EUROOPA
KOMISJON

Brüssel, 4.9.2015
COM(2015) 421 final

KOMISJONI ARUANNE EUROOPA PARLAMENDILE JA NÕUKOGULE

Komisjoni aruanne direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) toimimise kohta

Komisjoni aruanne direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) toimimise kohta

Direktiiv 2011/24/EL[1] patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (edaspidi „direktiiv") jõustus 24. aprillil 2011. Liikmesriigid pidid selle üle võtma hiljemalt 25. oktoobriks 2013. Direktiivis selgitatakse teises liikmesriigis tervishoiuteenuseid saanud ja nende eest hüvitist soovivate patsientide õigusi.

Direktiivi artikli 20 lõikes 1 sätestatakse: „Hiljemalt 25. oktoobriks 2015 ja seejärel iga kolme aasta tagant koostab komisjon käesoleva direktiivi toimimise kohta aruande ja esitab selle Euroopa Parlamendile ja nõukogule". Aruanne peab sisaldama eelkõige teavet patsientide voogude, patsientide liikuvuse finantsmõõtme, artikli 7 lõike 9 ja artikli 8 rakendamise ning Euroopa tugivõrgustike ja riiklike kontaktpunktide tegevuse kohta.

Käesolevas aruandes kirjeldatakse direktiivi ülevõtmise hetkeseisu ning käsitletakse direktiivi kõige olulisemaid ja asjakohasemaid sätteid nagu eelloa kasutamine, patsientide liikuvuse maht, hüvitamise tavad, patsientidele antav teave ja koostöö. Aruandes käsitletakse ka delegeeritud volituste kasutamist, mille kohta on komisjonil direktiivi artikli 17 lõike 1 kohaselt kohustus esitada aruanne hiljemalt 24. oktoobriks 2015.

1. peatükk. Direktiivi ülevõtmise olukord

Direktiivi ülevõtmise tähtaeg oli 25. oktoober 2013. Rikkumismenetlus algatati 26 liikmesriigi vastu, kes teavitasid ülevõtmismeetmetest liiga hilja või puudulikult.

1. juuli 2015. aasta seisuga oli neli rikkumismenetlust veel pooleli ja kõik neli asjaomast liikmesriiki olid endale võtnud selge kohustuse lahendamata probleemidega tegeleda.

Kõnealused rikkumised hõlmasid ainult ülevõtmismeetmete lõpetatust. Järgmises etapis peab komisjon hindama, kas liikmesriigid on direktiivi üle võtnud nõuetekohaselt.

2. peatükk. Patsientide liikuvus

2.1. Taustteave eelloa taotlemise kohta

Direktiivi artikli 8 lõike 2 punktiga a võimaldatakse liikmesriikidel kasutada eelloa süsteemi tervishoiuteenuste puhul, mis sõltuvad planeerimisvajadusest ning hõlmavad patsiendi haiglasse paigutamist vähemalt üheks ööks või nõuavad kitsalt spetsialiseeritud ja kuluka meditsiinilise taristu või meditsiiniseadmete kasutamist. Artikli 8 lõike 2 punktide b ja c kohaselt võivad liikmesriigid nõuda eelluba ka tervishoiuteenuste puhul, mis hõlmavad ravi, mis kujutab endast erilist riski patsiendi või elanikkonna jaoks, või mida pakub tervishoiuteenuse osutaja, kes võib põhjustada tõsist ja konkreetset kahtlust seoses tervishoiuteenuste kvaliteedi või ohutusega. Praktikas põhinevad eellubade süsteemid siiski

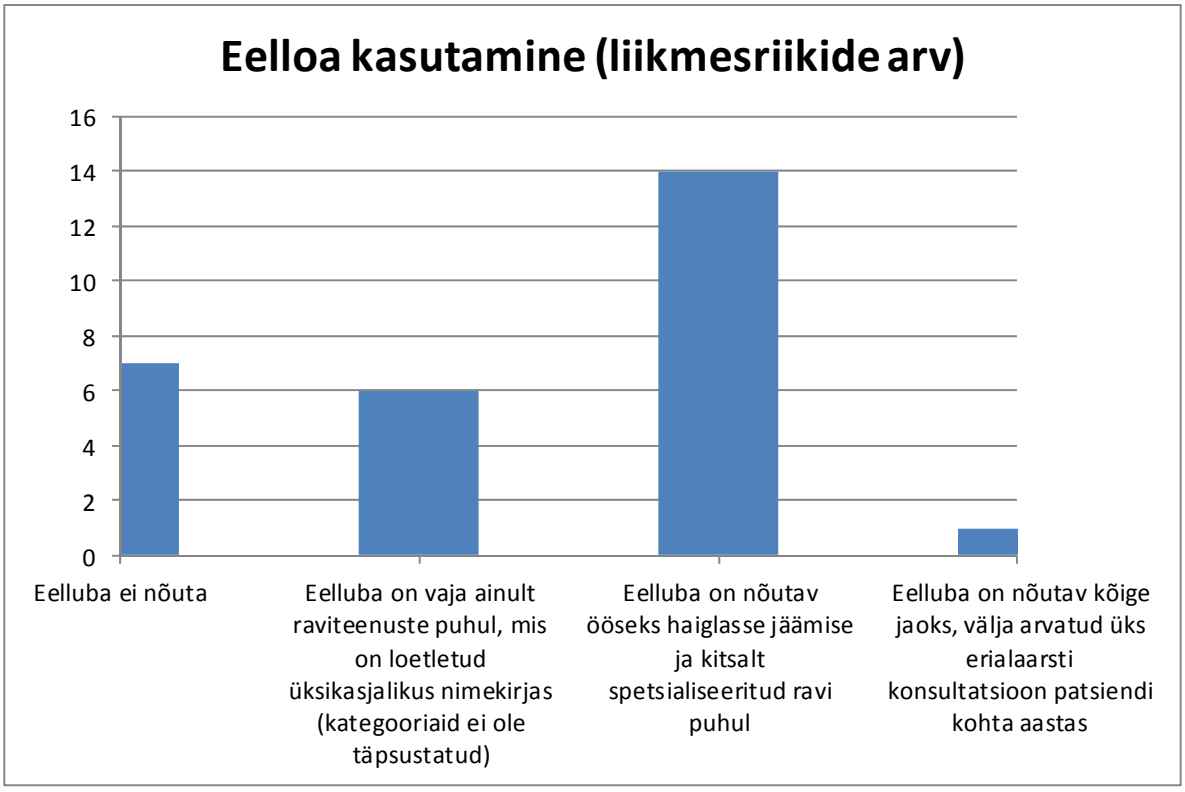
[1] Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (ELT L 88, 4.4.2011, lk 45).

peaaegu täielikult artikli 8 lõike 2 punktil a ja seega keskendutakse käesolevas aruandes just sellele punktile.

Kõik eellubade süsteemid peavad olema vajalikud ja saavutatava eesmärgi suhtes proportsionaalsed, need ei tohi olla meelevaldse diskrimineerimise vahendid või takistada põhjendamatult patsientide vaba liikumist.

Direktiivi artikli 8 lõikes 7 nõutakse liikmesriikidelt, et need teeksid üldsusele kättesaadavaks teabe selle kohta, millise tervishoiuteenuse puhul on eelluba nõutav.

Liikmesriigid on juurutanud järgmised eellubade süsteemid.



Seega kasutavad 14 liikmesriiki eelloa nõudmisel nii ööseks haiglasse jäämise kui ka kitsalt spetsialiseeritud ravi kriteeriumi.

Mitte ükski 14 riigist, kes kasutas ööseks haiglasse jäämise kriteeriumi, ei täpsustanud, milline ravi selle kriteeriumi alla kuulub.

Mitu liikmesriiki nõudis eelluba, kui tervishoiuteenus eeldas ööseks haiglasse jäämist ravi osutavas liikmesriigis. On küsitav, kas see on kooskõlas artikli 8 lõike 2 punktis a sätestatud kriteeriumiga, milles käsitletakse ravi osutamist pigem kindlustajaliikmesriigis kui ravi osutavas liikmesriigis.

14st liikmesriigist üheksa on sätestanud, millist ravi nad peavad kitsalt spetsialiseeritud tervishoiuteenuste kriteeriumile vastavaks, viis liikmesriiki ei ole seda teinud.

Neis 14 liikmesriigis on patsientide jaoks siiski ebaselge, millise ravi puhul on eelluba nõutav, sest riigi ametiasutused ei ole vähemalt ühe ja vahel ka kummagi kriteeriumi kasutamist selgitanud.

Komisjoni hindamisuuringu[2] osana korraldatud intervjuudes 20 tervisekindlustusandjaga arvasid 15 neist, et nende riigi patsiendid ei tea, kas raviks on eelluba vaja või mitte, ning seepärast kalduvad nad eelluba taotlema isegi siis, kui seda ei ole tarvis.

Direktiivi põhjenduses 43 on rõhutatud, et eelloa andmise kriteeriumid peavad olema nõuetekohaselt põhjendatud. Liikmesriikide esitatud andmetest ei tulene, et laiaulatuslikud eellubade süsteemid oleksid põhjendatud, sest luba taotlevate inimeste arv on selleks lihtsalt liiga väike. Näiteks on raske väita, et mingi ravi eeldab eelluba, kui selle ravi kohta ei ole käesoleva aasta jooksul tehtud mitte ühtegi loataotlust (loomulikult võib võimaliku erandi teha väga kitsalt spetsialiseeritud või kalli ravi korral, mil isegi väga väikesel arvul hüvitisnõuetel võivad olla märkimisväärsed tagajärjed). A lisas esitatud andmete kohaselt ei ole mõni eellubade taotlemise süsteemidega liikmesriik saanud mitte ühtegi loataotlust (ja paljud teised on saanud väga vähe taotlusi).

2.2. Hüvitamine ja haldamine

Artikli 7 lõikega 9 võimaldatakse liikmesriikidel piirata piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise eeskirjade kohaldamist üldisest huvist tulenevate ülekaalukate põhjuste puhul. Ent artikli 7 lõikes 11 sätestatakse, et need piirangud peavad olema vajalikud ja proportsionaalsed ega tohi kujutada endast meelevaldset diskrimineerimist ega põhjendamatut takistust vabale liikumisele. Liikmesriigid peavad komisjonile teatama igast otsusest piirata hüvitamist artikli 7 lõikes 9 loetletud põhjustel.

Kuigi komisjon ei ole saanud ühtegi konkreetset teadet, võib mõningaid viise, kuidas liikmesriigid on direktiivi üle võtnud, lugeda hüvitamist piiravaks.

Direktiivi artikli 7 lõike 4 kohaselt peaks piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisel lähtuma selles süsteemis makstavast summast, milles riiklik või lepinguline tervishoiuteenuse osutaja kindlustajaliikmesriigis konkreetset tervishoiuteenust osutab (sõltuvalt tervishoiusüsteemi korraldusest).

Vähemalt kolm liikmesriiki on võtnud vastu piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise tavad, mille kohaselt põhinevad patsientide kulude hüvitamise tariifid kuludel, mida oleks kandnud kindlustajaliikmesriik era- või mittelepinguliselt teenuseosutajalt saadud ravi eest (ja mis on palju väiksemad kui riikliku või lepingulise teenuseosutaja hinnad), kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil.

Näib, et kolm liikmesriiki nõuavad kõigilt piiriülese tervishoiuteenuse eest hüvitist taotlevatelt patsientidelt tõendamist, miks on meditsiiniliselt vajalik saada konkreetset tervishoiuteenuse osa teises riigis. On küsitav, kas see on kooskõlas patsientide vaba liikumise põhimõtte ning artikli 7 punktides 9 ja 11 kehtestatud kriteeriumidega.

[2] http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf.
Käesoleva aruande lisas B on hindamisuuringut käsitlev märgukiri.

Direktiivi artikli 7 lõikega 7 lubatakse liikmesriikidel kohaldada piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamist sooviva patsiendi suhtes samu tingimusi ja formaalsusi, mida kohaldataks juhul, kui kõnealuseid teenuseid oleks osutatud tema territooriumil, tingimusel et need ei ole diskrimineerivad ega kujuta endast põhjendamatut takistust vabale liikumisele.

12 liikmesriiki on kasutanud seda sätet seoses enda järelevalvesüsteemiga, kus spetsialisti osutatava tervishoiuteenuse jaoks on patsiendil tarvis üld- või perearsti saatekirja. Seepärast on ka teises liikmesriigis spetsialisti tervishoiuteenuse hüvitamiseks vaja saatekirja. Kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide vastastikuse tunnustamise põhimõtte kohaselt peaksid liikmesriigid tunnustama teise liikmesriigi samaväärse spetsialisti otsust kliinilise vajaduse ja asjakohasuse kohta. Ometi nõuavad viis liikmesriiki selgesõnaliselt, et saatekirja peab andma nende enda riigi spetsialist.

Vähemalt neli liikmesriiki nõuavad patsientidelt arvete kinnitatud tõlget (üks liikmesriik nõuab patsientidelt isegi seda, et kõik dokumendid peab tõendama ravi osutava riigi konsul). Direktiivi artikliga 10 kohustatakse aga riiklikke kontaktpunkte üksteist arvete mõistmisel abistama. Seega tuleb kõnealust nõuet analüüsida artikli 7 lõike 7 tingimuste valguses.

Direktiivi kohaldamine ka telemeditsiini (st distantsilt osutatavate tervishoiuteenuste) suhtes on põhjustanud teatavat ebaselgust. Näiteks hüvitavad mõned liikmesriigid distantsilt tehtud üldarsti konsultatsioonid või osutavad selliseid konsultatsioone, teised aga mitte. Kui patsient, kes on pärit liikmesriigist, kus nimetatud konsultatsioone ei osutata või ei hüvitata, peab telemeditsiini kaudu nõu üldarstiga liikmesriigis, kus selliseid konsultatsioone osutatakse, siis jääb segaseks, kas kindlustajaliikmesriik võib sellisel juhul hüvitamisest keelduda. Ühest küljest tuleb piiriülene tervishoiuteenus hüvitada, kui see kuulub hüvitiste hulka, millele kindlustatud isikul on õigus kindlustajaliikmesriigis (artikli 7 lõige 1), ning kindlustajaliikmesriik võib piiriüleste tervishoiuteenuste, sealhulgas telemeditsiini kaudu saadud tervishoiuteenuste puhul kohaldada tema territooriumil osutatud teenustega võrreldes samu tingimusi ja kriteeriume. Teisest küljest sätestatakse artikli 4 lõike 1 punktis a põhimõtted, mille kohaselt tuleb tervishoiuteenuseid osutada vastavalt ravi osutava liikmesriigi õigusaktidele ning telemeditsiini puhul loetakse, et tervishoiuteenust osutatakse liikmesriigis, kus tervishoiuteenuse osutaja on asutatud (artikli 3 lõige d). Oluline on siinkohal küsimus, kuidas määrata kindlaks, milliseid tervishoiuteenuseid on patsiendil õigus saada.

2.3. Patsientide vood

Komisjon palus liikmesriikidel käesoleva aruande jaoks andmeid koguda. 26 liikmesriiki esitasid andmeid 2014. kalendriaasta kohta.

Käesoleva direktiivi kohaselt tervishoiuteenuseid välismaal saavate patsientide voog on väike. 21st eellubade süsteemi kehtestanud liikmesriigist 17 suutsid esitada andmeid konkreetselt direktiivi raames esitatud loataotluste arvu kohta. Neis liikmesriikides esitati kokku 560 loataotlust (millest 360 rahuldati). Kaks liikmesriiki teatasid, et nad ei andnud ühtegi luba ega ka keeldunud ühtegi luba andmast, kaks liikmesriiki andsid kumbki teada ühe taotluse saamisest ja ainult kahele liikmesriigile esitati üle 100 taotluse. Lisaks neile 17 liikmesriigile

teatas Prantsusmaa, et andis välja 57 000 luba, ent see näitaja hõlmab nii sotsiaalkindlustust käsitlevate määruste[3] kui ka kõnealuse direktiivi alusel väljastatud lubade koondarvu.

Soome, Prantsusmaa ja Luksemburg teatasid, et rahuldasid märkimisväärse hulga eelloa nõudeta ravi hüvitamise taotlusi, vastavalt 17 142, 42 2680 ja 11 7962. Aga ka siin on tegemist sotsiaalkindlustusmääruste ja kõnealuse direktiivi kohaselt väljastatud lubade koondarvuga.

20 liikmesriiki esitasid andmeid ainult kõnealuse direktiivi kohaselt makstud hüvitiste kohta. Kokku rahuldati 39 826 hüvitistaotlust, millest ainuüksi Taani kanda oli 31 032. Rohkem kui 1 000 taotluse rahuldamisest andis teada vaid neli liikmesriiki. Skaala teises otsas on 14 liikmesriiki, kes maksid hüvitist alla 100 korra (neist kuus ei maksnud kordagi hüvitist). Põhjus ei näi olevat mitte rohkes keeldumises, vaid taotluste väikeses arvus: olemasolevate andmete kohaselt rahuldati 85 % taotlustest.

See üldiselt vähene patsientide liikuvus seoses planeeritud tervishoiuteenustega näib olevat samasugune ka sotsiaalkindlustusmääruste kohaselt osutatavate teenuste puhul. Määruste raames esitati 2013. aastal planeerimata tervishoiuteenuste hüvitamiseks 1,6 miljonit taotlust, samal ajal välismaal planeeritud tervishoiuteenuste hüvitamist taotleti vaid 30 172 korral (sellistel juhtudel kasutati vormi S2). Neist rahuldati 29 115,[4] millest omakorda 17 358 rahuldas Luksemburg üksi.

A lisas on esitatud andmete üksikasjalik jaotus ja kirjeldatud ka andmete kogumisel esinenud eri piiranguid, eelkõige kuna kõnealust direktiivi hakati rakendama eri liikmesriikides eri ajal ja andmed ei pruugi seega hõlmata kogu 2014. aastat.

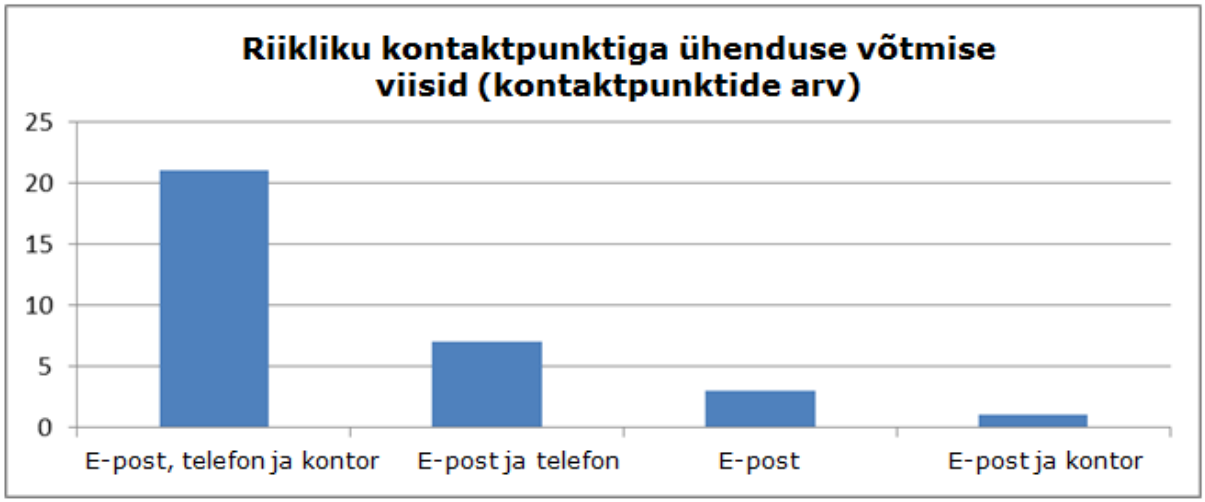
Direktiivi 2011/24/EL artikli 20 lõike 3 alusel koostatud ja 2014. aasta alguses komisjoni vastuvõetud aruandes[5] märgiti, et direktiivi kohaldamine võib mõjutada sotsiaalkindlustusmääruste kasutamist. Aruandes kirjeldatakse üksikasjalikult andmeid, mille abil saab hinnata, kas see on juhtunud või mitte. Käesolevas etapis ei ole need andmed kättesaadavad ja seetõttu ei saa komisjon praegu olukorda edasi analüüsida.

3. peatükk. Riiklikud kontaktpunktid ja patsientidele antav teave

Mõnes liikmesriigis on saabuvate ja lahkuvate patsientide jaoks erinevad riiklikud kontaktpunktid. Osas liikmesriikides on piirkondlikud riiklikud kontaktpunktid koondatud katusorganisatsiooniks oleva riikliku kontaktpunkti alla. Ühed kontaktpunktid asuvad tervishoiuministeeriumi, teised tervisekindlustusandjate ja kolmandad sõltumatute asutuste juures.

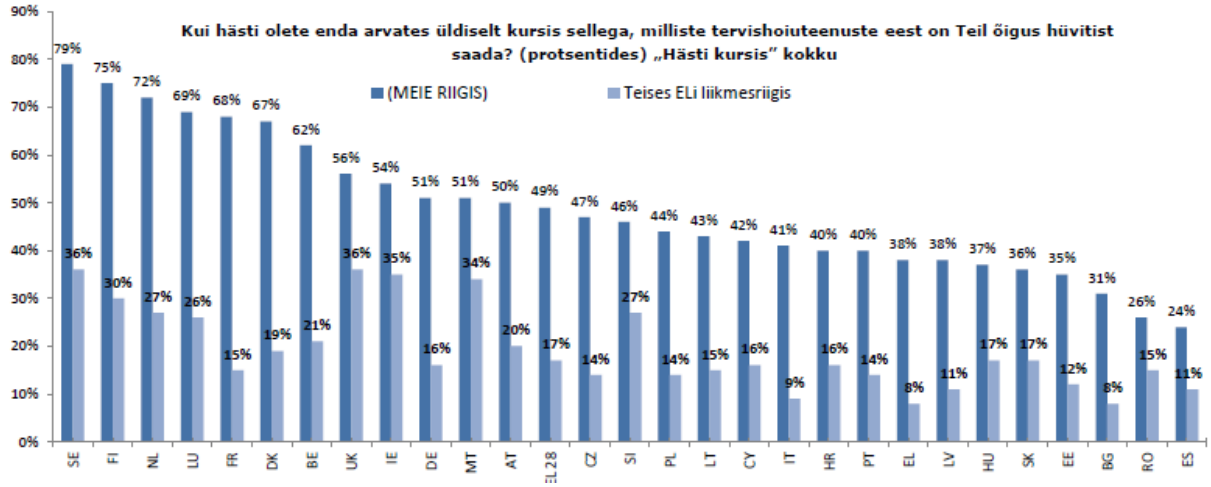
[3] Määrused (EÜ) nr 883/2004 ja nr 987/2009 sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta.
[4] Vormi S2 kaudu planeeritud tervishoiuteenuste kasutamist käsitlev teave puudutab ainult 22 liikmesriiki, ülejäänud riikide teave ei olnud kättesaadav.
[5] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&from=ET.

Nagu on näidatud järgmisel graafikul (mis hõlmab kõiki 28 liikmesriiki ja eraldi riiklikke kontaktpunkte Inglismaal, Šotimaal, Walesis, Põhja-Iirimaal ja Gibraltaril),[6] on erinevad ka riiklike kontaktpunktide teabekanalid.



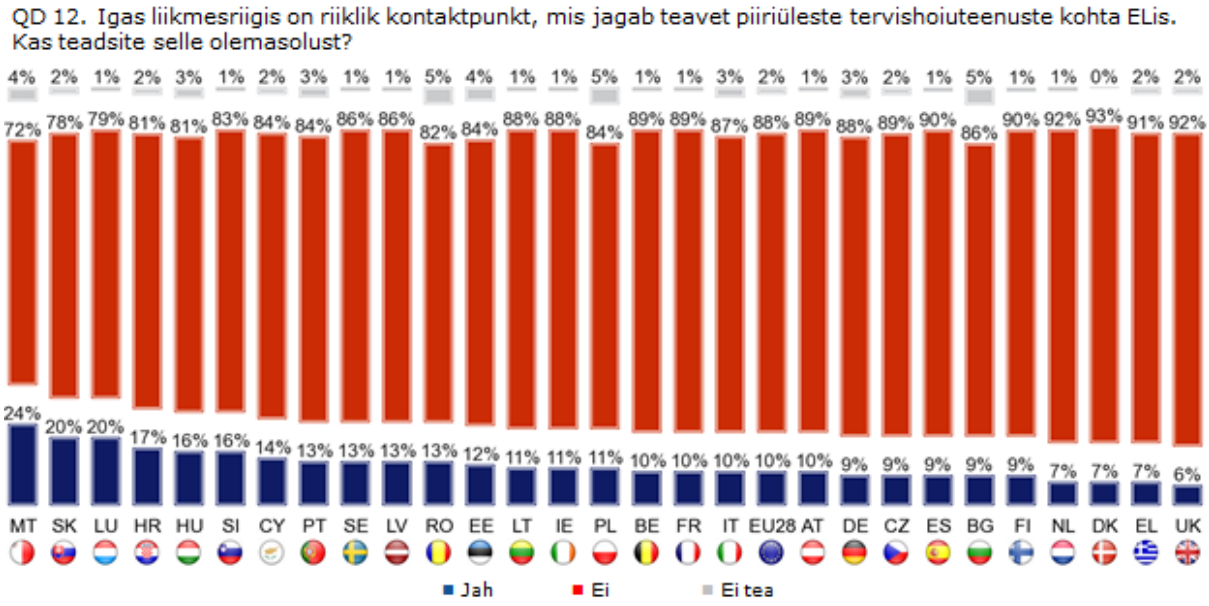
Need andmed pärinevad hindamisuuringust, kust selgus veel, et ka riiklike kontaktpunktide tegevuses esineb märkimisväärseid erinevusi. Üheksast uuritud kontaktpunktist kolm said kuus alla 10 teabetaotluse, neli kontaktpunkti sai 10–100 taotlust ja ainult kaks neist võttis kuus vastu üle 100 taotluse. Need uuringutulemused on kooskõlas liikmesriikide teabetaotluste kohta esitatud andmetega (vt A lisa).

See ei ole üllatav, arvestades, et ELi kodanike teadlikkus oma õigustest ja riiklike kontaktpunktide olemasolust näib olevat ülimalt väike. Hiljutise Eurobaromeetri uuringu[7] kohaselt väitsid vaid kaks kodanikku kümnest, et nad teavad enda arvates oma õigusi seoses piiriüleste tervishoiuteenustega.



[6] Kuna Ühendkuningriigis ei ole kogu riiki hõlmavat kontaktpunkti, tuli uurida eraldi kontaktpunkte. Teistes liikmesriikides on olemas nii piirkondlikud kui ka üks riiklik kontaktpunkt.
[7] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.

Samal ajal teadis vaid üks kodanik kümnest riiklike kontaktpunktide olemasolust.



Paljudel konverentsidel, mida Euroopa patsientide foorum komisjoni nimel korraldas, väljendasid patsiendiorganisatsioonid muret selle pärast, et patsiendid on piiriüleste tervishoiuteenuste puhul silmitsi vahel ebapiisava ja vahel liiga üksikasjaliku teabe segadusse ajava labürindiga. Kuna organisatsioonide arvates on riiklikel kontaktpunktidel kõige olulisem roll selles, kas direktiivi saadab edu või ebaedu, soovitavad nad neil esitada välismaal tervishoiuteenuste kasutamist kaaluvatele inimestele kontrollnimekirjad ning menetluste, kulude ja hüvitismääradega seotud üksikasjalikuma individuaalse ajakava. Organisatsioonid rõhutasid vajadust hõlbustada patsientidele asutuseti ja liikmesriigiti kvaliteedi ja ohutuse kohta antava teabe võrreldavust ja usaldusväärsust.

Patsiendiorganisatsioon: „Patsientidel on kõrged ootused … valdavalt ollakse seisukohal, et riiklikud kontaktpunktid peaksid lihtsustama juurdepääsu tervishoiuteenustele, mitte valvama juurdepääsu takistamist”.

Direktiiviga kohustatakse liikmesriike andma teavet oma kvaliteedi ja ohutuse tagamise süsteemide kohta. Mõni liikmesriik esitas lingid eri õigusdokumentidele, teised kirjeldasid üldiselt kvaliteedi tagamise strateegiaid, üksikud edastasid põhjaliku teabe (sealhulgas lingid haiglate hindamissüsteemidele, tuues esile tüüpilised ohutusnäitajad nagu suremuskordaja, komplikatsioonidega ravijuhtude arv) ning osa suunas kodanikud konkreetsete allikateni – veebilehele või nimelise isiku juurde. Mõned ei nimetanud üldse kvaliteeti ja ohutust.

Mitut liikmesriiki paneb endiselt muretsema teabe jagamine praeguse õigusolukorra keerukuse kohta, arvestades, et piiriüleseid tervishoiuteenuseid reguleeritakse kahe eraldiseisva ELi õigusaktide paketiga (direktiiv ja sotsiaalkindlustusmäärused), ehkki direktiivi artikli 2 punktis m sätestatakse, et direktiivi kohaldamine ei piira sotsiaalkindlustusmääruste kohaldamist (vt ka direktiivi põhjendused 28–31).

4. peatükk. Piiriülene koostöö

4.1. Retseptide tunnustamine

Direktiivi artikliga 11 jõustatakse meditsiiniliste retseptide vastastikuse tunnustamise põhimõte liikmesriikide vahel ja antakse komisjonile volitused võtta vastu nimetatud tunnustamist hõlbustavad praktilised meetmed.

Enamiku nende meetmetega tegeleti rakendusdirektiivis 2012/52/EL,[8] kus kehtestati loetelu piiriüleste retseptide ühiselementidest. Loetelu sisaldab – muude elementide hulgas ja väikeste eranditega – toote „üldnimetust" (mis praktikas on enamasti rahvusvaheline mittekaubanduslik nimetus).

Nii rakendusdirektiivi kui ka direktiivi 2011/24/EL ülevõtmise tähtaeg oli 25. oktoober 2013. 21 liikmesriiki kas ei suutnud rakendusdirektiivi üle võtta või tegid seda osaliselt, mis põhjustas rikkumismenetluste algatamise. Kaks rikkumismenetlust olid 1. juuli 2015. aasta seisuga veel käimas, ülejäänud olid lõpetatud, sest asjaomased liikmesriigid olid ülevõtmise vahepeal lõpule viinud. Kahe lõpetamata menetluse puhul on asjaomased liikmesriigid võtnud endale kohustuse lahendamata probleemidega tegeleda.

4.2. Euroopa tugivõrgustikud

Direktiivi artiklis 12 kohustatakse komisjoni toetama tervishoiuteenuste osutajate ja eksperdikeskuste Euroopa tugivõrgustike arendamist (eelkõige haruldaste haiguste valdkonnas), võttes vastu tingimused ja kriteeriumid, mida kõnealused tugivõrgustikud ja nendega ühineda soovivad tervishoiuteenuste osutajad peavad täitma, töötades välja võrgustike loomise ja hindamise kriteeriumid, hõlbustades teabe ja oskusteabe vahetamist võrgustike kohta. Märtsis 2014 võeti liikmesriikide ühehäälse toetusega vastu võrgustike loomise ja hindamise õigusraamistik (delegeeritud[9] ja rakendusotsused[10]).

Seejärel alustas komisjon Euroopa tugivõrgustike loomise protsessi, luues liikmesriikide nõukogu, mille ülesanne on kiita heaks tugivõrgustike ettepanekud. Esimene tugivõrgustike konkurss toimub 2016. aasta alguses ja esimesed võrgustikud loodetakse heaks kiita sama aasta jooksul.

Komisjon teeb koostööd tervishoiuteenuste osutajate ja riigi ametiasutustega, et suurendada teadlikkust Euroopa tugivõrgustike pakutavate võimaluste kohta ja koguda võimalikele võrgustikele või võrgustike liikmetele toetust.

[8] Komisjoni rakendusdirektiiv 2012/52/EL, 20. detsember 2012, millega nähakse ette meetmed, et hõlbustada teises liikmesriigis väljakirjutatud retseptide tunnustamist (ELT L 356, 22.12.2012, lk 68).
[9] Komisjoni delegeeritud otsus 2014/286/EL, 10. märts 2014, millega kehtestatakse tingimused ja kriteeriumid, mida Euroopa tugivõrgustikud ja nendega ühineda soovivad tervishoiuteenuste osutajad peavad täitma (ELT L 147, 17.5.2014, lk 71).
[10] Komisjoni rakendusotsus 2014/287/EL, millega sätestatakse kriteeriumid Euroopa tugivõrgustike rajamiseks, kõnealuste tugivõrgustike ja nende liikmete hindamiseks ning selliste võrgustike rajamise ja hindamisega seotud teabe ja eksperditeadmiste vahetuse hõlbustamiseks (ELT L 147, 17.5.2014, lk 79).

4.3. E-tervis

Komisjon võttis e-tervise võrgustikku käsitleva rakendusotsuse 2011/890/EL vastu 22. detsembril 2011[11]. E-tervise võrgustiku eesmärk on toetada riiklike ametiasutuste koostööd. Võrgustik koguneb kaks korda aastas ja selle tegevust toetatakse määrusega (EL) nr 282/2014[12] loodud terviseprogrammi ühismeetmest. E-tervise võrgustiku tööd toetab mitu meedet, mida viiakse ellu e-tervise 2012.–2020. aasta tegevuskava „Innovatiivne tervishoid 21. sajandil"[13] raames.

E-tervise võrgustik on oma loomisest saadik võtnud vastu patsiendi andmekaartide ja e-retseptide suunised ning väljendanud seisukohta järgmistel teemadel: elektrooniline tuvastamine, koostalitlusvõime, andmekaitset käsitleva määruse ettepanek ning Euroopa ühendamise rahastust toetatav e-tervise investeering. Praegu koostab võrgustik suuniseid tõhusate meetodite kohta, mis võimaldavad kasutada meditsiiniteavet rahvatervise ja teadusuuringute eesmärgil. Euroopa ühendamise rahastu 2015. aasta töökava raames on patsiendi toimikute ja e-retseptide vahetamise kohaldamiseks eraldatud ELi toetus. E-tervise võrgustik vaatab suunised 2015.–2016. aastal Euroopa ühendamise rahastu kogemuse valguses läbi ja vajaduse korral ajakohastab neid.

4.4. Tervisetehnoloogia hindamine

Kõnealuse direktiivi artiklis 15 kirjeldatud tervisetehnoloogiate hindamise võrgustiku eeskirjad on sätestatud komisjoni rakendusotsuses 2013/329/EL[14]. Tervisetehnoloogiate hindamise võrgustiku eesmärk on toetada riiklike ametiasutuste koostööd, sealhulgas tervisetehnoloogiate suhtelise tõhususe ning lühi- ja pikaajalise tõhususe valdkonnas. Võrgustik koguneb kaks korda aastas ning selle teaduslikke ja tehnilisi teemasid toetatakse terviseprogrammi ühismeetmest EUnetHTA.

Võrgustik võttis oktoobris 2014 vastu tervisetehnoloogiate hindamise alase ELi koostöö strateegia ning aprillis 2015 aruteludokumendi[15] tervisetehnoloogiate hindamise ühistöö taaskasutamise kohta riiklikus tegevuses.

Tulevikus jätkab tervisetehnoloogiate hindamise võrgustik oma strateegilist ülesannet, aga esmatähtsal kohal on tugev ja tõhus teaduskoostöö. Liikmesriigid palusid komisjonil teha ettepanekuid pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamise meetmete kohta[16].

4.5. Piiriülene koostöö

Direktiivis kohustatakse komisjoni innustama liikmesriike tegema koostööd piirialadel tervishoiuteenuste piiriülesel osutamisel. Komisjoni esialgne töö näitab, et tulevastele

[11] http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/decision_ehealth_network_et.pdf.
[12] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX:32014R0282.
[13] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?qid=1439731673065&uri=CELEX:52012DC0736.
[14] Komisjoni rakendusotsus 2013/329/EL, 26. juuni 2013, milles sätestatakse eeskirjad tervisetehnoloogiate hindamise eest vastutavate riiklike asutuste või organite võrgustiku loomiseks, juhtimiseks ja läbipaistvaks toimimiseks (ELT L 175, 27.6.2013, lk 71).
[15] http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/reuse_jointwork_national_hta_activities_en.pdf.
[16] Nõukogu järeldused, mis käsitlevad innovatsiooni patsientide huvides. Tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervishoiu ja tarbijakaitse nõukogu kohtumine 1. detsembril 2014 Brüsselis.
http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/145978.pdf.

osalistele väärtuslikku õppetundi pakkuda võivaid piiriüleseid projekte on vähe. Kindlaks on määratud konkreetsed valdkonnad, kus suurem piiriülene koostöö võib tuua patsientidele suurt kasu, näiteks juurdepääsul müokardiinfarkti intensiivravile.

Edukas piiriülene koostöö eeldab kohaliku tasandi osalejailt riiklike ametiasutuste toetatavat märkimisväärset teenuste sisseostmist. Järgmise sammuna tuleb välja selgitada, milline ELi tegevus ja millised parimad tavad aitavad teha lisaväärtust andvat tõelist piiriülest koostööd. Kindlaks tuleb teha ka geograafilised piirkonnad, mis sellisest koostööst kasu võiks saada.

5. peatükk. Järeldused

Patsientide liikuvus seoses planeeritud tervishoiuteenustega jääb nii kõnealuse direktiivi kui ka sotsiaalkindlustusmääruste raames väikeseks, planeerimata tervishoiuteenuste puhul näib liikuvus olevat aga märkimisväärselt suurem. Sellest üldisest tähelepanekust paistavad erandi moodustavat Prantsusmaa, Luksemburg ning ilmselt ka Soome ja Taani. Igal pool mujal on planeeritud tervishoiuteenuste kasutamise tase kõvasti alla potentsiaalset taset, mida lubaks oletada nende inimeste arv, kes väitsid Eurobaromeetri uuringus, et nad kaaluksid piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamist.

Sellel võib olla mitu põhjust. Esiteks hakkas hulk liikmesriike direktiivi hilja rakendama, mis mõjutab nende inimeste arvu, kes said seda 2014. aastal kasutada.

Teiseks on Eurobaromeetri uuringu kohaselt väga väike ka nende kodanike arv, kes teavad oma üldisi õigusi hüvitisele. Isegi kui kodanikud on oma õigustega kursis, on mitmes liikmesriigis patsientidel keeruline teada saada, kuidas kasutada neid õigusi praktikas. Eespool nimetatud hindamisuuringust selgus riiklike kontaktpunktide tulemuslikkuse suur erinevus selles küsimuses.

Kolmandaks, kui mõni liikmesriik on direktiivi täies ulatuses kohaldanud ja teeb suuri jõupingutusi patsientide piiriülese tervishoiuga seotud õiguste lihtsustamiseks, siis märkimisväärse arvu liikmesriikide puhul takistavad patsiente nende õiguste kasutamisel suurel määral tervishoiusüsteemid, kelle tegevuse taga näivad mõnikord olevat teadlikud poliitilised valikud: mõni kehtivatest eellubade süsteemidest on laiaulatuslikum, kui saadud taotluste arv lubaks põhjendatuks lugeda; paljudel juhtudel ei ole täpselt selge, millise ravi puhul on eelluba vaja; koduliikmesriigis kasutatavatest tariifidest madalamad hüvitismäärad kujutavad endast selgelt negatiivset aspekti; hulk koormavaid haldusnõudeid võib patsiente heidutada.

Loomulik nõudlus piiriüleste tervishoiuteenuste järele võib olla suhteliselt väike mitmel põhjusel, mille hulka kuuluvad patsientide soovimatus reisida (nt perekonna läheduse või koduse süsteemi parema tundmise tõttu); keelebarjäär; liikmesriikide hinnaerinevused; vastuvõetavad ootejärjekorrad ravi saamiseks kindlustajaliikmesriigis. Samuti väärib nimetamist, et mõnikord võivad puuduvat nõudlust katta mõnes liikmesriigis olemas olevad kohalikud kahepoolsed kokkulepped. Samal ajal ei saa ülaltoodud aspektide põhjal järeldada, et piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamine kajastab täpselt võimalikku nõudlust.

Direktiivi mõju tuleks siiski pidada pelgalt piiriülesest tervishoiust laiemaks. See on andnud panuse paljudes liikmesriikides käimasolevatesse olulistesse tervishoiureformi üle peetavatesse aruteludesse.

Kõige ilmsem on see, et direktiiv sisaldab suurt arvu sätteid, mis puudutavad patsientide õiguste läbipaistvust ning tervishoiuteenuste kvaliteeti ja ohutust. Peatselt tuleb päevakorrale see, millist teavet patsiendid vajavad ja kuidas seda tuleks esitada. See ei tulene direktiivist endast, vaid kajastab laiemaid tehnoloogilisi ja ühiskondlikke muutusi: inimeste ootused on mõne aastaga järsult muutunud (ning tervishoiuteenused ei pääse tõenäoliselt näiteks ka kasutajate koostatud ülevaadete mõjust). Direktiiviga pakutakse aga komisjonile ja liikmesriikidele nn valmis ruumi (ja riiklike kontaktpunktide võrgustikuna korrapäraselt koos käivat foorumit) oma ideede jagamiseks selle kohta, kuidas kõnealuse probleemiga tegeleda.

Siiani on selge, et riiklike kontaktpunktide tegutsemisviisid ja nende pakutava teabe kvaliteet varieeruvad märgatavalt. Tulevastes aruteludes tasuks uurida riiklike kontaktpunktide töö ühiseid meetodeid või suuniseid.

Samamoodi suurendab tervishoiuteenustele langev surve huvi kasutada vahendeid paremini piiriülese koostöö kaudu. Kuigi komisjoni esialgse töö käigus on tehtud mõned ELi tasandi meetme ettepanekud (nt edukate projektide parimate tavade jagamine; piiriülest koostööd kaaluvate inimeste jaoks kontrollnimekirjade väljatöötamine), on selge, et need töötaksid ainult riikliku või kohaliku tegevuse toel.

Direktiivi tervishoiusüsteemide koostööd käsitleva peatükiga loodi liikmesriikide koostöö jaoks uus raamistik. See võib kaasa tuua käegakatsutava kasu kogu ELi tervishoiusüsteemidele. Kui tuua üks näide, siis Euroopa tugivõrgustikud võiksid suurel määral parandada juurdepääsu haruldast oskusteavet nõudvale haruldaste/vähelevinud ja keeruliste haiguste ravile. Selle potentsiaali ärakasutamiseks on vaja kõigi poolte jätkuvat toetust ja pühendumust.

Tervisetehnoloogiate hindamise võrgustiku vastuvõetud tervisetehnoloogiate hindamise strateegia tõestas liikmesriikide huvi ühistöö vastu, aga ka vajadust alaliste ja põhjendatud kokkulepete järele. Sellised kokkulepped peaksid ühistööd hõlbustama ning selle tulemusel võimaldama liikmesriikidel ja muudel sidusrühmadel sellest täiel määral kasu saada.

Lisaks tähendavad tehnoloogia valdkonnas saavutatud edusammud, et telemeditsiini teenused (sealhulgas veebipõhised apteegid) muutuvad lähitulevikus üha tavapärasemaks ja tähtsamaks. Seega võib kasulikuks osutuda arutelu selle üle, kas ja kuidas arendada ja selgitada kohaldatavaid eeskirju (kohaldatavate õigusaktide vallas, ravile juurdepääsu ja selle eest hüvitamise valdkonnas jne).

6. peatükk. Direktiivi 2011/24/EL (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) artikliga 17 komisjonile delegeeritud õigusaktide vastuvõtmiseks antud volituse teostamine

6.1. Sissejuhatus

Direktiivi 2011/24/EL artiklis 11 käsitletakse liikmesriikide vastastikust retseptide tunnustamist. Artikli 11 lõikega 5 antakse komisjonile volitused võtta delegeeritud õigusaktidega vastu meetmed teatavate ravimi- või meditsiiniseadmekategooriate väljajätmiseks retseptide tunnustamisest, kui see on vajalik rahvatervise kaitsmiseks.

Direktiivi 2011/24/EL artikkel 12 kätkeb Euroopa tugivõrgustike väljaarendamist. Artikli 12 lõikega 5, koostoimes artikli 12 lõike 4 punktiga a, antakse komisjonile volitused võtta delegeeritud õigusaktidega vastu loetelu üksikasjalike kriteeriumide ja tingimuste kohta, millele Euroopa tugivõrgustikud peavad vastama, ning kriteeriumid, mille täitmist nõutakse tervishoiuteenuste osutajatelt, kes soovivad Euroopa tugivõrgustikuga ühineda, nagu on sätestatud artikli 12 lõike 4 punktis a.

Direktiivi 2011/24/EL artikliga 17 antakse komisjonile viieks aastaks alates 24. aprillist 2011 delegeeritud volitused. Komisjon peab esitama delegeeritud volituste kohta aruande hiljemalt kuus kuud enne viieaastase ajavahemiku lõppu. Delegeeritud volitusi uuendatakse automaatselt samaks ajavahemikuks, välja arvatud juhul, kui Euroopa Parlament või nõukogu need kooskõlas artikliga 18 tagasi võtab.

6.2. Delegeeritud volituste rakendamine

Seoses artikli 11 lõikega 5 kutsuti 14. veebruaril 2012 kokku liikmesriikide eksperdid, et arutada, kas teatavad ravimi- või meditsiiniseadmekategooriaid on vaja retseptide tunnustamisest välja jätta. Kohtumisel (ja teostatud tugiuuringu põhjal) järeldati, et praegu ei ole vaja ühtegi erandit teha. Seega ei ole komisjon oma delegeeritud volitust veel kasutanud.

Seoses artikli 12 lõikega 5 tegi komisjon delegeeritud õigusakti sisu vallas tihedat koostööd liikmesriikidega ja võttis selle vastu 10. märtsil 2014 (vt viide punktis 4.2). See jõustus 27. mail 2014.

6.3. Järeldused

Komisjon on seisukohal, et direktiiviga 2011/24/EL talle antud delegeeritud volitused peaksid edasi jõusse jääma.

Ravimi- ja meditsiiniseadmete valdkond võib kiiresti muutuda. Kuigi praegu ei ole vaja retseptide vastastikuse tunnustamise põhimõttesse erandeid teha, võib see vajadus tulevikus tekkida ja sellega tuleb rahvatervise kaitsmise eesmärgil tegeleda viivitamata delegeeritud õigusakti vastuvõtmise kaudu.

Euroopa tugivõrgustik luuakse 2016. aastal ja seda tuleb seejärel hinnata. Hindamise käigus selgub tõenäoliselt, et praeguse delegeeritud õigusakti sisu tuleb tulevikus kohandada.

A LISA

Liikmesriikide esitatud andmed direktiivi toimimise kohta

Kõigile liikmesriikidele saadeti jaanuaris 2015 küsimustik. Vastamise kokkulepitud lõpptähtaeg oli 30. aprill 2015. Küsimused hõlmasid 2014. kalendriaastat.

28st liikmesriigist esitas andmed 26 (Lätilt ja Maltalt vastust ei tulnud).

Valik liikmesriikide saadetud andmetest on esitatud allpool. Esile tuleb tuua mõned aspektid.

Liikmesriigid võtsid direktiivi 2011/24/EL üle eri aegadel ja paljudel juhtudel hõlmasid esitatud andmed 2014. aastat vaid osaliselt. Mõnel liikmesriigil oli raskusi oma juhtude jagamisel direktiivi 2011/24/EL ja sotsiaalkindlustusmääruste (määrused (EÜ) nr 883/2004 ja (EÜ) nr 987/2009) vahel, eelkõige eelloa nõudeta tervishoiuteenuste hüvitamise taotluste puhul.

Paljude liikmesriikide jaoks osutus keeruliseks esitada riiklikele kontaktpunktidele saadetud teabetaotluste kohta andmeid, mis oleks jaotatud teabekanali ja teema alusel. Samuti on tõenäoline, et andmetesse on vahel lisatud ka direktiivi 2011/24/EL reguleerimisalast välja jäävaid piiriülese tervishoiuga seotud taotlusi, näiteks Euroopa ravikindlustuskaardiga seotud küsimusi jne.

Mõni liikmesriik – eelkõige need, kus on kindlustuspõhised süsteemid – koges raskusi teabe kogumisel oma süsteemi osadelt.

Kuna küsimustikku kasutati esimest korda, ilmnesid selle täitmisel arvukad praktilised semantilised probleemid (mis peegeldasid riikide olukordade ja tavade erinevusi). Nendega tuleb järgmistel kordadel tegeleda, sest need mõjutavad andmete võrreldavust.

Seega ei olnud andmete võrdlemine liikmesriigiti lihtne ja siinses lisas esitatud näited on antud üksnes näitlikustamise eesmärgil.

Riiklike kontaktpunktide saadud teabetaotlused

26st vastanud liikmesriigist suutsid kõik peale Luksemburgi ja Rootsi esitada andmed üksiktaotluste koguarvu kohta. 2014. aastal esitati kokku 109 223 üksiktaotlust. Viis liikmesriiki said alla 100 teabetaotluse (Portugal sai näiteks vaid kuus taotlust). Kümme liikmesriiki võttis vastu üle 1 000 teabetaotluse. Peaaegu 75 % taotlustest saadeti ainuüksi kolmes liikmesriigis: Saksamaal (36 602), Soomes (25 207) ja Austrias (15 536). Need märgatavalt suuremad näitajad tulenevad tõenäoliselt sellest, et neis kolmes riigis loeti teabetaotluseks ka veebilehe külastusi.

Osa liikmesriike suutis oma teabetaotlused teabekanali järgi esitada. Neil juhtudel näitasid andmed, et 74 050 taotlust tehti veebilehe (vt punkt ülalpool), 15 461 telefoni, 5 436 e-posti ja 2 179 otsekontakti kaudu.

Eelloa kasutamine

21 liikmesriiki on juurutanud eellubade süsteemi (Austria, Eesti, Holland, Leedu, Rootsi, Soome ja Tšehhi seda ei teinud, aga mõni neist võttis vastu õigusaktid, mis võimaldavad neil hiljem sellise süsteemi kasutusele võtta, kui nad seda soovima peaksid). Neist 21 riigist Läti ja Malta ei vastanud küsimustikule. Saksamaa küll saatis andmed, aga ei suutnud esitada teavet eelloa kasutamise kohta.

18st andmed esitanud liikmesriigist kerkis selgelt esile Prantsusmaa, kes rahuldas 57 000 taotlust – see on aga nii sotsiaalkindlustusmääruste kui ka kõnealuse direktiivi raames väljastatud lubade koondarv. Konkreetselt direktiivi raames väljastatud või neist keeldutud eelloa taotluste arv ülejäänud 17 liikmesriigis oli 560, millest 360 rahuldati. Kaks liikmesriiki (Poola ja Kreeka) teatasid, et 2014. aastal ei rahuldanud nad ega keeldunud rahuldamast mitte ühtegi eelloa taotlust, ja veel kaks (Horvaatia ja Portugal) said kumbki vaid ühe taotluse. Skaala teises otsas oli Itaalia 177 saadud (ja 103 rahuldatud) ning Slovakkia 139 saadud (ja 121 rahuldatud) taotlusega.

Eelloa nõudeta ravi hüvitamine[17]

26st vastanud liikmesiigist vaid 23 suutsid esitada täielikud andmed eelloa nõudeta ravi eest makstavate hüvitiste kohta (Saksamaa ja Holland ei esitanud üldse sellekohaseid andmeid, Belgia ei suutnud esitada täielikke andmeid). Neist 23st riigist kolm – Soome, Prantsusmaa ja Luksemburg – esitasid direktiivi ja sotsiaalkindlustusmääruste koondandmed. Soome teatas 17 142, Prantsusmaa 422 680 ja Luksemburg 117 962 hüvitistaotlusest.

Ülejäänud 20 liikmesriigis maksti konkreetselt direktiivi raames hüvitist kokku 39 826 korda: sellest 31 032 juhtumit hüvitas Taani üksi. Neli liikmesriiki rahuldasid üle 1 000 hüvitustaotluse. 14 liikmesriiki tegid alla 100 hüvitismakse, neist kuus (Austria, Bulgaaria, Eesti, Kreeka, Küpros ja Portugal) ei maksnud kõnealuse direktiivi raames kordagi hüvitist.

Töötlusaeg

16st vastanud liikmesriigist, kellel oli eellubade süsteem ja kes said eellubade taotlusi, üheksa (Bulgaaria, Hispaania, Horvaatia, Iirimaa, Luksemburg, Prantsusmaa, Slovakkia, Taani ja Ühendkuningriik) teatasid, et taotluste töötlemisele kulus keskmiselt kuni 20 päeva. Ainult kolm riiki töötlesid taotlusi 30 päeva või kauem: Ungari (30 päeva), Küpros (40 päeva) ja Sloveenia (69 päeva).

15 liikmesriiki 19st, kes said tegelikult eelloa nõudeta ravi hüvitamise taotlusi (ja kellel oli võimalik nõutud andmeid saata), suutsid esitada teabe taotluste töötlemise keskmise aja kohta (Belgial, Kreekal, Leedul ja Rumeenial ei olnud võimalik neid andmeid saata). Neist neljal kulus selleks alla 20 päeva (Luksemburg, Taani, Ungari ja Ühendkuningriik) ja kolmel üle

[17] Käesolevad andmed võivad sisaldada piiratud määral taotlusi ravi kohta, mille puhul oleks eelluba vaja olnud, aga mille kohta esitati taotlus tagasiulatuvalt ja mille eest maksti lõppkokkuvõttes hüvitist.

80 päeva: Soome (82), Slovakkia (84,3) ja Rootsi (150) (NB! Soome näitajad hõlmavad nii määruste kui ka direktiivi kohaseid taotlusi)[18].

[18] Hüvitamistavad võivad liikmesriigiti suurel määral erineda. Kui näiteks liikmesriik otsustab kellegi ravi hüvitada määruste raames põhjendusega, et see on patsiendile kasulikum, võib hüvitise summa kindlaksmääramisele kuluda mitu kuud.

B LISA

Piiriülese tervishoiu direktiivi hindamisuuring

Kõnealuse uuringu raames uuritakse direktiivi 2011/24/EL mõju. Selle üldeesmärk on anda käepäraste allikate alusel aru direktiivi senisest rakendamisest ning teha kindlaks selle puudujäägid ja parandamise potentsiaal, nagu on sätestatud direktiivi artikli 20 lõikes 1. Uuring põhineb kohapealsel olukorral ja muudel väärtuslikel välisallikatel (varasemad uuringud, teaduslik kirjandus, sidusrühmade alusmaterjal jne).

Metoodika

Lisaks teabeuuringule ja kirjanduse ülevaatele kasutati veebilehtede üksikasjalikku ülevaadet ja levinud osalusuuringumeetodeid.

Eelmiste uuringute põhjal analüüsiti kõigi 32 riikliku kontaktpunkti (analüüsiti 32 riigi või Ühendkuningriigi territooriumi nagu Šotimaa, Wales, Inglismaa, Põhja-Iirimaa ja Gibraltar) veebilehti. Analüüs tehti 6. oktoobrist 2014 kuni 6. novembrini 2014.

Lõppkasutaja vaatenurga arvessevõtmiseks kasutati nn pseudopatsiendi uurimismeetodit. Novembris 2014 võeti nii e-posti kui telefoni teel ühendust 12 liikmesriigi (Austria, Belgia, Hispaania, Holland, Itaalia, Leedu, Malta, Prantsusmaa, Rootsi, Saksamaa, Sloveenia ja Ungari) riiklike kontaktpunktidega, kasutades kolme eelnevalt kindlaks määratud stsenaariumi. Need vaatlusalused riigid moodustavad esindusliku valimi, mis põhineb hulgal aruandes täpsustatud kriteeriumidel.

Vaatlusalustes riikides ja Euroopa tasandil 59 sidusrühma intervjueerimise ning 12 riiklikule kontaktpunktile vaatlusalustes riikides saadetud veebipõhise uuringu kaudu koguti ka subjektiivseid ja arvamuspõhiseid andmeid. Umbes 50 % sidusrühmadest, kellega ühendust võeti, nõustus intervjuuga nelja nädala jooksul. Sidusrühmade hulka kuulus tervisekindlustusandjaid, tervishoiuteenuse osutajaid, patsientide ombudsmane, riiklikke ja piirkondlikke ametiasutusi, patsiendirühmi, auditiasutusi, ametiühinguid ja olulisemaid tervishoiuteenuste retsepte väljastavaid organisatsioone. Kõik riiklikud kontaktpunktid täitsid vähemalt osa veebipõhisest uuringust.

Uuringu tulemusi täiendab patsientidele osutatavaid teenuseid käsitlev TNVO-analüüs.

Piirangud

Uuring ei kujuta endast ametlikku hindamist. Selle raames ei uuritud kaebusi, rikkumisi ega ülevõtmismeetmeid. Arvestades direktiivi hiljutist vastuvõtmist ja nappe kättesaadavaid lõppandmeid patsientide liikuvuse kohta, oleks direktiivi ametlik hindamine olnud enneaegne. Hindamisuuring annab siiski tähendusrikka ning kvalitatiivse panuse lähtealustele hinnangu andmisesse ja hilisemasse hindamisse kooskõlas põhimõttega „kõigepealt hinda”.