse ja kättesaadavuse nimel.

Komisjon võttis vastu seadusandliku ettepaneku tervishoiu Euroopa andmeruumi kohta,⁵² lähtudes artikli 14 eraldi hindamisest. Hindamises järeldatakse, et e-tervise võrgustiku tulemuslikkus ja tõhusus on olnud piiratud, seda peamiselt koostöö vabatahtliku laadi tõttu. Alates 2018. aastast on võrgustiku tegevuse keskmes terviseandmete kasutamise ja vahetamise suurendamine tervishoiuteenuste osutamise ja järjepidevuse tagamise nimel ning MyHealth@EU taristu loomine. MyHealth@EU taristuga seotud liikmesriikide arv laieneb ja enamik liikmesriike rakendab MyHealth@EU platvormi eeldatavasti 2025. aastaks. Seni on e-tervise riiklike kontaktpunktide kaudu ühendatud kümme liikmesriiki, kes on alustanud patsientide koondandmete ja digiretseptide vahetamist, et tagada piiriülestele patsientidele tervishoiuteenuste järjepidevus. MyHealth@EU taristu toetamiseks lisatakse praegu täiendavat andmesisu, sealhulgas laboratoorsete analüüside tulemused, haiglast väljakirjutamise teave ja meditsiinilised ülesvõtted.

Pärast COVID-19 pandeemia puhangut 2020. aastal sai rahvatervise kriisi ohjamisest e-tervise võrgustiku prioriteet. Rahva tervise kaitsmiseks ja inimeste vaba liikumise tagamiseks aitas võrgustik kiiresti välja töötada ja rakendada kaht tähtsat algatust: kontaktsete isikute jälgimise ja hoiatamise rakenduste koostalitlusvõime ELi tasandil ning ELi digitaalne COVID-tõend⁵³.

5.4. Tervisetehnoloogia hindamine

⁵⁰ <https://www.ejprarediseases.org/>.

⁵¹ <https://erica-rd.eu/>.

⁵² Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus ühtse Euroopa terviseandmeruumi kohta (COM(2022) 197 final).

⁵³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 14. juuni 2021. aasta määrus (EL) 2021/953, millega kehtestatakse koostalitlusvõimeliste COVID-19 vaksineerimis-, testimis- ja läbipõdemistõendite (ELi digitaalne COVID-tõend) väljaandmise, kontrollimise ja aktsepteerimise raamistik, et hõlbustada vaba liikumist COVID-19 pandeemia ajal (ELT L 211, 15.6.2021, lk 1).

Komisjon avaldas 18. oktoobril 2021. aastal esimese aruande ELi digitaalse COVID-tõendi süsteemi rakendamise kohta COM(2021) 649 final.

Artikliga 15 sätestati õiguslik alus Euroopa koostöö edendamiseks tervisetehnoloogia hindamise valdkonnas, mis on oluline osa tervishoius tõenduspõhiste tervishoiuotsuste tegemisel. Komisjon võttis 31. jaanuaril 2018. aastal vastu ettepaneku tervisetehnoloogia hindamist käsitleva määruse kohta, mille eesmärk oli tugevdada Euroopa koostööd selles valdkonnas ja muuta see jätkusuutlikuks⁵⁴. Uus määrus võeti vastu 15. detsembril 2021 ja see jõustus 12. jaanuaril 2022⁵⁵. Sellega jäeti välja direktiivi artikkel 15. Paralleelselt komisjoni ettepanekut käsitlevate läbirääkimistega jätkus tervisetehnoloogia hindamise võrgustiku tegevus, mida täiendas EUnetHTA kolmanda ühismeetme tehniline töö⁵⁶. EUnetHTA kolmanda ühismeetme raames töötati 2020. aastal COVID-19 pandeemia alguses välja ja avaldati koostööna valminud jooksvad ülevaated mitme ravimipõhise ja muu COVID-19 ravimeetodi kohta.

5.5. Piiriülene ja piirkondlik koostöö

Direktiivis nõutakse, et liikmesriigid annaksid vastastikust abi ja hõlbustaksid naaberriikidevahelist piiriülest tervishoiualast koostööd ning et komisjon soodustaks liikmesriikide koostööd.

EL toetab tervishoiusüsteemide koostööd ja integreerimist piirialadel oma Interregi programmi kaudu. See on toimunud edasiviiva jõuna mitmes piirkondlikus tervishoiualases partnerluses, suurendades kohalikku juurdepääsu ravile, ühisrajatistele ja teenustele. Paraku põhjustab tervishoiuteenustega seotud arvete esitamise ja hüvitamise keeruline kord eri tervishoiusüsteemides endiselt probleeme. See võib märkimisväärselt kahjustada piirialadel elavate inimeste heaolu, arvestades, et piirialadel elab üle 40 % ELi elanikkonnast. Hindamisel leiti tõendeid, et direktiiviga on loodud lisavahend tervishoiuteenuste osutamise hõlbustamiseks piirialadel, sest piiriüleste tervishoiuteenuste eelload ei ole ambulatoorse tavaravi korral vajalikud. Euroopa Piirialade Ühendus järeltas, et direktiivi kohane hüvitamiskord ei ole tavaliselt eelistatud valik, sest piiriüleste tervishoiuteenuste kulude ettetasumine on takistav asjaolu⁵⁷.

Finants- ja haldustakistuste ületamiseks on võimalik kasutada mitme piirkondliku tervishoiualase kokkuleppe pakutavaid koostöömudeleid⁵⁸. Reini jõe ülemjooksu piirkonna välja töötatud kasutajasõbralik patsiendi käsiraamat⁵⁹ on hea tava näide riiklike kontaktpunktide ja tervisekindlustusandjate vahelisest koostööst, mille eesmärk on anda selget teavet patsiendi erivajaduste rahuldamiseks.

⁵⁴ COM(2018) 51 final.

⁵⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 15. detsembri 2021. aasta määrus (EL) 2021/2282 tervisetehnoloogia hindamise kohta ning millega muudetakse direktiivi 2011/24/EL (ELT L 458, 22.12.2021, lk 1).

⁵⁶ <https://www.eunetha.eu/>.

⁵⁷ AEBR (2021), „Cross-border patient mobility in selected EU regions“ (Patsientide piiriülene liikuvus valitud ELi piirkondades), kättesaadav siin: https://ec.europa.eu/health/publications/cross-border-patient-mobility-selected-eu-regions_en.

⁵⁸ C(2020) 2153 final.

⁵⁹ <https://www.trisan.org/fr/outils/guide-de-mobilite-des-patients>.

COVID-19 pandeemia on suurendanud piirkondade piiriülese koostöö tähtsust. COVID-19 kriisis täitsid mitu ELi piirkonda tähtsat ülesannet, pakkudes enam kui 300 intensiivravikohta ja raviteenuseid, et leevendada teisel pool piiri asuvate ülekoormatud haiglate olukorda. Komisjoni tervishoiualase piiriülese koostöö valdkonnas antava ELi erakorralise abi korraldamise juhustega kehtestati kogu ELi hõlmav koordineerimismehhanism ja juhiti tähelepanu patsientide hüvitise saamise õigustele, ravidokumentide (haiguslugude) ülekantavusele, raviteenuste järjepidevusele ning retseptide tunnustamisele tervishoiuteenuste kasutamise korral välismaal. Hindamisel leiti, et direktiiv võib aidata vähendada COVID-19 pandeemia tõttu edasilükatud mittekiireloomulise tavaravi järjekordi, kui üle piiri on olemas vaba tervishoiuteenuste osutamise suutlikkus.

6. Hindamise tulemused

Oma eesmärkide saavutamisel – hõlbustada juurdepääsu ohututele ja kvaliteetsetele tervishoiuteenustele teises ELi liikmesriigis – on direktiiv olnud mõõdukalt tõhus. Euroopa Kohtu tõlgenduse kohaselt on direktiiv tekitanud täiendavat õigusselgust seoses patsientide õigustega kasutada tervishoiuteenuseid igal pool ELis ja see aitab olulisel määral kaitsta tervishoiuteenuste vaba liikumist.

Hindamisest nähtub, et direktiiviga on sätestatud tähtsad patsientide õigused, nagu ELi ja oma riigi patsientide võrdne kohtlemine. Sellega on saavutatud ELi tasandil järjepidevam lähenemisviis ELi kodanike piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamisele. Üldiselt on direktiiviga tugevdatud patsientide õigusi, suurendades raviteenuste hindade läbipaistvust ja tuues patsientide jaoks kaasa kasulikke muutusi riikide tervishoiusüsteemides. ELi kodanikud kasutavad direktiiviga neile tagatud õigusi ja hüvitismehhanisme, olgugi et selliste kodanike arv on endiselt väike. Direktiivi sätted retseptide tunnustamise kohta on osutunud üldsusele valdavalt kasulikuks; siiski on veel teatavaid probleeme retseptide keele, kontrolli ja ehtsusega.

On küsimusi, mis pärsvivad jätkuvalt direktiivi potentsiaali parandada piiriüleste tervishoiuteenuste kättesaadavust. Need hõlmavad eelkõige järgmist: vähene teadlikkus patsientide piiriüleste tervishoiuteenustega seotud õiguste kohta; ebapiisav patsienditeave; ebaproportsionaalne halduskoormus ning ebakindlus seoses tervishoiuteenuste kulude ja hüvitamisega välismaal. Eelkõige patsientide organisatsioonid kritiseerivad nõuet, et patsiendid peavad välismaal osutatavate tervishoiuteenuste eest ette tasuma, väites, et see tekitab tervishoiuteenuste kättesaadavuse valdkonnas ebavõrdsust. Direktiivi kohaselt peavad aga patsiendid kulud ette tasuma, sest see on ainus toimiv viis, mis võimaldab patsientidel valida teises ELi liikmesriigis avaliku või erasektori tervishoiuteenuseid ilma eelloata, andes patsiendile ühtlasi õiguse nõuda oma tervisekindlustusandjalt teataval määral kulude hüvitamist. See annab lisaks sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise eeskirjadele patsiendile täiendava võimaluse piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamiseks.

Direktiivi ja määruse keerulist õiguslikku suhet on üldsusel raske mõista ning riiklikel kontaktpunktidel ja tervisekindlustusandjatel on seda patsientidele keeruline selgitada. Samas

jääb vastutus kasulikuma variandi valimise eest sageli patsientidele ja sellel on ebaselge finantsmõju. See tekitab kahtlusi, kas on saavutatud direktiivi ja määruse piisav arusaadavus, mis oleks hüvanguks patsientidele.

Direktiivil on olnud suur mõju harvikaiguste valdkonnas, sest selle alusel on loodud Euroopa tugivõrgustikud, et toetada selliste haigustega patsientide diagnoosimist ja ravi. Euroopa tugivõrgustikud hõlbustavad teadmiste loomist ja jagamist ning toetavad kliinilisi uuringuid. Nende pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks on aga vaja täiendavaid parandusi, et integreerida tugivõrgustikud riikide tervishoiusüsteemidesse ja luua patsientidele selged võimalused juurdepääsuks tugivõrgustikele riiklikul tasandil. Lisaks tuleb tehniliselt edasi arendada meditsiinieksperptide virtuaalseid kolleegiume toetavat patsiendi kliiniliste andmete haldamise süsteemi. Kuna virtuaalsetes kolleegiumides osalevate tugivõrgustike osutatavate tervishoiuteenuste jaoks puuduvad eraldi arveldus- ja hüvitamismehhanismid, on nende kolleegiumide laialdasem kasutamine piiratud. Ka Euroopa tugivõrgustike toetamiseks ette nähtud ELi rahastamisvoogude kasutamine oli halduslikult keerukas.

Komisjon on tulemuslikult soodustanud piirkondlikku tervishoiualast koostööd Interregi programmi abil. Kuigi direktiivi kasutatakse teiste piiriülese tervishoiu mehhanismide täiendamiseks, on vähe andmeid selle mõju kohta patsientide liikuvusele piirialadel. Sidusrühmade arvates võiks direktiivi roll seisneda selles, et ta aitab lahendada edasilükkamise tõttu kuhjunud tavaraviteenuste probleemi.

Kuigi see ei kuulu käesoleva hindamise alla, on direktiivil olnud tähtis osa Euroopa tervishoiusüsteemide vahelise koostöö süvendamisel tervisetehnoloogia hindamise valdkonnas, mis tõi kaasa eraldi määruse vastuvõtmise 2021. aastal, ning e-tervise valdkonnas, mis viib tulevase Euroopa terviseandmeruumi loomiseni.

Kokkuvõttes leiti hindamisel, et kuigi patsientide piiriülene liikuvus on endiselt väike, on direktiiv tekitanud lisaväärtust ja selle eesmärgid on endiselt asjakohased rahuldamiseks patsientide vajadusi pääseda ligi teise liikmesriigi tervishoiuteenustele. Direktiiv on osutunud eriti edukaks tervishoiusüsteemide vahelise koostöö soodustamisel, eriti harvikaiguste, e-tervise ja tervisetehnoloogia hindamise valdkonnas.

Ometi tähendavad hindamisel tõstatatud probleemid, et patsientidele kasulikke direktiivi eesmärgi ei täideta veel täielikult.

Järeldused ja edasised sammud

Direktiivi potentsiaali maksimeerimine ja liikmesriikidevahelise koostöö tugevdamine piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas on järgmine samm Euroopa tervishoiuliidu ülesehitamisel.

Käesolev aruanne ja hindamistulemused näitavad, et seoses **direktiivi järjepideva kohaldamisega liikmesriikides** on endiselt püsivaid ja olulisi probleeme. Komisjoni kogutud uue teabe alusel tuleb uurida riiklike meetmete vastavust direktiivi sätetele ning selle

proportsionaalsuse ja õiguskindluse põhimõtetele. Seega kutsub komisjon liikmesriike üles uuesti hindama selliste riiklike meetmete vajalikkust ja proportsionaalsust, mis piiravad patsientide juurdepääsu piiriülestele tervishoiuteenustele ning põhjustavad ebavajalikku halduskoormust.

Komisjon jätkab kahepoolset teabevahetust liikmesriikidega, et tagada direktiivi rakendamine ja teeb vajaduse korral kõik võimaliku, et liikmesriigid täidaksid oma kohustusi.

COVID-19 pandeemia juhtis tähelepanu kvaliteetsete andmete tähtsusele tervishoiusüsteemide tulemusliku toimimise jaoks. Komisjon nõuab, et liikmesriigid täidaksid direktiivist tulenevat õiguslikku kohustust esitada **patsientide liikuvuse andmeid**, mis on vajalikud, et jälgida patsientide õiguste rakendamist ja tagada nõutavad tõendid piiriülest tervishoidu käsitleva poliitika edasiseks kujundamiseks.

Hindamisel saadud teadmistest lähtudes **võiks Euroopa koostöö toetada direktiivi rakendamist veel mitmel viisil**. Käesolevas aruandes sätestatakse meetmed menetluste vähendamiseks ja lihtsustamiseks tervishoiu digiteerimise kaudu, patsientide õiguste kohta teadlikkuse suurendamiseks ja patsientidele jagatava teabe täiendamiseks, direktiivi ja määruse vastastikuse toime selgitamiseks, Euroopa tugivõrgustike jätkusuutlikkuse kaitsmiseks, piirkondadevahelise piiriülese koostöö toetamiseks ning direktiivi järelevalve ja jõustamise tugevdamiseks⁶⁰.

Reaktsioonina COVID-19 pandeemiale kiirenes digitehnoloogia kasutamine tervishoius. **Uute digivahendite rakendamine piiriüleses tervishoius**, näiteks arvete, eelloa taotluste ja hüvitamistaotluste digiteerimine, võib lihtsustada ja vähendada halduskoormust, muutes juurdepääsu piiriülestele tervishoiuteenustele lihtsamaks ja soodsamaks. Digilahenduste kasutuselevõtt eeldab piirkonna, riigi ja ELi tasandi meetmeid.

Võttes aluseks Euroopa e-terviseiga seotud koostöö, võttis komisjon vastu määruse ettepaneku tulevase **ühtse Euroopa terviseandmeruumi** kohta, millega eeldatavasti laiendatakse e-tervise digiteenuste taristut. See aitab ELi kodanikele välismaale reisimise korral tagada tervishoiuteenuste järjepidevust. Digireseptiteenuste järkjärguline kasutuselevõtt liikmesriikides võimaldab ELi kodanikel oma ravimeid välismaal hõlpsamini kätte saada.

Direktiiv oli edukas patsientide õiguste sätestamisel, kuid nende õiguste täielikuks kasutamiseks peavad patsiendid olema nendest teadlikud. Hoolimata riiklike kontaktpunktide tegevuse paranemisest on vaja rohkem jõupingutusi, et **suurendada teabe kasutajasõbralikkust ja kättesaadavust patsientide, sealhulgas puudega inimeste jaoks**. Komisjoni tellimusel valminud patsiendi käsiraamatus ja suunavates põhimõtetes on ette nähtud vahendid, millega toetada riiklike kontaktpunkte nende töös, ning nende kasutamist tuleks laialdaselt soodustada. Komisjon leiab, et riiklikud kontaktpunktid peaksid tegema koostööd patsientide organisatsioonide, tervishoiutöötajate ja tervisekindlustusandjatega, et suurendada teadlikkust piiriülest tervishoiuteenuste kohta, ning ühendama jõud, et vähendada välismaal

⁶⁰ Lisa „Järeelmeetmed direktiivi 2011/24/EL paremaks rakendamiseks“.

tervishoiuteenuseid kasutada soovivate patsientide haldus- ja emotsionaalset koormust. Et suurendada patsientide valikuvõimalusi piiriüleses tervishoius, tuleb eelkõige **selgitada direktiivi ja määruse seoseid** ning anda teavet nende skeemide toimimise kohta.

Euroopa tugivõrgustike loomisega on haruldaste haiguste valdkonnas saavutatud tervishoiutöötajate märkimisväärne osalemine ja tervishoiuteenuste osutajate investeringud. Tugivõrgustikud on võimaldanud vahetada väheseid olemasolevaid teadmisi harvikaigustega patsientide hüvanguks. Nende osalemine harvikaiguste uuringutes⁶¹ on äärmiselt vajalik, et leida lahendusi hinnanguliselt 6 000–8 000 haruldase haigusega patsiendi jaoks, kelle haigust on raske diagnoosida või kelle haiguse diagnoosimisel ravivõimalused puuduvad. **Euroopa tugivõrgustike jätkusuutliku arengu** kaitse eeldab komisjoni toetatavaid liikmesriikide meetmeid, et **integreerida tugivõrgustikud paremini riikide tervishoiusüsteemidesse**. Praegu töötatakse välja lahendusi tugivõrgustike virtuaalsete konsultatsioonikolleegiumide tõrgeteta toimimise tagamiseks, et üha rohkem harvikaigustega patsiente saaksid kauaoodatud vastused oma diagnoosi ja ravi kohta.

COVID-19 pandeemia on näidanud, kui tähtis on kriisiaegadel Euroopa piiriülene solidaarsus. Tervishoiuasutuste jagamise abil saavad piirialade elanikud suurt kasu tervishoiualasest struktureeritud piirkondlikust koostööst nii hädaolukordades kui ka plaanilises tervishoius. Mitu piirkonda pakuvad inspiratsiooni ja on eeskujuks **oma hea tava näidetega tervishoiuasutuste, kindlustusandjate ja tervishoiuteenuste osutajate struktureeritud piiriülesest koostööst**, et ületada riikide tervishoiusüsteemide raskused patsientide vajaduste rahuldamisel.

⁶¹ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/rare-diseases_en.