

Patsiendikaitsest ja arstikindlustusest

Raul-Allan Kiivet –
TÜ tervishoiu instituut

Käesoleval aastal on Eesti ajakirjanduses toimunud elav arutelu allikakaitse seaduse eelnõu nr 656 teemal, mis võeti Riigikogus vastu 25. novembril esialgsest veidi muudetud kujul (1). Justiitsministri plaan oli seada seadusega sisse mehhanismid meedia korralekutsumiseks ja paketti kuulus kava võlaõigusseaduse kaudu karistusliku kahjuhüvitise sisseseadmiseks Eestis. Karistuslikul kahjuhüvitisel oleks lisaks ajakirjandusele ülisuur mõju kõigile eluvaldkondadele, mistõttu selle põhimõttelise muudatuse vastu Eesti õigusruumis olid nii Riigikohus, Eesti advokatuur kui ka Tartu Ülikooli õigusteaduskond, kuid karistusliku kahjunõude Riigikogu siiski kehtestas. Seetõttu on toimunu väga märgilise tähendusega Eesti ühiskonna arengutele ja väärib nii meenutamist kui ka uute lahenduste otsimist, mis vähendaks motivatsiooni kohtust abi otsida.

ALLIKAKAITSE SEADUSE MÕJU ARSTI-PATSIENDI SUHTELE

Karistusliku kahjuhüvitise mõjust Eesti tervishoiule kirjutasid Eesti Päevalehes Ants Nõmper 22. septembril (2) ja Raul Talvik 30. septembril (3). Ants Nõmper väljendas juristide muret, et selline lahendus on Euroopa õigusmõttele kohatu ning ähvardab lisaks kahjude korvamisele Eesti arste ja raviasutusi hagidega, kus nõutakse niipalju, kui süüalune maksta suudab. Raul Talvik kirjeldas, et kahjunõuded tähendavad

Ameerika meditsiini pahupoole Eestisse ülevõtmist, sh arstide valmisoleku vähenemist võtta vastutust riskantsete meetodite kasutamiseks ja mõttetutest uurin-gutest loobumisel. Samas jäi tagaplaanile teema, mida selline konfliktiohutamine tähendab arsti-patsiendi suhtele, ja käivitamata arutelu, millisel viisil võiks Eestis aidata patsiente nende muredes ning muuta patsientide ja arstide suhtlemist pingetest vabamaks. Siinkohal panengi arutusele ettepaneku patsiendikaitse ja arstikindlustuse sisseseadmiseks Eestis ning kirjeldan võimaliku lahenduse eesmärki, protseduuri ja rahastamiskeemi. Kõigepealt probleemist endast ja sellest, miks kehtiv õigusruum pingeid suurendab.

Eestis on aastas mitte enam kui 1–2 kohtuasja ja 10 juhtumit ajakirjanduses, kui pannakse kahtluse alla arsti(de) tegevus ühe või teise ravijuhu menetlemisel. Samas on aasta jooksul meil 9 miljonit arstikülastust ja 300 000 haiglaraviepisoodi. Selline suhe jätab mulje, et Eesti arstiabi on maailma ohutuim ja patsiendid maailmas kõige leplikumad. Miks siis arstikond läheb Eestis ülimalt ärevile, kui tekib küsimus arsti eksimustest ja selle kajastamisest ajakirjanduses? Väidan, et põhjuseks on kehtiv õigusruum, õigemini kohase õigusruumi puudumine. Eesti kahes peamises arstiabi käsitlevas seaduses, ravikindlustuse seaduses ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduses, potentsiaalsest konfliktist ei räägita ja lahendusteid ei pakuta. Näiteks kasutatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduses sõna „tervisekahjustus“ vaid välti-

matu abi kontekstis ja sõnaselge „vastutus“ pannakse tervishoiutöötajale, kui tema juhendamisel töötab üliõpilane. Kui tervishoiu eriseadustes ei sõnastata sellele valdkonnale kehtivaid erireegleid, siis on ilmne, et need kehtestatakse kusagil mujal.

Sellel foonil ongi võlaõigusseaduses esinevad lahendused ainsad ja kõlavad piisavalt hirmutavalt, sest seal räägitakse süüst, vigadest, tahtlusest ja karistustest, ning kui arsti ja patsiendi suhe jookseb Eestis umbe, siis võimalikud lahendused on rajatud konfliktile ja karistusele. Konfliktis kardetakse juhtunut lahti seletada, sest tunnistusele võib rajada kohtuasja ja kahjunõuded. Samas puudub Eestis mehhanism, mis aitaks konflikte arstiabis leevendada või rahumeelselt lahendada. Muidugi, meil on sotsiaalministrit nõustav tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon ja Sotsiaalministeeriumi veebilehel on juhtnõõrid, kuidas rahulolematuse korral esitada komisjonile kaebust või avaldust. Komisjon annab avaldusele oma hinnangu ja võib teha ettepanekuid järelevalvemenetluse algatamiseks. Mida võidab sellest aga patsient? Ei midagi ja tema ainsaks võimaluseks saada rahalist kompensatsiooni on esitada kahjunõue raviasutuse või arsti vastu kas kohtu kaudu või kohtuga ähvardades otsida kohtuvälist lahendust.

Sellise konfliktsituatsiooni tulemuseks on muu hulgas, et Eesti Arstide Liidul on tehtud oma liikmete kasuks vastutuskindlustus, mis kaitseb arste juhul, kui tööandja pöörab osa nõudest süüdi oleva arsti vastu. Arstid kaitsevad ennast raviasutuse vastu ja raviasutused patsientide eest, nagu käiks sõda kõik kõigi vastu või sellega ähvardamine külma sõja vaimus. Kehtiv mehhanism probleemide lahendamiseks põhineb vastandamisel, kuid peaks püüdlema mõistmise ja empaatia poole, mis tunnistaks, et vead ja eksimused on loomulik osa elust ning see laieneb kahjuks ka meditsiinile. Näiteks haiglaravi käigus võib patsiendiga oodatud paranemise asemel juhtuda ka vastupidine. Olgu siin tüsistuste näideteks haava-

infektsioon või lamatised või kukkumised, mis põhjustavad vaevusi, pikendavad paranemisperioodi ning tekitavad suurenenud hooldusvajaduse tõttu lisakulusid patsiendile ja tema lähedastele.

Selliste olukordade lahendamiseks tuleks luua kohtueelse protseduuriga kompensatsioonifond, millest kaetakse patsiendile õnnetuste ja eksimuste korral tekkinud kahjud ja ravikulud. Fond töötaks sarnaselt kohustusliku liikluskindlustusega: sinna laekuks kõigi tervishoiuasutuste ja iseseisvalt töötavate arstide vastutuskindlustuse maksed. Patsiendile ravi käigus tekkinud tervisekahjustuse korral saab fondile esitada kahjude hüvitamise taotluse ning taotlusi lahendaks eksperdikogu sarnaselt tänase sotsiaalministrit nõustava ravikvaliteedi komisjoniga. Hüvitamise kriteeriumiks oleks eksperdihinnang sellele, kas kogenud tervishoiutöötaja oleks tarviliku hoole korral suutnud vältida patsiendi tervise halvendamise. Tehnilisi detaile on siin palju ja need tasub hoolega läbi arutada.

Hädasolija vajab toetust ja lohutust, ärakuulamist ja seletusi. Peeter Mardna on intervjuus Eesti Ekspressile 25. novembril kenasti osutanud (4), et arsti-patsiendi konflikti peamiseks põhjuseks pole mitte arstlik viga, vaid suhtlemisprobleem, kus arst ei arvesta, et temale rutiinne kliiniline situatsioon on patsiendi ja tema lähedaste jaoks ainulaadne ja maailma kõige tähtsam ning patsient ei saa aru, miks arst talle kaasa ei ela. Rutiin kahjuks soodustab pealiskaudseid otsuseid ja tegusid ning seda juhtub arstiabis täpselt samavõrra kui teistes eluvaldkondades. Patsiendi jaoks ei pruugi piisata selgitustest, et meedikud tegid kõik nii, nagu peab, ja paremini ei saa, sest tema tervis ei ole enam see mis enne ja ta vajab täiendavat abi.

PATSIENDIKINDLUSTUS SOOME EESKÜJUL

Võtkem eeskujuna Soomest, kus *potilasvakuutus* ehk kohustuslik patsiendikindlustus toimib aastakümneid, aidates neid, kes abi vajavad, ja siludes suhteid tervis-

hoius ilma konfliktiga ja tüli õhutamata (5). Rääkis sellel teemal arstide liidu eetikakonverentsil 17. septembril ja peamise reaktsioonina kõlas väide, et raha selliste kompensatsioonide sisseseadmiseks meil pole (6). Et raha kipub meditsiinist rääkides olema esimene valik, siis vaataks lõpetuseks, kui palju see tegevus Eestis maksta võiks.

Soomes menetletakse aastas 7000–8000 patsiendikindlustusjuhtumit ja kompensatsioon määratakse neist ligikaudu kolmandikul juhtudest kogusummas 30 miljonit eurot, mis teeb juhtumi keskmiseks hüvitiseks 10 000 eurot. Eestis on elanikke neli korda vähem ja elatustase 2–3 korda madalam kui Soomes. Seega kuluks meil kolm-neli tuhat eurot (viiskümmend tuhat krooni) juhtumi kohta, mis oleks ilma suurde konfliktiga minemata paarisajale patsientidele väga oluline leevendus nende kahjude ja kulude katmiseks, mis neil raviprotsessi käigus tekkisid. Hinnanguliselt oleks paarikümmend miljonit krooni ehk paar miljonit eurot see hind, millega aidata patsiente, kelle tervis on halvenenud arstiabi käigus ja millega välditakse konfliktisituatsiooni domineerimist arsti-patsiendi suhetes.

Määrav oleks siinjuures, et kompensatsiooni ei pea patsient nõudma otse arstilt

või raviasutuselt ega otsima süüdlast ja tõendamata vigu, mistõttu arstil ja raviasutusel on kergem oma eksimusi ja vigu tunnustada. Puuduste tunnustamine on arstiabi kvaliteedi parandamise vältimatu eeldus, ning paremat arstiabi me ju tahame. Kindlasti ei lahenda sedasorti kindlustus kõiki probleeme ega välista kõiki arsti-patsiendi konflikte. Ikka läheb mõni suhe sedavõrd sassi, et lahvatub skandaal ja võetakse ette kohtutee.

Küll aga aitaks selline kindlustus ja probleemide kohtueelne lahendamine kolmandal ja sõltumatul osapoolel mahendada keerukaid olukordi, mis on paraku arstiabi loomulik osa ja mille lahendamiseks seni Eestis sobivat mehhanismi pole. Ka patsiendi kahjuhüvitis realiseeruks rahas, kuid põhineks mitte konfliktiga rajatud süüdistustel, vaid arusaamal, et õnnetused juhtuvad ja kulud tuleb kahju-saajale tasuda. Kahjuhüvitis oleks proportsionaalne saadud tervisekahjustusega ja kättesaadav kõigile. See vähendaks soovi nõuda arutuid summasid kohtu kaudu, mis on Eestis väga kulukas ja eriti haige jaoks tülikas, aeganõudev ja koormav ning seega jõukohane vähestele.

raul.kiivet@ut.ee

KIRJANDUS

1. Ringhäälinguseaduse, kriminaalmenetluse seadustiku, tsiviilkohtumenetluse seadustiku ja võlaõiguseaduse muutmise seadus. Saadaval http://www.riigikogu.ee/?op=ems&page=ems_view_dynobj&pid=886980&tid=&u=&r_url=%2F%3Fop%3Dems%26page%3Dems_view_dynobj%26pid%3D886982%26tid%3D12330%26u%3D20101128114131.
2. Nõmper A. Kiirabijälitajad tulekul. Eesti Päevaleht, 22.09.2010. Saadaval <http://www.epl.ee/artikkel/583974>.
3. Talvik R. Patsiendist kliendiks. Eesti Päevaleht, 30.09.2010. Saadaval <http://www.epl.ee/artikkel/584449>.
4. Peeter Mardna kõneleb ravisüsteemi tumedast tulevikust. Eesti Ekspress, 25.11.2010. Saadaval <http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/eestiudised/peeter-mardna-koneleb-ravisusteemi-tumedast-tulevikust.d?id=35511703>.
5. Potilasvakuutuskeskus. Saadaval <http://www.pvk.fi>.
6. Lehtmets A. Konverents "Eetilised valikud arstiabi korraldamisel". Eesti Arst 2010;89:758-760.