

Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks

Sissejuhatus

2018. aasta oktoobris toimunud 35-ndatel õigusteadlaste päevadel jagasid ühel sessioonil riigiprokurör Steven-Hristo Evestuse juhtimisel lava patsientide esindaja, tervishoiutegelane ja õigusteadlane. Kui tihtipeale kipub eri huvidega isikutel olema raske ühisele seisukohale jõuda, siis sessiooni käigus märkasime, et sõltumata oma elukutsest jagame kõik ühist seisukohta tervishoiutöötaja vastutuse suhtes. Leiame, et tervishoiutöötaja vastutuse regulatsioon vajab muutmist, sest praegune takistab patsiendikindlustuse süsteemi loomist ja juhtumitest õppimist. Seepärast tegime heade mõtete linnas Tartus ettepaneku tervishoiutöötaja vastutust vähendada ning alljärgnevalt selgitame ettepanekut ka Juridica lugejatele.

Alustame mõistetest, et vähendada üksteisest möödarääkimist. Seejärel toome esile arvud tervishoiustatistikast, et vaadata, kas Eestis õpitakse probleemidest. Kuna meie väide on, et vastutus takistab kvaliteedi paranemist, siis küsime, kes tänapäevases meditsiinis üldse vastutama peab – kas füüsilisest isikust tervishoiutöötaja või juriidilisest isikust tervishoiuteenuse osutaja. Kuna ravikvaliteedi parandamine ja süsteemi muutmine toimub patsiendi huvides, toome sisse patsiendi vaate ja uurime, mida patsient tervishoiusüsteemilt ootab. Selleks et mitte ise jalgratast leiutama hakata, esitame ülevaate Soome samalaadsest süsteemist ja võrdleme ka selle mõjusid.

Mõisted

Inimestele on omane nähtusi liigitada ja mõistete abil üksteisest eristada. See võib teinekord tuua kaasa ka kummalisi sõnamoodustisi nagu „arstlik viga“. Viga võib olla inimlik, tahtlik või saatuslik, aga ükski elukutse ei oska teha sellele elukutsele ainuomaseid vigu. Küll aga on mõistlik võtta tervishoiutöötajate töö kvaliteedi hindamisel aluseks tervishoiutöötajate enda poolt välja töötatud liigitused, mitte juristide poolt peale surutud väljendid. Juristide liigituse probleemiks on tavaliselt see, et keskendutakse ainult juriidilist vastutust kaasa toovale osale ehk tagajärjele (surma või raske tervisekahjustuse põhjustamine), kuid see on eksitav kahel põhjusel. Esiteks seetõttu, et oluliselt sagedamini kui ravivea tõttu halveneb patsiendi tervis ravi käigus ravi edutuks osutumise tõttu (vähiravi), ravi tüsistuse (gripijärgne kopsupõletik) või paratamatu kõrvalnähu (jäseme amputeerimisel ei saa keha enam terviklikuks) tõttu. Teiseks seetõttu, et tagajärjele keskendudes jäävad tähelepanuta kõik „õnnelikud õnnetused“ ehk juhtumid, kui patsiendi tervis ei halvenenud piisavalt või ta ei saanud sellest aru.

Kõige üldisem mõiste on **ohujuhtum**. See on soovimatu juhtum, mille tagajärjel tekkis või oleks võinud tekkida tervisekahjustus. Ohujuhtumite kõige levinumad näited haiglates on segadused laborianalüüsidega ja ravimite jaotamise-annustamisega, harvemini aga võõrkehade jätmisega patsiendi sisse. Valdav osa sellistest juhtumitest ei tekita patsiendi tervisele kahju ja neid ei pruugi patsient ega tervishoiusüsteem isegi tähele panna. Kui pannakse tähele, siis tavaliselt saab midagi ette võtta (uus analüüs teha, võõrkeha

eemaldada), et kahjulikku tagajärge ei saabuks. Kõiki kahjuliku tagajärjega ohujuhtumeid ehk realiseerunud ohuga juhtumeid võib nimetada menetlustüsistuseks.^{*1} **Menetlustüsistus** on igasugune kõrvalekalle diagnostika- ja raviprotseduuridele ning muudele meditsiiniliste toimingutele järgnevate sündmuste tavapäraselt eeldatud kulgemisest. Menetlustüsistuseks võib olla nii patsiendi surm kui ka minimaalsete vaevustega või üldse ilma vaevusteta kõrvalekalded, näiteks verevalum haavas. Need on muutused, mille tekkimist ei soovitatud, sest tavaliselt need raskendavad patsiendi paranemist. Siiski pole neid tüsistusi võimalik täielikult välistada. Menetlustüsistused võib omakorda liigitada mõjutatavateks (välditavateks) ja mittemõjutatavateks (mittevälditavateks) selle järgi, kas tüsistuse tekkimise tõenäosuse vähendamiseks on üldse meetmeid või mitte. Kui vastumeetmeid ei ole, siis on tegemist mittevälditava menetlustüsistusega. Kui vastumeetmed on olemas ja neid sai patsiendil rakendada, kuid ei rakendatud, siis on tegemist raviveaga. **Raviviga** on haiguse ravimisel eksimine näiteks ravitaktikaga, ravimeetodiga või ravitegevuste ajastusega.

Kõigi kolme – ravivea, menetlustüsistuse ja ohujuhtumi – kõige olulisemaks ühisosaks on tõdemus, et haige tervis muutub nende eksimuste tõttu halvemaks pigem harva ja kindlasti mitte reeglina. Nendel juhtudel, kui aga patsiendi tervis halveneb, saame rääkida patsiendikahjust, millega käib paratamatult kaasas vastutuse küsimus. Üks tegu võib kaasa tuua erinevaid tagajärgi ja eri liiki vastutust. Juriste huvitab eelkõige õiguslik vastutus, mis seisneb kohustuses taluda õigusaktides sätestatud kitsendusi. Tervishoiuteenuse osutamisel tekkivate probleemide korral on ette nähtud nii karistusõiguslikud kui ka tsiviilõiguslikud kitsendused. Tsiviilõigusliku vastutuse puhul tuleb eristada tervishoiutöötaja enda vastutust ja tervishoiutöötaja tööandjaks oleva tervishoiuteenuse osutaja vastutust. Samuti tuleb eristada deliktulist ja lepingulist vastutust. Karistusõigusliku vastutuse puhul tuleb vaadelda vastutust nii väärtegu kui ka kuritegu eest. Neid küsimusi vaatlemegi allpool samas järjekorras.

Tsiviilvastutus ehk kahju hüvitamine

Tsiviilvastutuse eesmärk on ennistada varasem olukord, mitte aga kedagi karistada. Varasema olukorra ennistamiseks tuleb näiteks meedias ilmunud ebaõiged faktid ümber lükata või ebaseaduslikult ära võetud asi selle omanikule tagasi anda. Kui olukorra endiseks tegemine ei ole võimalik, siis tuleb püüda tekkinud olukord hüvitada rahas. Tervishoius tulebki tsiviilvastutuse all mõista eelkõige patsiendile või tema lähedastele tekkinud kahju hüvitamise kohustust.

Alustame tervishoiuteenuse osutaja kui ettevõtja ja tervishoiutöötaja kui füüsilise isiku vastutuse eristamisest. Tööandja ja töötaja samaaegse vastutuse näeb ette võlaõigusseaduse^{*2} (VÕS) § 758 lõige 2 järgmiselt: „Tervishoiuteenuse osutamisel osalev kvalifitseeritud arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav õde või ämmaemand, kes tegutseb tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu sellesarnase lepingu alusel, vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult.“ Ei ole just palju erialasid, kus seadusandja on pidanud vajalikuks eksimuste eest panna vastutama ka töötajat ennast. Teoorias võivad küll mõlemad vastutada, kuid praktikas vastutab siiski ainult teenuse osutajaks olnud haigla või muu tervishoiuasutus. Miks praktika selline on, sellel on mitu põhjust. Esiteks on patsiendil alati parem valida endale vastaspooleks see, kelle maksevõime on suurem. Teiseks on suurem tõenäosus jõuda kompromissini just sellise vastaspoolega, kellel on rohkem raha. Kompromiss on eriti tõenäoline just siis, kui väljamakstavast summast ei sõltu otseselt ühegi inimese sissetulek või varaline seisund, vaid väljamakse reaalseks tegijaks on kindlustus. Paljud tervishoiuteenuse osutajad on oma vastutuse vabatahtlikult kindlustanud ja seetõttu ei ole neil probleemi raha vajaduse korral välja maksta, kui summa on mõistlik (reeglina on kindlustusleping selline, et vastutuskindlustuse andja hüvitab väljamakstud summa tervishoiuteenuse osutajale, mitte ei maksa ise otse patsiendile, nagu VÕS § 510 reegeljuhtumina ette näeb). Kolmandaks on teenuse osutaja vastu minemine patsiendile riskivabam, sest kahju tekitajas pole võimalik eriti eksida. Kuna tervishoid ja arstiabi on meeskonnatöö, tekib konkreetse tervishoiutöötaja vastaspooleks väljavalimisega alati risk, et kohtumenetluses avastatakse, et viga oli kellegi teise tehtud ja hagi jääb seetõttu rahuldamata.

1 Selle ja edaspidiste definitsioonide kohta vt M. Murruste. Välditavate ravitüsistuste ja patsiendi ohujuhtumite süsteemi analüüs ja ettepanekud. Tartu: Tartu Ülikooli Kliinikum, kirurgiakliinik 2016.

2 RT I 2001, 81, 487; RT I, 22.03.2018, 4.

Isegi kui mõni patsient tahaks just nimelt tervishoiutöötajaga kohtu käia ja kõiki neid eespool nimetatud riske võtta, ei õnnestu tal tervishoiutöötaja käest tegelikkuses raha saada. Nimelt sätestab töölepingu seaduse³ (TLS) § 76 lõige 1, et kui töötaja on mittetahtlikult tekitanud töökohustuste täitmisel kellelegi kahju, siis peab selle kahju ja kaasnevad kohtukulud kinni maksma tööandja. Tööandjal endal tekib pärast kahjusumma väljamaksmist õigus nõuda töötajalt osaliselt raha tagasi. See osa, mis tuleb töötajal tagasi maksta, on piiratud TLS § 74 lõike 2 kohaselt järgmiselt: „Kui töötaja on töölepingut rikkunud hooletuse tõttu, vastutab ta tööandjale tekitatud kahju eest ulatuses, mille määramisel arvestatakse töötaja tööülesandeid, süü astet, töötajale antud juhiseid, töötingimusi, töö iseloomust tulenevat riski, tööandja juures töötamise kestust ja senist käitumist, töötaja töötasu, samuti tööandja mõistlikult eeldatavaid võimalusi kahjude vältimiseks või kindlustamiseks. Hüvitist vähendatakse tööandja tegevusega seonduva tüüpilise kahju tekkimise riski tagajärjel tekkinud kahju võrra.“ Seega sätestab VÕS tervishoiutöötaja vastutuse aluse ja TLS sisustab vastutuse rahalise ulatuse. Täpsema kohtupraktika puudumise tõttu võib arvata, et tegelikkuses piirdub tööandja tagasinõudeõigus tervishoiutöötaja vastu paari kuupalgaga. Siiski ei ole Eestis teada ühtegi tervishoiuteenuse osutajat tööandjat, kes oleks oma kollektiivi tervishoiutöötajalt hakanud isegi seda paari kuupalka kahjuhüvitise katteks tagasi nõudma. Tervishoiutöötajate nappuse olukorras ei ole tööandjal lihtsalt sellist läbirääkimiste positsiooni ning paar kuupalka ei vääri ilmselt kogu kollektiivi töörahu rikkumist.

Tõsi, ka teoreetiline risk on risk ja seetõttu on hea, kui arst oma teoreetilise vastutuse, mille suuruseks on paar kuupalka, ära kindlustab. Seda on ka enamik Eesti arste juba teinud Eesti Arstide Liidu kaudu, kuhu kuulub 70% praktiseerivatest arstidest.⁴ Liidu kinnitusel on nende kindlustust vaja olnud ainult väga üksikutel juhtudel, kuigi see on jõus olnud juba üle 15 aasta. See kinnitab veel kord, et tervishoiutöötajate vastu nõudeid ei esitata. Seega pole ka VÕS § 758 lõikes 2 sätestatud tervishoiutöötaja isikliku lepingulise vastutuse järele mingit vajadust ning selle sätte võiks tühistada.

Deliktilise ja lepingulise vastutuse eristamisega tegeleb VÕS § 1044. Selle paragrahvi lõike 4 kohaselt vastutab lepingulise kohustuse rikkumise tulemusena isiku surma põhjustamise või talle kehavigastuse või tervisekahjustuse tekitamise korral kahju tekitaja selle eest ka kahju õigusvastase tekitamise sätete alusel. Seega võib ebaõige ravi kaasa tuua nii lepingulise kui ka deliktilise vastutuse. VÕS § 1054 kohaselt tekib töötajal ja tööandjal ühesugune vastutus olukorras, kus arst oma töökohustusi täites tekitab patsiendile õigusvastaselt kahju. Seega oleme tagasi samasuguses olukorras nagu lepingulise vastutuse puhul. Praktikas ei viigi lepinguline ja lepinguväline vastutus tervishoiuvaldkonna kaasustes erineva tulemuseni. Asjaolu, et deliktilise vastutuse jaoks VÕS § 1045 lõike 1 punktide 1 ja 2 kohaselt eeldatakse surma või tervisekahjustuse põhjustamise korral õigusvastasust ning VÕS § 1050 lõike 1 kohaselt ka süüd, ei tähenda, et tõendamiskoormis oleks ümber pööratud. Patsient peab endiselt tõendama käibekohustuse rikkumist, mis lepinguõiguses võrdub VÕS §-s 762 nimetatud arstiteaduse üldise taseme rikkumisega. Alles siis, kui käibekohustuse rikkumine on tõendatud, peab tervishoiuteenuse osutaja omalt poolt tõendama vastutust välistavaid asjaolusid, eelkõige põhjusliku seose puudumist, sest kahjulik tagajärg on juba olemas. Samasugune on olukord ka lepingulise vastutuse puhul, kus VÕS § 770 lõike 4 kohaselt peab ravivea tõendatuse korral hakkama tervishoiuteenuse osutaja tõendama põhjusliku seose puudumist.

Eraldi tuleb peatuda süü küsimusel. Tuleb kohe alguses ära öelda, et süü küsimus ei ole kohtumenetlustes siiani kunagi olnud keskne teema ega olekõrs vastutusest pääsemiseks. Selline on olukord nii lepingulise kui ka deliktilise vastutuse korral. Tegemist on tervishoiuvaidlustes sisutihja kontseptsiooniga⁵, nagu tervishoiutöötaja isiklik tsiviilõiguslik vastutus tervikuna on sisutihhi. Ka deliktilise vastutuse nõude esitamise korral eelistavad patsiendid eelmainitud põhjustel tervishoiuteenuse osutajat ning need, kes lähevad nõudega tervishoiutöötaja vastu, saavad TLS-st tulenevalt ikkagi vastutajaks tervishoiuteenuse osutaja, nagu eespool selgitatud. Miks siis tervishoiutöötajad seda süü küsimust kogu aeg rõhutavad ja mittesüülistest vastutusest räägivad? „Süü“ on tavakeeles häbimärgistavat tähendust omav sõna. Keegi ei taha süüdi olla. Seepärast tundub atraktiivsena ingliskeelne termin *no-fault liability*, millega iseloomustatakse Skandinaavia riikide patsiendikindlustuse süsteeme (vt allpool). Süüta vastutus tähendab õiguskeeles riskivastutust ehk seda, et süü vastuväidet ei saa õigushüve kahjustanud isik üldse esitada. Selles mõttes langevad juriidiline keel ja tavakeel kokku, et tervishoiutöötaja vastutusele võtmiseks ei ole süüd

³ RT I 2009, 5,35; RT I, 10.01.2019, 20.

⁴ Arvutivõrgus: <https://arstideliit.ee/vastutuskindlustus>.

⁵ Teistsugust arvamust vt I. Luik-Tamme, K. Pormeister. Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutihhi kontseptsioon? – *Juridica* 2014/10, lk 762–780.

vaja tuvastada. Tervishoiutöötajad teevad aga sellest järelduse, et tervishoiutöötaja vastutus kaob üldse ära, sest ilma süüdlaseta ei saa ju vastutusele võtta. Juristide jaoks on vastupidi: süüta vastutus halvendab tervishoiutöötaja olukorda ja suurendab vastutust, sest süü puudumise taha ei saa enam pugeda. Kuna aga, nagu eespool öeldud, on süü tervishoiuteenuse üle peetavates vaidlustes sisutühi kontseptsioon, siis tuleks edaspidises diskussioonis üldse süü teemast hoiduda ja keskenduda olulistele küsimustele.

Kui sageli esineb tervishoiuteenuse osutaja tsiviilvastutust? Seda on raske hinnata, aga proovime siiski. Riigi Teataja kohtulahendite andmekogust (www.riigiteataja.ee) leiab alates 2006. aastast märksõnaga „raviviga“ kokku 46 lahendit. Kui nende hulgast jätta välja vangide kaebused (seal soovitakse tavapäraselt ravi edasilükkamisest või mittesaamisest tekkinud kahju hüvitamist, mitte ei vaielda ravikvaliteedi üle kitsamas tähenduses), hambaravi vaidlused (seal soovitakse tavapäraselt makstud raha tagasi), Riigikohutusse jõudnud vaidlused ning menetluslike küsimuste üle peetud vaidlused, siis jääb alles seitse lahendit.⁶ Riigikohtu veebilehel asuv märksõnastik sisaldab märksõna „tervishoiuteenuse osutamise leping“ all seitse lahendit. Kui eemaldada nende hulgast jällegi hambaravi, nõusoleku küsimused ja tervishoiuteenuse kvaliteeti mittepuudutavad lahendid, jääb alles ainult kaks sisulist vaidlust tervishoiuteenuse kvaliteedi üle.⁷

Kohtupraktika vähesus ei ole siiski üllatav, sest üldjuhul lepivad pooled hüvitise suuruses kokku, kui tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon on ravivea tuvastanud, ja seetõttu ei ole patsiendil vaja kohtusse pöörduda. Kui aga vaidlus ikkagi kohtusse jõuab, siis lõpeb see üldjuhul kompromissiga. Sõlmitud kokkulepped on tavaliselt konfidentsiaalsed, sest patsient on huvitatud oma privaatsuse kaitsest ning haigla ei ole huvitatud negatiivsest tähelepanust meedias. Kui aga eksperdikomisjon ei ole raviviga tuvastanud, on patsiendil üsna vähe lootust saada hüvitist kohtumenetluse teel ja jällegi jääb kohtuvaidlus ära.

Millised on väljamõistetud hüvitised? Harju Maakohtu poolt väljamõistetud mittevaralise kahju hüvitised on uuemates vaidlustes olnud järgmised:

seoses hambaraviteenusega – 2000 eurot;

seoses eriti raske tervisekahjustuse tekitamisega – 100 000 eurot;

seoses kannatanu surmaga – 11 000 eurot.⁸

Lisaks patsiendile saab teataval juhul nõuda mittevaralise kahju hüvitamist ka patsiendi lähedane isik. VÕS § 134 lõike 3 kohaselt on sellise kahjunõude eelduseks lisaks tavapärastele eeldustele erandlikud asjaolud. Kohtupraktikas on peetud selliseks erandlikuks asjaoluks vastsündinu surma olukorras, kus lapsevanemad on olnud mõlemad lapsega samas haiglas. Kahjude õiglaseks suuruseks pidas Riigikohus 3000 eurot isale ja 7000 eurot emale.⁹ Sellises suurusjärgus on ka kriminaalasjades rahuldatud mittevaralise kahju hüvitise nõuded. Näiteks vereülekanne, mis tõi kaasa patsiendi surma, tekitas kohtu hinnangul hüvitamisväärset mittevaralist kahju lähedastele 3000–5000 eurot.¹⁰ Seejuures pidas kohus erakorraliseks asjaoluks lihtsalt fakti, et surma saanud patsient viibis haiglas.¹¹

Karistusõiguslik vastutus ehk karistamine

Kuivõrd ka karistusõiguslik vastutus jaguneb kaheks – vastutus kuriteo või väärteo eest –, tuleb kõigepealt kontrollida, kas tervishoiuteenuse osutamisel tekkivad probleemid on karistatavad väärteona. Vastus sellele küsimusele on eitav. Väärteona on karistatav küll erinevate haldusõiguslike piirangute täitmata

⁶ Tsiiviilasjad 2-13-32363; 2-12-11408; 2-10-61884; 2-06-17756; 2-08-50120; 2-05-2059; 2-03-817. Varasemast ajast on teada Ruslan Kirillovi juhtum. Patsiendi kasuks mõisteti kahes tsiiviilasjas välja enam kui miljon krooni Tallinna linnalt kui haiglapidajalt. Tsiiviilasjas 2/4/27-1057/99 mõisteti 1999. aastal varalise kahjuna välja 471 784,80 krooni ja igakuiselt 1278,80 krooni. Tsiiviilasjas 2/3/31-6087/31 mõisteti lisaks välja 642 595,07 krooni ja igakuiselt 35 597 krooni. Lisaks on varasemal ajal osutunud edukaks patsiendi kaebus tsiiviilasjas 2-244/2002, kus mõisteti patsiendi kasuks välja 282 956,70 krooni tsiiviilkoodeksi alusel.

⁷ RKTko-d 3-2-1-171-10 ja 3-2-1-78-06. Selles viimases asjas mõisteti lõpuks patsiendi kasuks välja mittevaralise kahju hüvitis 200 000 krooni ning varalise kahju hüvitis 7943,85 krooni (tsiviilasi 2-03-221).

⁸ Harju Maakohtu 3. detsembri 2018. a kiri Justiitsministeeriumile, 10-3/18-34. Justiitsministeerium küsis statistikat ka teistelt maakohututelt, kuid need kas ei vastanud või oli vastus ametkondliku kasutamise piiranguga. Autorid tänavad koostöö eest Indrek Niklust ja Kaidi Urgast Justiitsministeeriumist.

⁹ RKTko 3-2-1-131-13.

¹⁰ Harju MKo 1-17-7224.

¹¹ J. Haravee. Kohtunik Merle Parts: „Kui patsient saab loodetud abi asemel haiglas surma, siis on see erakorraline!“ – Õhtuleht, 07.12.2017. Arvutivõrgus: <https://www.oh tuleht.ee/844981/fotod-kohtunik-merle-parts-kui-patsient-saab-loodetud-abi-ase mel-haiglas-surma-siis-on-see-erakorraline>.

jätmine, kuid klassikaline raviviga on karistatav ainult kuriteona. Seejuures ei ole seadusandja pidanud vajalikuks kehtestada erikoosseisu ravivigade jaoks, vaid juhtumeid lahendatakse tagajärje järgi kas karistusseadustiku^{*12} (KarS) § 117 (surma põhjustamine ettevaatamatusest) või § 119 (raske tervisekahjustuse tekitamine ettevaatamatusest) alusel.^{*13} Tahtlike ravivigade puhul järgneb samuti vastutus nagu tavaliste tahtlike tegude puhul, kuid ravivigu ei panda toime tahtlikult. Pole õige nimetada raviveaks tahtlikku tapmist või tervisekahjustuse tekitamist.^{*14}

Taasiseseisvunud Eestis on oma tööülesannete täitmise ehk tervishoiuteenuse osutamisega seoses süüdi mõistetud neli arsti^{*15} ja kolm muud meditsiinitöötajat. Keila kiirabi tervishoiutöötajat karistati abivajaja haiglasse toimetamata jätmise eest, mille tagajärjel saabus patsiendi surm paar päeva hiljem.^{*16} Tartus ilma naise nõusolekuta aborti teinud ja selle käigus naisele üliraske kehavigastuse põhjustanud naistearst mõisteti süüdi pärast kahes kohtuastmes õigeks mõistmist.^{*17} Pärnus õigel ajal keisrilõike tegemata jätnud naistearst mõisteti süüdi naisele ja lapsele raske tervisekahjustuse tekitamise eest.^{*18} Kõige hilisem arsti süüdimõistmine pärineb 2018. aastast, kui Virumaa arsti karistati erakorralise meditsiini osakonnas õige diagnoosi panemata jätmise eest, millega kaasnes patsiendi surm.^{*19} Muudest tervishoiutöötajatest on karistatud farmatseuti, kes Pelgulinna sünnitusmajas ravimi ebaõige sildistamise (kaaliumi asemel glükoosi silt) tõttu põhjustas ühe valet ravimit saanud vastsündinu surma ja teise üliraske kehavigastuse.^{*20} Süüdi mõisteti ka ämmaemand, kes ebaõnnestunult võttis vastu kodusünnituse, ilma et tal oleks üldse olnud õigust sünnitust kodus vastu võtta.^{*21} Viimasena on karistatud meditsiiniõde, kes ekslikult kandis patsiendile üle vale verd ja põhjustas sellega patsiendi surma.^{*22} Seega neli juhtumit seoses sünnitusabiga, kaks erakorralise meditsiini ja üks juhtum seoses vereülekandega. Üks juhtum iga kolme ja poole aasta kohta pärast taasiseseisvumist.^{*23}

Uurimisel olnud kriminaalasju ei ole ka väga palju rohkem olnud. Alates 2010. aastast on prokuratuuris olnud menetluses, ent kohtusse mitte jõudnud täpselt üks juhtum aastas.^{*24} Lõpetamise aluseks on ühe erandiga olnud kuriteo tõendamatus. Ei ole liialdus väita, et riigi jõustruktuurid on jõuetud ravikvaliteedi asju uurima, sest tegemist on väga spetsiifilise ja eriteadmisi nõudva küsimusega. Seetõttu pole põhjust arvata, et kriminaalasjade arv kuidagi suureneks, kuigi patsientide jaoks on tegemist väga mugava menetlusega. Piisab ainult avalduse esitamisest politseile ja käivitub kriminaalmenetlus. Patsiendil ei ole vaja tasuda riigilõivu ega palgata advokaati. Kõike, mida riik suudab välja uurida, saab patsient kasutada oma nõude esitamiseks. Seega vaatamata näilisele patsiendisõbralikkusele on kriminaalmenetluse ebaefektiivsus see, mis nullib ära selle kasutamise atraktiivsuse patsientide jaoks.

¹² RT I 2001, 61, 364; RT I, 04.01.2019, 15.

¹³ Võimalik on ka vastutus ohtu asetamise sätte KarS § 123 alusel, vt nt T. Herm. Pandivere Pansioni juhid jäid süüdi ka teises kohtuastmes. – Virumaa Teataja, 16.11.2018. Arvutivõrgus: <https://virumaateataja.postimees.ee/6455407/pandiverepansioni-juhid-jaid-suudi-ka-teises-kohtuastmes>.

¹⁴ Ka näiteks hiljuti Saksamaal avalikuks tulnud juhtumit, kus tervishoiutöötaja manustas mitmesajale patsiendile valeravimit, et siis neid elustada, ei menetleta kui raviviga, vaid kui mõrva ja mõrvakatset, vt K. Kressa. Maniakist Saksa haiglatöötaja tappis aastate jooksul sadakond patsienti. – Eesti Päevaleht, 31.10.2018. Arvutivõrgus: <http://epl.delfi.ee/news/valismaa/maniakist-saksa-haiglatootaja-tappis-aastate-jooksulsadakond-patsienti?id=84165061>.

¹⁵ Siia hulka pole arvatud dr Andres Sell ja dr Lembit Allikmets, kes mõisteti süüdi ebaseadusliku inimuuringu tegemise ja võltsimise eest. Trt_RgKo 1-10-12262. Samuti ei ole arvesse võetud nn retseptivabrikuid, kus tervishoiutöötajad on narko- ja psühhofarmakoloogiliste aineid vahendanud. Ka ebaseaduslik majandustegevus meditsiini valdkonnas ei ole siin asjakohane, vt RKKKo 3-1-1-46-06. Lugejad võivad mäletada ka Jehoova tunnistajate kriminaalasja, kuid seal olid kohtu all nõusoleku andmisest keeldunud lapsevanemad, kes mõisteti õigeks, vt Tln LKo 1/1-1177/00.

¹⁶ Tln LKo 1-243/96.

¹⁷ RKKKo-d 3-1-1-119-00 ja 3-1-1-63-00. Õiguslike probleemide kohta vt A. Nõmper. Stigma abordi kaasus. – Juridica 2000/7, lk 435–450.

¹⁸ RKKKo 3-1-1-79-10. Õiguslike probleemide kohta vt A. Nõmper. Lisandusi Riigikohtu lahendile 3-1-1-79-10. – Juridica 2011/2.

¹⁹ Viru MKo 1-15-6223.

²⁰ Tln RgKo II-1/214.

²¹ Harju MKo 1-15-6038.

²² Harju MKo 1-17-7224.

²³ Ruslan Kirillovi juhtumi kriminaalasi lõpetati kuriteokoosseisu puudumise tõttu 23.02.1998, kriminaalasi 97041535.

²⁴ Prokurör Saskia Kase ettekanne Eesti Tervishoiutöötajate Liidu 21.09.2018 konverentsil „Arst kohtuniku patsiendina“ Tallinnas. Autorid tänavad prokurör Kaske koostöö eest.

Vastutuse mõju kvaliteedile ehk tervishoiukorralduslik vaade

Esmapilgul võib tunduda kummaline, et tervishoiutöötaja vastutusel on seos tervishoiuteenuste kvaliteediga. Kui selline seos üldse esineb, siis kaldutakse tihti eeldama, et rangem vastutus tagab ka parema kvaliteedi. Reaalses elus siiski paraku nii ei ole. Oluline on kohaldada vastutust mõõdukalt ja õigele isikule, et kvaliteet ei kannataks.

Reaalses elus kasutatakse rahvusvahelises statistikas menetlustüüpide mõõdikuna süvaveenipõletiku ja kopsuemboolia esinemissagedust. Need tüsistused võivad ilmned a erinevate operatsioonide järel ning tekitavad valu, hingamishäireid ja isegi surma. Nende tüsistuste teket ei ole võimalik täielikult välistada, kuid tekkimise tõenäosust on võimalik kordades vähendada erinevate meetmetega operatsiooni eel, ajal ja järel (nt vere hüübimist takistavate ravimite kasutamisega). Samuti kasutatakse ravikvaliteedi hindamise mõõdikuna seda, mitu võõrkeha on avastatud kõhuõõnest pärast kirurgilist protseduuri. Sellist juhtumit ei tohiks üldse juhtuda, kuid paraku ei ole ka see risk täielikult välditav. Instrumente ja tampooni²⁵ jääb kaotsi eeskätt juhtudel, kui operatsiooni ajal personal vahetub või patsient on väga rasvunud ja operatsiooniväli seetõttu halvasti nähtav.

Tabel 1. Tüsistuste ja ohujuhtumite arv 100 000 kirurgilise operatsiooni kohta
2015. aastal OECD riikides²⁶

	Süvaveenipõletik pärast põlve- ja puusaproteesimist	Kopsuemboolia pärast põlve- ja puusaproteesimist	Võõrkeha kõhuõõnes pärast kirurgilist operatsiooni
OECD keskmine	760	330	6,0
OECD max	1328 (Prantsusmaa)	656 (Kanada)	12,3 (Šveits)
OECD min	46 (Poola)	32 (Poola)	0,2 (Poola)

OECD patsiendihutuse andmebaasi saadavad andmeid 17 riiki ja kõige vähem on tüsistusi Poolas. Kas seal on patsiendihutusega siis olukord kõige parem? Ei ole, sest „parim“ olukord on Eestis – meil ei olnud raporteerida ühtegi tüsistust. Kas meil ei olnud midagi raporteerida seetõttu, et meil pole loodud süsteemi, mille abil tüsistuste kohta andmeid koguda, või meil ei juhtu tüsistusi, jääb lugeja otsustada. Kuna Eestis tehakse aastas kokku ligi 200 000 operatsiooni, siis jätame igal aastal õppimata mitmesajast juhtumist, et meie tervishoiuteenuste kvaliteeti veelgi parandada. Kui tervishoiutöötajatega rääkida, siis tuuaksegi peamise põhjusena, miks juhtumitest ei raporteerita, esile hirm vastutuse ees. Seega tervishoiutöötajate vastutuse suurendamine ei ole lahendus ning esineb seos õigusliku regulatsiooni ja tervishoiuteenuste kvaliteedi vahel.

Sellise seose olemasolu on tegelikult laialdaselt aktsepteeritud. Euroopa Nõukogu võttis juba 2006. aastal vastu soovitusel tüsistuste ennetamiseks meditsiinis.²⁷ Soovitusel on terve eraldi teemaplokk pühen datud õiguslikule raamistikule, mille kokkuvõttes tõdetakse, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks on vaja luua süsteem, mis annaks kindluse nii tervishoiutöötajatele kui ka patsientidele. Sellisel süsteemil on kolm osa: raporteerimine, hüvitiste maksimine ja järelevalve. „Patsiendihutuse raporteerimise süsteemi loomine ilma patsientide õigusi halvendamata võib tunduda keeruline. Siiski, kui avalikkus on valmis aktsepteerima konfidentsiaalset, anonüümset, mittekaristavat raporteerimissüsteemi, tuleb avalikkusele tagada, et nende juriidilised ja finantsilised õigused saavad olema kaitstud. Õiglane ja avatud kaebuste süsteem, õiglane ja adekvaatne kompensatsioonisüsteem ning tõhus ja usaldusväärne järelevalvesüsteem

²⁵ Eestiski on juhtunud tampooni unustamist kõhuõõnde, vt V. Päärt. Kirurg jättis patsiendile tampooni kõhtu, haigla maksis suure kahjutasu. – Eesti Ekspress, 18.10.2017. Arvutivõrgus: <https://ekspress.delfi.ee/kuum/kirurg-jattis-patsiendile-tampooni-kohtu-haigla-maksis-suure-kahjutasu?id=79847640>.

²⁶ Arvutivõrgus: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>.

²⁷ Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Arvutivõrgus: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5.

teevad kindlasti protsessi lihtsamaks ja poliitiliselt vastuvõetavamaks. Mittesüüdistava kultuuri edendamine ei ole mõeldud vähendada patsientide efektiivset õiguslikku kaitset.^{**28}

Seega õiguslikul regulatsioonil ja eriti vastutuse küsimusel on mõju sellele, kuidas tervishoiutöötajad käituvad, ja seega on mõju ka tervishoiuteenuse kvaliteedile. Nii liiga suur kui ka liiga väike vastutus mõjub kvaliteedile halvasti. Lisaks mõjub arengut pärssivalt ka see, kui vastutama pannakse isik, kes süsteemi tervikuna vaadates ei peaks vastutama. Aga kes siis peaks seda tegema?

Vastutusega on mõistlik mõjutada seda isikut, kelle tegevusest sõltub kõige rohkem vältida soovitava tagajärje ärahoidmine. Peame aru saama, et selleks ei ole enam sugugi üksik arst. Tervishoiu iga üksiku tervishoiutöötaja panus parima võimaliku tulemuse saavutamiseks üha väheneb ning pidevalt suureneb raviasutuse ja tervishoiusüsteemi tähendus ja roll. Sellega peab kohanema ka õigussüsteem ja loobuma üksikisiku süüdistamisest, mis olukorda ei paranda. Üksikisiku süüdistamine ka juhul, kui süüdimõistmist ei toimu, jätab raviasutused ja tervishoiusüsteemi fookusest väljapoole. Vaja on, et vastutus jääks tervishoiuteenuse osutaja kanda.

Enamik patsiendile kurvalt lõppenud menetlustühistusi ei teki mitte ühel põhjusel, vaid mitme ebasoodsa asjaolu kokkulangemise korral, kus ennetav mõju on ainult süsteemsel lähenemisel. Üha enam on olukordi, kus tagantjärele saab öelda, et igas ravietapis oli talitatud õigesti, aga kokkuvõttes on tulemus kehv, sest koostööd ei olnud ja asjatu viivitamine või infopuudus varem toimunu kohta ei võimaldanud teha parimat.

Näiteks juhtum, kus haige jala asemel on amputeeritud terve jalg. Ütleme murelikule lugejale kohe ette ära, et jalg ei amputeerita, kui see on pealtnäha terve ja teine jalg on kas vigane või haigusest nähtavalt kahjustunud. Aga kui haigus või kasvõi külm on kahjustanud mõlemat jalg, kuid ühes on uuringute alusel verevool veel säilinud ehk sellel jalal on veel lootust paraneda, tuleb uskuda eelnevaid uuringuid ja meelde jätta, kumb jalg on haige ja kumb terve. Kaitsemeetmena on mõnes maailma haiglas proovitud ka seda, et amputeeritavale jalale peab kirurg oma käega panema paela või püsimerkeriga kirjutama allkirja. Aga ikka juhtub ühel juhul kümnest tuhandest õnnetu kokkusattumus, et seda tehes loeb kirurg röntgenipilti valepidi, haige on ise paela teisele jalale sidunud või on tubli sanitar haiget ette valmistades allkirja kogemata koos kahjustunud nahaga jalalt maha pesnud. Kõikidel juhtudel on tulemus sama, kuid esimesel juhul saaks panna tervishoiutöötaja vastutama ravivea eest, teisel juhul on patsient ennast ise kahjustanud oma rumalusest ja kolmandal juhul ilmselt tervishoiutöötajast vastutaja puudub. Samas vääriski patsient kõigil kolmel juhul hüvitist, sest temaga juhtus haiglas midagi, mida kindlasti ei oleks pidanud seal juhtuma.

Vastutuse koondamine tervishoiuteenuse osutajale annaks võimaluse ka pingevabamalt juhtumeid analüüsida. Kui patsiendil on tekkinud haiglaravi käigus püsiv tervisekahjustus või ta on kahetsusväärset surnud, siis meedias ja sotsiaalmeedias hakatakse sel puhul tavaliselt otsima süüdlas. Kui aga „süüdlane“ oleks ette teada ehk selleks oleks tervishoiuteenuse osutaja, mitte konkreetne tervishoiutöötaja, siis ehk tekiks võimalus hakata põhjust otsima. Süüdlase ja põhjuste otsimisel on suur vahe, sest süüdlase leidmisega ei kao põhjused ja järgmisest õnnetusest ei pääse. Süüdlase leiab alati – inimfaktor on alati olemas mistahes ahelas, aga see ei tähenda, et viimane lüli on süüdlane. Ka siis, kui vereülekanne tehti valele inimesele ning selle ülekanne tegija oma eksimusest kohe aru saab ja sellest teada annab, ei aita süüdlase paikapanemine ja karistamine hoida ära ühtegi uut eksimust vereülekannete tegemisel ei konkreetsetes ravi-asutuses ega kusagil mujal.

Õnneks on ka riigi tasandil hakatud aru saama, et vastutuse võiks koondada tervishoiuteenuse osutajale ning kaotada ära tervishoiutöötaja isiklik tsiviilõiguslik vastutus. Sellekohast eelnõu töötatakse välja ning selle kavandatud jõustumiskuupäev on 1. jaanuar 2020.^{*29} Esimest korda sai selline ettepanek tehtud juba 2012. aastal.^{*30}

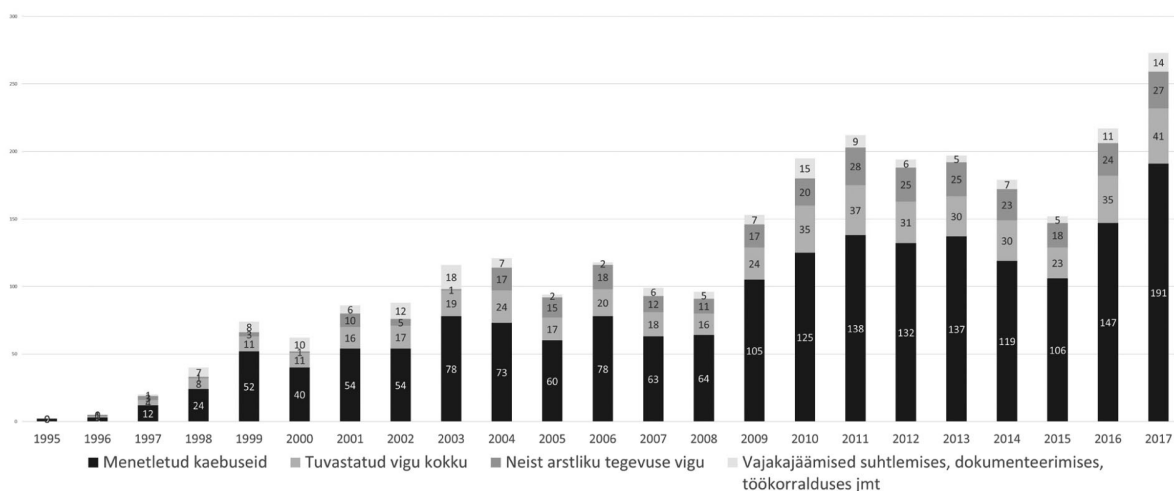
²⁸ „It may appear difficult to establish a patient-safety reporting system without compromising patients' rights. However, if the public is ready to accept the presence of a confidential, anonymous, non-punitive reporting system the public must be assured that its legal and financial rights will be protected. The existence of a fair and open complaints system, a just and adequate compensation system and an efficient and reliable supervisory system will certainly make the process easier and politically more acceptable. Promoting a “no blame” culture is not intended to diminish the effective legal protection of patients.“ Samas, lisa 1 p.J.4.

²⁹ Sotsiaalminister Riina Sikkut ERR-I saates „Suud puhtaks“ 11. septembril 2018.

³⁰ A. Nõmper. Eesti võlaõiguseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. – Eesti Arst 2012 (91) 7, lk 376–378. Korduv ettepanek 2017. aastal: A. Nõmper. Meditsiiniõiguslik tagasisaade 2016. aastale ehk veel kord arsti vastutusest. – Eesti Arst 2017 (96) 3, lk 175–177.

Vastutuse mõju suhtele ehk patsiendi vaade

Põhimõtteliselt on patsiendil võimalik tervishoiuteenuse kohta hinnangut saada kohtust, kohtuväliselt komisjonilt või tervishoiuteenuse osutajalt endalt. Samas praktika kinnitab, et tavaliselt jäetakse kaebus meil Eestis lõpuks esitamata. Põhjuseid selleks on palju: kas ei taheta tervishoiutöötajaga suhteid rikkuda, sest tema juures tuleb ju edasi käia, või tundub kaebamine kui selline hirmutava kogemusena. Tihti pole inimesel vaidluseks piisavalt teadmisi, aega, raha või ka võhma – tervis on selleks lihtsalt liiga halb. Enamik patsiente on eakad. Kui paljud nende hulgast on üldse võimelised enda õiguste eest seisma?



Joonis 1. Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjoni (1995.–2007. a) ja tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni (alates 2008. a-st) tegevus arvudes^{*31}

Üsna hästi teavad patsiendid tervishoiuteenuse korraldamise seaduse^{*32} § 50² alusel Sotsiaalministeeriumi juures tegutsevat tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni. Samas ei ole sinna pöördumine eriti populaarne. Seda ilmselt seetõttu, et otsus pole tervishoiuteenuse osutajale täitmiseks kohustuslik ja hüvitisi otsuse alusel ei maksta. Samuti ei tegele komisjon uurimisega, kui poolte ütlused juhtuvad olema vastukäivad. Näiteks Soome vastavale komisjonile, mille otsus on pooltele kohustuslik ning mis ka hüvitise vajadusel välja mõistab, esitati 2016. aastal ravivigade uurimiseks kaebusi 60 korda sagedamini: Soomes 8834, Eestis vastavalt 147. Arvestades Soome ja Eesti rahvaarvu neljakordset erinevust, võiks Eestis olla tervishoiuteenuse kvaliteediga seotud kaebusi $8834/4 = ca 2200$ ehk *ca* 15 korda rohkem kui praegu ($2200/147$). Kaebuste vähesus ei ole tingitud sellest, et Eesti tervishoid on 15 korda kvaliteetsem kui Soome tervishoid, vaid sellest, et Soomes on võimalik saada patsiendil hüvitist ilma kohtusse pöördumata, Eestis aga mitte. Eesti eksperdikomisjon ei mõista kellelegi raha välja erinevalt Soome analoogselt süsteemist. See ongi Eesti süsteemi üks suuri puudusi. Kuna Eesti ei ole loonud efektiivset patsiendi kahjude hüvitamise süsteemi (meie efektiivne kohtusüsteem ei ole siiski patsiendikahjude hüvitamiseks sobilik, nagu vaidluste statistikast nähtus), siis on hädasti vaja uut süsteemi.

Patsient võib kahju hüvitamise nõude esitada ka otse tervishoiuteenuse osutajale, kuid läbirääkijana jääb patsient siin teisele poolele nii teadmistelt kui ka kogemustelt mäekõrguselt alla. Lahendamata probleemiga võib pöörduda ka kohtusse, kuid enamasti lõpeb seegi käik pettumusega – inimene ei suuda tõendada raviviga või selle tegijat või põhjuslikkuse seost. Nii ongi õiglane kahjutasu tervisekahju puhul nagu lotovõit, milleni enamik ei jõua. Aga mis saab siis, kui inimene kaotab tuisistuse tõttu töö või vajab puude tõttu abivahendeid, mille ostmist riik ei toeta? Kibestumine on inimestes neil juhtudel kerge tekkima.

Seega kahjuks on nii, et kui tervishoiutöötaja ja patsiendi suhe jookseb Eestis umbe, siis võimalikud lahendused on rajatud konfliktile ja karistusele ehk kohtusüsteemile. Meil puudub seni ajani mehhanism, mis aitaks konflikte tervishoiusüsteemis leevendada või rahumeelselt lahendada. Tervishoiutöötajad on pidevas kaitseseisundis.

³¹ Arvutivõrgus: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/akek_ja_tke_tegevus_arvudes.pdf.

³² RT I 2001, 50, 284; RT I, 21.12.2018, 6.

See kaitseseisundis olek on külvanud usaldamatuse seemne ka Eesti patsientide hulgas. Eurobaromeetri aruandes³³, milleks küsitleti Euroopa liikmesriikide elanikke ravivigade kohta, uuriti muu hulgas, kas vastanud või nende pereliikmed on haiglas olles kannatada saanud. Soomes kogunes jaatavaid vastuseid 22%, Eestis 27% juhtudest, Euroopa keskmine oli 18%. Kuigi probleemiga lähedalt kokku puutunud inimesi on meil Eestis justkui rohkesti, siis meediakajastused ja avalikud arutelud näitavad pigem teadmiste vähesust selles vallas. Tihti ei osata hinnata, kas kahju tekkimine ravimisel oli seotud meedikute tegevusega või on tegu paratamatute tagajärgedega, millega tuleks leppida.

Teadmiste puudus ja valed järeldused tekitavad hirne ka kõrvalseisjates, kes ise pole otseselt meditsiinisüsteemis kahju saamisega kokku puutunud. Eurobaromeetri aruandes³⁴ pidas tõsise kahju saamist haiglaravil võimalikuks 44% Eesti (ja 35% Soome) vastajatest. Ebamäärase ohu ärahoidmiseks on mõned inimesed püüdnud ennast ise ravima hakata, teised lükanud tervishoiutöötaja juurde minekut edasi või jätnud lapsed vaksineerimata, kolmandad ei avalda tervishoiutöötajale „igaks juhuks“ kogu infot oma haiguste kohta. Usaldamatuse kasv kandub paratamatult edasi patsiendi ja tervishoiutöötaja suhtesse ning toodab tervisekahjusid juurde. Nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate mittevajalikud kannatused suurenevad ja rahavajadus meditsiinis kasvab.

Tegelikult ei otsigi patsient probleemide tekkimisel tervishoiuga seoses vastutust ja süüdlasi. Vastutuse ja süüdlaste poole pöördutakse siis, kui muud midagi üle ei jää. Tegelikuses soovib patsient vastuseid ja inimlikku kohtlemist. Pennsylvania Ülikooli sotsioloogiaprofessor Charles Bosk on tõdenud: „Kui patsient ravi käigus kahjustada saab, siis ootab ta siirast vabandust, ausat selgitust ning kinnitust sammude kohta, et kellegi teisega midagi sarnast edaspidi ei juhtuks.“³⁵ Meditsiinisüsteemis oskavad kahjujuhtumeid analüüsida ning ohtusid ennetada vaid praktiseerivad tervishoiutöötajad ise. Karistamise hirmus meedikud aga pigem vaikivad kui jagavad selgitusi või püüavad olukorda parandada, sest see tähendaks enda või kolleegi süü tunnistamist. Nii jääb kõrvalseisjatele mulje meedikute ringkaitsest, ja nagu aeg on näidanud, ei ole seda võimalik murda ühegi paragrahvi abil. Sestap oleks arukas luua mehhanismid, mis tagaksid patsiendile sobivad heastamise meetmed ja hüvitise tervishoiuteenustest tuleneva võimaliku kahju eest.

Seega on vaja patsiendikindlustuse süsteemi, mis tegeleb tervishoiusüsteemis tekkinud tervisekahjude hüvitamisega olukorras, kus kahju tekkimist oleks saanud tõenäoliselt vältida. Patsiendikindlustuse süsteemi loomisel on mõistlik eeskujuna võtta meie lähinaabritelt, sest selle süsteemiga on tuttavad nii Eesti arstid, kellest väga paljud on Soomes töötanud või töötavad, ning ka Eesti patsiendid, kes oma elukorralduse tõttu on sattunud Soomes arsti juurde. Mitte ühegi teise riigiga ei ole meie arstil ja patsiendil niivõrd ulatuslikku kokkupuudet. Lisaks märgime, et nagu eespool ära toodud statistika näitab, usaldavad patsiendid Soome süsteemi palju rohkem kui Eesti oma, s.t süsteemi ülevõtmine võiks aidata ka usaldusprobleemist üle saada.

Põhjamaade kogemus ehk patsiendikindlustus

Soovitus õppida Soome kogemusest ehk juurutada patsiendikindlustuse süsteem ei ole muidugi innovatiivne. Põhjamaades on patsiendikindlustuse süsteem end tõestanud aastakümnete jooksul. Otsa tegi lahti Rootsi aastal 1975, järgnesid Soome 1987, Norra 1988 ja Taani 1992.³⁶ Soomes kasutusel olevat patsiendikindlustuse süsteemi tutvustati Eestis juba 1997. aastal³⁷ juristidele ning arstidele 2010. aastal.³⁸

Soomes⁶ on kindlustusega liitumine meedikutele kohustuslik ja see laieneb ka eriharidusega tervishoiuteenuse osutamisel osalevatele isikutele (massöörid, füsioterapeudid jt), tervishoiuga seotud transporditeenuse osutajatele (nt päästeameti töötajad), apteekritele retseptiravimite müügi korral, kliiniliste ja teadusuuringute tegijatele jne. Kindlustusvõtjaks on kas tervishoiutöötaja ise, tervishoiuteenuse osutaja või

³³ Arvutivõrgus: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf, lk 16.

³⁴ Samas, lk 21.

³⁵ M. Allen, O. Pierce. A Trail of Medical Errors Ends in Grief, But No Answers. – ProPublica, 18.12.2015. Arvutivõrgus: <https://www.propublica.org/article/patient-safety-medical-error-hospital-no-answers>.

³⁶ Norra süsteemi kohta vt arvutivõrgus: <https://www.npe.no/en>; Taani süsteemi kohta: <https://pebl.dk/>; Rootsi süsteemi kohta: <https://lof.se/>; Soome süsteemi kohta: <http://www.pvk.fi/en?>.

³⁷ S. Lötjonen. Meditsiini kahjude kompenseerimine Soomes. – Juridica 1997/2, lk 69–71.

³⁸ R.-A. Kiivet. Patsiendikaitsest ja arstikindlustusest. – Eesti Arst 2010 (89) 12, lk 778–780.

kutseliit. Kindlustusmakse suuruse määrab valitsus ja see sõltub meediku riskitasemest. Näiteks kirurgil on makse kõrgem kui peretervishoiutöötajal.

Kindlustusandjaks võib olla iga Soomes tegevusluba omav kindlustusselts, kes peab samal ajal olema patsiendi kindlustuskeskuse liige. Kindlustusandjate moodustatud patsiendi kindlustuskeskuse ülalpidamiskulud kaetakse kindlustusmaksetest ja need ulatusid 2016. aastal 8,6 miljoni euroni.^{*39} Keskuse põhiülesanneteks on menetleda patsientide kaebusi, maksta hüvitisi ning teha statistikat toimunud juhtumite kohta.

Kannatanuid koheldakse süsteemis ühetaoliselt. Näiteks maksab keskus hüvitise välja ka siis, kui patsiendile kahju põhjustanud tervishoiuteenuse osutaja ei olnud kahju tekitanud sündmuse toimumise hetkel kindlustatud. Juhul kui patsient ei ole kindel, kas tema tervisekahju kvalifitseerub kahjujuhtumiks, saab ta keskuse kodulehel kõigepealt täita lihtsa küsimustiku^{*40}, mis aitab tal avalduse esitamise suhtes otsust teha.

Kahjujuhtumi menetlus koosneb kahest osast.^{*41} Esimeses etapis otsustatakse, kas patsiendi kahju kuulub hüvitamisele, s.t kas seda oleks saanud vältida. Selleks registreeritakse esmalt kahjuavaldus, mille patsient saab esitada tasuta ja milleks on üldjuhul aega kolm aastat alates kahju tekkimisest. Seejärel kogutakse selgitusi kõigilt juhtumiga seotud osalistelt ja lõpuks koostavad arvamuse eksperttervishoiutöötajad. Otsuseni jõutakse keskmiselt 7,5 kuuga, mida soomlased ise on hinnanud kiireks menetluseks. 2016. aastal rahuldati 30% patsientide esitatud kahju hüvitamise taotlustest. Teises etapis tehakse kindlaks hüvitise suurus ja makstakse kahjusumma patsiendile välja.

Kõige sagedasemad sekkumised, mille isikukahjude eest hüvitisi määrati, olid erinevad operatsioonid, mis moodustasid 2016. aastal kõikidest juhtumitest 43%. Ravi ja uuringute tagajärjel põhjustatud kindlustusjuhtumeid oli kolmandik ning hambaravi juhtumeid veidi üle kümnendiku juhtumitest. 2016. aastal maksti Soomes hüvitisi 2166 kindlustusjuhtumi eest kokku 32 miljonit eurot.^{*42}

Kindlustusjuhtumi aluseks on patsiendil tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud menetlustühistus ja kaetakse kulud, mis on seotud raviga. Lisaks võib hüvitist taotleda tervishoiuteenuse osutamise käigus saadud nakkuste, õnnetusjuhtumite või meditsiinitehnika kasutamise kaasnenu kahjude eest. Kindlustushüvitis katab ka osa tervisekahju tagajärjel suurenenud elamiskuludest, sissetuleku kaotuse, matusekulud ja mittevaralise kahju, näiteks püsiva valu ja kannatused.^{*43}

Mida Soome ja üldjoontes ka teised Skandinaavia riigid patsientide kaitsmisel teisiti teevad? Need riigid on juurutanud Euroopa Nõukogu soovitusel esile toodud teavitamise ja kahjude hüvitamise süsteemi ning lahendanud sellega mitu ühiskondlikku valupunkti korruga. Esiteks, patsientide ja tervishoiutöötajate suhted paranesid, sest enam ei kulutanud pooled aega süüdistamisele või selle tõrjumisele. Selle asemel said patsiendid keskenduda tervenemisele ja kiiremale igapäevaelu naasmisele. Teiseks jõudsid patsiendid lihtsamalt, odavamalt ja tõenäolisemalt hüvitiseni, sest meedikud julgesid kõigist juhtumitest, sh enda tekitatud probleemidest avatult rääkida. Kolmandaks vähendas süsteemi kasutuselevõtmine ka kohtusse pöördumisi, sest inimeste arvates sai õiglus jalule seatud juba enne kohut. Paranes ka ravikvaliteet, sest isikliku vastutuse puudumise tõttu olid tervishoiutöötajad valmis tegelema ohujuhtumite ja menetlustühistuste analüüsiga, et hoida ära tulevikus analoogsete juhtumite kordumine. Lisaks asjaosalistele said probleemsetest juhtumitest õppida ka teised tervishoiutöötajad ja meditsiinitudengid. Põhjamaade kutsekindlustussüsteemi peamiseks eelisteks on süsteemi lihtsus ja kaebuste kiire lahendamine. Patsiendi jaoks on kaebuse esitamine tasuta, menetlus kiire, väljamõistetavad summad õiglased ning lihtsasti prognoositavad (aluseks on avalikustatud tabel).

Siin jõuamegi ühe kriitilise punktini patsiendikindlustuse süsteemis – hüvitiste suuruseni. Kuna põhiseaduse kohaselt on igal inimesel õigus nõuda oma vaidluse lahendamist kohtu poolt, siis saab patsiendikindlustuse vaidlusi allutada kohtuvälisele komisjonile ainult vabatahtlikkuse alusel. Selleks et patsiendikindlustusest ei kujuneks omamoodi hüppelauda kohtusse või alternatiivi kohtule, peavad patsiendikindlustuse süsteemi poolt välja mõistetud hüvitiste määrad vastama juba väljakujunenud kohtupraktikale. Ainult siis, kui summad on võrdsed, kaalub patsiendikindlustuse süsteemi menetluse kiirus ja lihtsus üles kohtusse mineku. Võrdsust on vaja eelkõige just mittevaralise kahju hüvitise puhul, sest varalise kahju puhul kehtivad tavapärased tõendamisreeglid igas menetluses ning kohtu kaalumisruum on oluliselt piiratum.

³⁹ Arvutivõrgus: <http://www.pvk.fi/en/statistics/>.

⁴⁰ Arvutivõrgus: <http://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/online-test/>.

⁴¹ Arvutivõrgus: <http://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/claims-handling-process/>.

⁴² Arvutivõrgus: <http://www.pvk.fi/en/statistics/>.

⁴³ Arvutivõrgus: <http://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/types-of-compensation-payable/>.

Liikluskindlustuses liikluskindlustuse seaduse^{*44} § 32 lõike 3 punkti 6 kohaselt kehtiv mittevaralise kahju hüvitise 3200-eurone piirmäär ei ole kindlasti sobilik meditsiinhahjude hüvitamiseks. Tõsi, seda piirmäära võib ületada, kuid meditsiinhahjude puhul annaks selline piirmäär siiski ebaõige signaali, arvestades käesolevas artiklis väljatoodud kohtupraktikat mittevaralise kahju suuruse kohta.

Ettepanek vähendada tervishoiutöötaja karistusõiguslikku vastutust

Alustagem kõigepealt selgitusest, miks on vaja tervishoiutöötaja karistusõiguslikku vastutust vähendada. Kui me oleme rahul tervishoiuteenuse kvaliteediga ega soovi seda parandada, siis ei ole mingit põhjust vastutust vähendada. Tervishoiutöötajate jaoks ei ole karistuse realiseerumine reaalne oht, sest 99% ravivigu, mis toovad kaasa patsiendi surma või raske tervisekahjustuse tekkimise, jäävad karistusõigusliku tagajärjeta. Kui me aga ei ole rahul tervishoiuteenuste praeguse kvaliteediga ja soovime seda parandada, luues probleemsetest juhtudest raporteerimise süsteemi koos väljamakseid tegeva eraldi organiga, siis artikli autorid väidavad, et see ei ole edukalt võimalik ilma karistusõigusliku vastutuse vähendamiseta.

Meie pooldame süsteemi, mille aluseks on tervishoiutöötajast endast alguse saav raporteerimine. Väidame, et süsteem, mis põhineb isiku enda raporteerimisel, peab arvestama nii psühholoogiliste kui ka juriidiliste teguritega, nagu viitab ka Euroopa Komisjoni soovitus.^{*45} Oleks naiivne arvata, et tervishoiutöötaja hakkab täitma talle õigusaktidega pandud raporteerimiskohustust ja teavitama võimuorganeid või patsienti oma tegevuse ebaõigsusest olukorras, kus seda informatsiooni võidakse kasutada tema vastu tema kriminaalkorras süüdimõistmiseks. Iga jurist võib endalt mõttes küsida, kas ta täidaks raporteerimiskohustust oma professionaalsete vigade korral olukorras, kus selle raporti alusel võidakse teda karistada mitmeaastase vangistusega. Pealegi oleks sellise kohustuse kehtestamine juriidiliselt äärmiselt problemaatiline enese mittesüüstamise privileegi tõttu. Põhiseaduse § 22 lõike 4 kohaselt ei ole keegi kohustatud andma ütlushi enda vastu. Selle sätte efektiivne rakendamine tähendab muu hulgas seda, et informatsiooni, mida on kogutud teistes menetlustes, ei kasutata kriminaalmenetluses. Isikul on lubatud isegi karistamatult valetada ehk aktiivselt tegutseda, rääkimata passiivsest tegevusetuks jäämisest ehk oma raporteerimiskohustuse täitmata jätmisest.^{*46} Isegi siis, kui õigusaktiga kehtestada keeld kasutada vabatahtlikult raporteeritud informatsiooni raporteerija vastu, ei oleks tegemist piisavalt mõjusa lahendusega. Kasvõi seetõttu, et ainuüksi raporteerimise fakt annab patsiendile võimaluse hakata viga kahtlustama ning algatama erinevaid menetlusi, näiteks kriminaalmenetlust. Seega patsiendikindlustuse süsteemi käivitamiseks, mis aitaks parandada tervishoiuteenuse kvaliteeti, on vaja kriminaalvastutust vähendada.

Enne vähendamise eri võimaluste analüüsimist on mõistlik küsida, miks on tervishoiutöötaja karistusõiguslik vastutus üldse vajalik. Kuna karistusõigusliku vastutuse toob kaasa erisubjekti mitte-eeldav ettevaatamatusdelikt, siis ei olegi tegemist spetsiifiliselt tervishoiutöötaja käitumise mõjutamisele suunatud kuriteokoosseisuga. Ettevaatamatusest surma põhjustamise ja raske tervisekahjustuse tekitamise keelamise eesmärk on tagada elu ja tervise kui õigushüve kaitse. Vaieldamatult on tegemist väga oluliste õigushüvedega, kuid juba praegusel ajal ei ole nende õigushüvede kaitse absoluutne. Näiteks ei kvalifitseeru ilma kehtiva nõusolekuta osutatud kvaliteetne tervishoiuteenus, mille tagajärjel patsient sureb, Eestis surma põhjustamiseks ettevaatamatusest. Küll on aga sama tegu Saksamaal karistatav ettevaatamatu surmamiisena Saksa karistusseadustiku^{*47} (StGB) § 229 kohaselt. Asjaolule, et meie karistusõiguses valitseb inimese kehalise puutumatus kaitstes lünk, on tähelepanu juhitud juba ammu.^{*48} See lünk annab võimaluse väita, et elu ja tervise kaitse tervishoius ei pea olema lünkadeta, vaid tuleb teha teadlik ja kaalutletud õiguspoliitiline otsus. Praegusel ajal on tervishoiutöötaja karistusõiguslik vastutus, mis peaks elu ja tervise kaitsele kaasa aitama, saanud nendesamad õigushüvede kaitsele takistuseks.

⁴⁴ RT I, 11.04.2014, 1; 10.01.2019, 10.

⁴⁵ Recommendation Rec(2006)7 (viide 27).

⁴⁶ Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Ü. Madise jt (toim.). 4. vlj. Juura 2017, § 22 komm. 59 (H. Sepp, E. Kergandberg). Arvutivõrgus: www.pohiseadus.ee.

⁴⁷ 13.11.1998 BGBI. I, lk 3322; 30.10.2017 BGBI. I, lk 3618.

⁴⁸ A. Nõmper (viide 17), lk 435–450.

Karistusõigusliku vastutuse vähendamiseks on põhimõtteliselt võimalik materiaaõiguslik ja menetlusõiguslik lahendus. Materiaaõiguslik lahendus võiks seisneda näiteks eraldi õigusvastasust välistava asjaolu kehtestamises või deliktikoosseisu muutmises selliselt, et erisubjekti ehk tervishoiutöötaja puhul oleks välistatud teo toimepanemine. Nii näiteks ei karistata ettevaatamatusest ebaseadusliku otsuse teinud kohtunikku, vaid ainult kohtunikku, kes on teinud teadvalt ebaseadusliku kohtulahendi (KarS § 311). Kohtuniku vastutuse vähendamine ja piiramine ainult tahtliku tegevusega on vajalik, sest vastasel korral ei saaks õigusemõistmine toimida. Vahemärkusena võib öelda, et juura ei ole kindlasti keerulisem kui meditsiin ning ebaseadusliku kohtulahendi alusel vabaduse kaotanud isiku olukord võib olla võrreldav raske tervisekahjustuse saanud patsiendi olukorraga. Siiski tuleb kohe möönda, et selliseid elukutsepõhiseid lahendusi tunneb Eesti karistusõigus üsna vähe ja need pole meie karistusõigusele omased.

Seetõttu on mõistlik analüüsida menetlusõiguslikke lahendusi. Menetlusõiguslikud võimalused isiku süüdimõistmisest hoidumiseks võib kategoriseerida erinevalt, kuid nad kõik põhinevad põhimõtteliselt otsustarbekuse kaalutlusel. Kriminaalmenetluse otstarbetus võib olla seotud sellega, et isik on oma teo heastanud, osutanud kriminaalmenetluse käigus olulist abi (kroontunnistaja, KrMS^{*49} § 205), üles andnud oma kaasosalised (leebusprogramm konkurentsivõimetutes, KrMS § 205¹) või vältinud suurema õigushüve kahjustamist (lõhkeaine loovutamine, KrMS § 199 lg 1 p 7). Samasugused argumendid on olemas ka tervishoiutöötajate vabastamise kohta karistusõiguslikust vastutusest. Kui tervishoiutöötaja karistusõiguslikule vastutusele võtmisest loobuda tingimusel, et arst on ise vabatahtlikult täitnud oma raporteerimiskohustust, siis aitab see kaasa ravikvaliteedi paranemisele rohkem kui üldine karistusähvardus. Seega on otstarbekam toetada võimalust parandada tervishoiu kvaliteeti kui suunata jõud tervishoiutöötaja süüdimõistmisele. Tahtlikud juhtumid, ühiskonnas vastuvõetamatud juhtumid (jooabuseisundis opereerimine) ja juhtumid, kus arst ei ole oma raporteerimiskohustust täitnud, kuigi oleks saanud seda teha, jäävad ikka karistatavaks. Kui mainitud asjaolusid ei esine ja arst on oma raporteerimiskohustuse täitnud, siis tuleks prokuratuuri poolt kriminaalmenetlus ettevaatamatusest surma või raske tervisekahjustuste tekitamise asjas lõpetada.

Õigusteadlaste päevadel jäi publiku seast kõlama arvamus, et tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamise korral tuleks vabastada ka teiste elukutsete esindajad, näiteks kaugsõiduautojuhid. Mõõname, et selline reaktsioon on inimlikult arusaadav, kuid argumenteeritult võimalik ümber lükata. Esiteks ei ole olnud kuulda soovi parandada kaugsõiduautojuhtide poolt osutatava teenuse kvaliteeti ja luua selleks uus süsteem. Teiseks ei ole autojuhtimine oma olemuselt väga keeruline tegevus, mida näitab kasvõi isejuhtivate autode tekkimine. Ei ole välistatud, et tulevikus tekivad ka iseopereerivad kirurgiakabinetid, kuid praegu ei ole see veel erinevalt isejuhtivatest autodest reaalsus. Kolmandaks ei peaks elukutseid üldse üksteisele vastandama, sest ei ole sellist põhiõigust nagu elukutsete võrdne kohtlemine. Juba praegu on eri elukutsed erinevalt reguleeritud ja erineva vastutusega ning ühe elukutse kohta käivate sätete muutmine ei pea kaasa tooma teise elukutse sätete muutmist. Kui väga tahta paralleele tõmmata transpordisektoriga, siis võib eeskujuks tuua näiteks lennunduse. Lennundusseaduse^{*50} § 48 lõike 4 kohaselt on lennunduses ohutusjuurduse eesmärk kindlaks teha lennuõnnetuse, tõsise lennuintsidendi ning lennuintsidendi põhjused ning anda ohutuse kohta soovitusi, et vältida selliseid õnnetusi ja intsidente tulevikus, mitte aga süütle või vastutusele osutamine. Seega on juba enam riskantses valdkonnas aru saadud, et vastutus ei ole võluvits, mis aitab kvaliteeti parandada. Lennukiga sõitma minnes on tõenäosus kannatada saada üks miljonile, tervishoiu on WHO andmetel risk üle 3000 korra suurem: iga 300 ravijuhtumi kohta kaasneb ühel patsiendil tervisekahju.^{*51} Tõsi, kahjude raskusaste on erinev ja sõltub sekkumisest, aga ligi pooli neist oleks võimalik ära hoida.

Lõppsõna

Loodame, et käesoleva artikli lugeja mõistab meie muret Eesti tervishoiu tuleviku pärast. Meie hinnangul on Eestis veel kasutamata ressursi kvaliteedi parandamiseks. See ressurss on ohujuhtumitest õppimine. Just õppimine, mitte süüdlaste otsimine, viib edasi, sest tehtut ei saa olematuks teha, küll aga vältida tulevikus sama olukorra kordumist. Kvaliteediprobleemid ja riskikohad tervishoius on olemas, kuid nendega Eestis ei tegeleta, sest kogu energia läheb süüdlase otsimisele.

⁴⁹ RT I 2003, 27, 166; RT I, 07.12.2018, 24.

⁵⁰ RT I 1999, 26, 376; RT I, 12.12.2018, 50.

⁵¹ Arvutivõrgus: <http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>.

Lahenduseks on patsiendikindlustuse süsteemi loomine Skandinaavia riikide eeskujul. Selleks on omakorda vaja vähendada arsti karistusõiguslikku vastutust menetlusõiguslike garantiide andmisega arstile, kes ohujuhtumist ise teatab. Et loodavast süsteemist kasu oleks, peavad hüvitise määrad olema piisavad ja õiglased ning arvestama juba väljakujunenud kohtupraktikat. Vastasel korral pöörduvad patsiendid ikka kohtusse ja süsteem ei käivitu. Lisaks on võimalik Eestis loobuda tervishoiutöötaja isiklikust lepingulisest vastutusest kui praktikas mittetöötavast lahendusest, mis pealegi viib tähelepanu tervishoiuteenuse osutaja süsteemi parandamise vajaduselt üksiku töötaja juhuslikele minetustele.

Autoritest: *Dr. iur.* Ants Nõmper on Ellex Raidla juhtivpartner ja Tartu Ülikooli meditsiiniõiguse õppejõud. Raul-Allan Kiivet on Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor. Kadri Tammepuu on Eesti Patsientide Liidu tegevjuht.