

Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi

Ants Nõmper – Advokaadibüroo Raidla Lejins & Norcoux

Käesoleva aasta 1. juulil möödus täpselt kümme aastat päevast, mil Eestis hakkas kehtima võlaõigusseadus (VÕS). Sisuliselt hakkas sellest hetkest Eestis kehtima ka arsti ja haigla kliinilises tegevuses õiguslik vastutus. Sellel puhul on sobilik teha väike kokkuvõtte võlaõigusseaduse saamisloost ja mõjudest ning teha ka ettepanekuid muudatusteks. Kuna VÕS reguleerib ainult tsiviilõiguslikku vastutust ehk kahju hüvitamist, siis ei ole artiklis käsitletud arsti karistusõiguslikku vastutust.

Võlaõigusseaduse koostamine

VÕSi ettevalmistamine algas umbes 10 aastat enne selle vastuvõtmist ning meie seaduse peamisteks eeskujudeks olid Kesk-Euroopa riikide vastavad seadused. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu sätete ehk VÕSi 41. peatüki peamiseks eeskujuks oli Hollandi 1992. aastal reformitud tsiviilseadustik ning Saksamaa 1981. aasta vastav eelnõu, mis seal jäigi vastu võtmata. See ei tähenda, et Eesti võttis üle kõlbmatu seaduse, pigem lähtuti kõige moodsamate seadustest, mis tollal Euroopas olemas olid. Saksamaal puudub siiani tervishoiuteenuse osutamise lepingu õiguslik alus ja arsti vastutuse küsimused lahendatakse tervisekahjustuse tekitamise õigusliku aluse järgi, s.t et ei ole vahet, kas tervisekahjustuse on tekitanud suvaline pussikangelane või kõrgharidusega kirurg, juristid kohaldavad juhtumile ikka samu õigusnorme. Seega, kui tahaksime positsioonideerida geograafiliselt Eesti arsti õiguslikku staatust, siis on sobilik kõrvutada ennast ikka

Kesk-Euroopa, mitte aga Soome, Suurbritannia või USA arstidega. Et tegemist on olnud moodsa seadusega, annab tunnistust ka fakt, et seda õigusakti ei ole 10 aasta jooksul sisuliselt muudetud. Ainsad muudatused on olnud normitehnilist laadi ning need on seotud teo- ja otsustusvõimelisuse kontseptsiooni muutumisega teistes õigusaktides.

VÕSi tervishoiuteenuse osutamise regulatsiooni ettevalmistamisel arstikond oluliselt kaasa ei rääkinud. Küllap on see seletatav asjaoluga, et juristid ei osanud arste kaasata ning arstikond ise ei olnud eriti teadlik asjaolust, et VÕSis saab olema eraldi peatükk tervishoiu kohta. Juristide kaitseks võib öelda seda, et ilmselt oli nende praktikas tegemist kõige olulisema reformiga, millega muudeti ära pea kõikide mõeldavate lepingute regulatsioon. Seetõttu tegeleti oluliste huvirühmade kaasamisega küll, kuid ressursside piiratuse tingimustes keskenduti ühiskonnas enam tähtsust omavatele lepingutele (näiteks üürileping, tarbijalepingud). Arstide kaitseks võib öelda seda, et neil ei olnud põhjust arvata, et VÕS hakkab reguleerima tervishoidu, sest juba tollal räägiti palju patsiendiseadusest ning mõnikord ka arstiseadusest, mis kaitsnuks siis mõlema poole huve.

Arsti vastutus arvudes

Peamiseks argumendiks VÕSi 41. peatüki sätete vastu on möödunud 10 aasta jooksul olnud ikkagi see, et need viivad Eesti meditsiini ameerikaliku vastutusmudeli suunas. Selles väites on tõetera sees, kuid see on väga pisikene ning seisneb

selles, et kui võrrelda arsti vastutuse regulatsiooni enne ja pärast VÕSi kehtima hakkamist, siis vastutusjuhtumite arv on tõesti suurenenud. Nüüd võime rääkida paarist kohtukaasusest aastas, mis on muidugi mitu korda suurem varasemast vähem kui ühest kaasusest aastas. Enne VÕSi kehtima hakkamist olnud kahju hüvitamise kaasused võib üles lugeda ühe käe sõrmedel. Neist tuntuim on Ruslan Kirillovi juhtum, kus ägeda apenditsiidiga patsienti ei jälgitud operatsiooni ajal piisavalt tähelepanelikult ja patsient sai narkoositusistusena aju sügava hüpoksilise kahjustuse. Teised selle aja probleemsemad juhtumid (Pelgulinna sünnitusmaja juhtum, Jehoova tunnistajate juhtum Tallinna lastehaiglas ja Stigma erakliiniku abordikaasused) olid kohtutes arutlusel kriminaalajasadena. Riigikohtusse jõudis taasiseseisvumise ja VÕSi kehtima hakkamise vahele jääva 10 aasta jooksul ainult 1 kahju hüvitamise kaasus, mis puudutas lapsel mädase meningoentsefaliidi ning sellega kaasnenud keskkõrva- ja kõrvakoopapõletiku ebaõnnestunud ravimist (1).

Rõhutagem veel kord, et Eestis on arsti vastutuse kohtukaasuste arv olnud ikkagi väga väike ja seetõttu on ilmselge liialdus rääkida VÕSiga valitud n-ö USA teest või maalida tumedates värvides tulevikupilti, millel advokaadid ootavad kliente haigla ukse taga. Pealegi võib arvata, et kohtukaasuste arvu kasv toimuks ilma VÕSita, sest kõikides valdkondades on täheldatav kohtuvaidluste arvu suurenemine 10 aasta jooksul ja arsti vastutus ei ole selles suhtes mingi erand.

Riigikohus võttis hiljuti kokku viimase 10 aasta praktika ja tõdes, et kohtusse jõudvate asjade arv on väga väike võrreldes isegi tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni tuvastatud rikkumistega (2). Tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjon tuvastas 2011. aastal ligikaudu 30 arstlikku eksimust, varasematel aastatel on neid veelgi vähem olnud. Arstlikku tegevust puudutavate kohtukaasuste arvu vähesus võib olla seotud sellega, et pooled eelistavad vaikset omavahel kokku leppida ja mitte suure käraga kohtus vaielda, samuti sellega, et patsiendil on kohtus väga raske ja väga kallis mittekvaliteetselt ravi tõendada. Kuna õigusabi vähene kättesaadavus ja tõendamisraskused on püsiva iseloomuga nähtused, siis ei ole põhjust arvata, et järgmisel 10 aastal kasvaks meditsiinivaldkonnas märgatavalt kohtuvaidluste arv. Mingisugune nende arvu suurenemine kindlasti tuleb, kuid seda pigem suurema kaebuste arvu tõttu.

Kui meie juhtumite arvu võrrelda Soome näitajaga, siis nähtub samuti, et Eestis on juhtumite arv ebanormaalselt väike. Soome patsiendikahjude hüvitamise süsteem leidis 2011. aastal 2190 korral, et patsiendil on õigus saada hüvitist (3). Eeldades, et enamik kahjusid tekib haiglates ja mitte perearstide juures, siis on paslik näitajate võrdlemisel silmas pidada haiglaravil olevate isikute arvu aastas. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) andmetel oli see arv 2011. aastal Eestis 227 633 ja Soomes 984 547 ehk meil ligikaudu 4,3 korda väiksem (4). Seega võiks Eestis olla ka probleemseid juhtumeid 4,3 korda vähem ehk $2190 : 4,3 = 504$ juhtu aastas. Tõmmates paralleeli ülaltoodud komisjoni statistikaga, peab tõdema, et Eestis tegeleb komisjon ainult jäämäe veepealse osaga ja tegelikult peaks juhtumeid olema umbes 15 korda rohkem.

Õigusliku vaidluse pidamise mõttekust mõjutab palju ka see, missuguseid kahju hüvitise summasid on patsiendil võimalik

saada ehk kui palju Eesti kohtud patsiendi kasuks välja mõistavad. Ka selles on olnud Eesti kohtud väga tagasihoidlikud ehk pigem arstisõbralikud. Varalise kahju (saamatajäänud töötasu, vajadus tervishoiuteenuste, ravimite ja abivahendite järele) katab suures ulatuses Eesti Haigekassa raskustuse kaudu. Ülejäänud osa varalisest kahjust on tihti niivõrd väike, et selle üle pole kulutõhus kohtus vaielda. Summad, mida kohus on välja mõistnud varalise kahju hüvitiseks, jäävadki tavaliselt paari tuhande euro kanti. Oluliselt suuremad võivad olla mittevahalise kahju ehk valuraha hüvitised. Ajakirjanduse andmetel on need summad olnud tavapäraselt keskmiselt kuni 100 000 ja maksimaalselt kuni 500 000 Eesti krooni (5). Kuna enamik patsiendiga peetavatest vaidlustest on kinnised, siis ei ole ajakirjandusel täit ülevaadet asjade tegelikust seisust. Autor võib enda praktikast tuua näite, kus väljamakstud summa jäi 900 000 krooni kanti.

Ettepanek loobuda arsti vastutusest

Eelmise lõigu jätkuna tuleb kohe rõhutada, et neid summasid ei ole kunagi välja mõistetud arstilt, vaid juriidiliselt isikult, kelle juures eksinud arst töötas. Seega võib Eestis meditsiinilise tegevuse puhul rääkida haigla vastutusest, kuid mitte arsti vastutusest.

Et juba praegu ei hage patsiendil kohtus arste ning ka kohtud ei mõista hüvitisi välja arstidelt, siis võiks sellise olukorra ka seadusega kehtestada. Praeguse VÕSi kohaselt on võimalik ka arsti isiklik vastutus oma kohustuste rikkumise eest. See on sõnastatud VÕSi § 758 lõikes 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.“ Autori arvates võiks selle sätte seadusest välja jätta. Reaalses elus ei muutuks sellest midagi: patsientide olukord ei halveneks ja ka arstide olukord ei paraneks, sest vastutus on ja jääb haiglate õlgadele. Mis kaalutlustel siis seadust muuta?

Esiteks seetõttu, et minu hinnangul oleks see lihtsalt austusavaldus Eesti arstikonnale. Eesti arst ei ravi kvaliteetselt mitte seepärast, et vastasel korral tuleb kahjutasu maksta, vaid ikka seepärast, et tegemist on vastutustundliku ja hea arstiga. Sellisele arstile võib olla lausa solvav, kui temale igal sammul tema vastutust meelde tuletatakse. Samuti võtaks selle sätte tühistamine maha emotsionaalseid argumente, et arsti vastutus on liiga suur. Siis oleks võimalik keskenduda haigla vastutusele ja sellele, mida haigla vastutus endaga kaasa toob.

Teiseks ka seetõttu, et tegelikult on turumajanduses töötaja isiklik vastutus väga erandlik. Reegel on hoopis see, et äriühing saab nii kasumi kui kannab ka riske ja vastutust. Kui näiteks ehitusfirma ehitab ebakvaliteetselt ja lagi kukub kinosaalet alla, siis ei vastuta lohakas töömees, vaid ikka ehitusfirma. Tõsi – ajalooliselt on advokaate ja arste tahetud oma tegevuse eest otse vastutama panna, kuid ilmselt on aeg jätta selline käsitlus ajalukku. Tänapäeva meditsiin ei ole enam arsti ja patsiendi suhe, vaid tervishoiuteenus, mida osutab tervishoiuteenuse osutaja, kes seejuures kasutab arste, ravimeid, seadmeid jm.

Kolmandaks seepärast, et isegi kui patsient himustaks arsti rahakotist raha, siis selle himu rahuldamine on talle tehtud õiguslikult võimatuks. Nimelt ütleb 1. juulil 2009 jõustunud töölepingu seadus, et juhul kui töötaja (arst) töökohtust lohaka täitmise tõttu (raviviga) tekib tööandja (haigla) kliendil (patsient) kahju, siis peab kohtumenetlusesse astuma töötaja asemel tööandja, kel tuleb kaotuse korral kogu kahju ja õigusabikulud

välja maksta. Tööandja omakorda võib pärast esitada nõude töötaja vastu, kuid seda ainult osaliselt (tavapäraselt umbes 3 kuupalga ulatuses). Praktikast ei tea autor ühtegi juhtumit, kus haigla oleks hiljem hüvitist hakanud arstilt nõudma.

Ettepanek muuta haigla vastutust

Põhimõtteliselt on haigla vastutuse reguleerimisel võimalik valida kahe mudeli vahel. Esimene mudel on kohtukeskne ning põhineb vajadusel välja selgitada rikkunud isik ja tema süü ning siis mõista rikkujalt välja kahjuhüvitis. See on mudel, mida on rakendanud Saksamaa ja Saksamaa eeskujul ka Eesti. See mudel on ka riigile kõige mugavam ja väikseimate otsekuludega mudel. Kohtusüsteem on ju olemas ja rahastatud ning kohtutee kõigile avatud. Riik ei hüvita kellelegi midagi, vaid seda teeb haigla – seega otsesid kulusid riigil ei olegi. Ainus kulu ongi tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni kogukulu (sh kõik töötasud ja eksperditasud koos sotsiaalmaksuga) 23 800 eurot aastas. Summa, mis minu arvates on naeruväärselt väike võrreldes tööga, mida see komisjon teeb.

Teine mudel on mittesüüline mudel. Kuna süsteem ei ole suunatud rikkujalt raha väljamõistmisele, siis puudub rikkujal majanduslik motiiv oma tegu eitada ja kõigele vastu vaielda. Hüvitise maksab välja selleks otstarbeks loodud organisatsioon. See organisatsioon saab omakorda raha tervishoiuteenuse osutajate liikmemaksudest või siis näiteks riigilt. Niisugune mudel ongi levinud eelkõige põhjamaades, kus riik ongi n-ö paksem, s.t riigi rolli nähakse enam kui lihtsalt maksude kogumises; ning nendes riikides, kus tervishoiuteenust

osutabki riik, näiteks Suurbritannia Riiklik Tervisteenistus (*National Health Service, NHS*). Mittesüüline vastutuse mudel korral on hüvitatava kahju suurus piiratud. Seega ei pea patsient nägema vaeva oma kahju suuruse tõendamiseks – kahju hüvitise suurus leitakse vastavast tabelist. Tabeli alusel kahju hüvitamine on Eestis kasutusel näiteks liikluskindlustuses. Tõsi, seal on hüvitise määrad väga väikesed: näiteks juhul, kui kannatanu saab püsiva raske ajukahjustuse (traumaatiline nõdrameelsus) või kaotab liiklusõnnetuse tõttu jäseme, makstakse talle mittevahalise kahju hüvitiseks 640 eurot (6). Varalist kahju (vt näiteid eespool) tuleb ikkagi tõendada, kuid hüvitise piirmäärad on suuremad. Näiteks on sellise hüvitise, mida makstakse töövoime püsiva kaotuse korral oma elus ümberkorralduste tegemiseks (uue eriala õppimine, abivahendite muretsemine, elukorralduse muutmine) maksimaalne piirmäär 16 299 eurot (7). Soomes on vastavad hüvitised muidugi hoopis teisest klassist ja näiteks mittevahalise kahju hüvitised ulatuvad kuni 99 000 euroni.

Seega võib arvata, et kui Eesti otsustab seniselt vigade salgamise süsteemilt üle minna süsteemile, kus vigadest õpitakse, siis tähendab see mitme miljoni euro suurust iga-aastast investeringut. Euroopa riikide olukorra võrdlus näitab, et tavaliselt kulub meditsiiniga seotud vaidlustele umbes 10 eurot inimese kohta aastas (8). Kuna juba praegu rahastab riik ravikvaliteeti otse riigieelarvest (tervishoiuteenuse kvaliteedi komisjoni tegevus), siis võiks ka lisaraha tulla riigieelarvest. Vastasel korral ehk lisamata raha süsteemi ning tõstmata haigekassa hindu, on uuel süsteemil ainult kaotajad – haigekassa ei saa rahastada nii palju haigusjuhtumeid,

haiglal tekib lisakulu ja patsientide ootejärjekorrad pikenevad. Ravikvaliteedi parandamine aga ongi kallis ja kindlasti mõttekam kui mõni muu riiklik investering.

Kokkuvõtteks

VÕSi kehtimise esimese kümne aasta jooksul on saanud selgeks, et kehtiv süsteem ei aita kuidagi kaasa ravikvaliteedi parandamisele. Kohtuskäimisele suunatud süsteem soosib ainult varjamist ja viimase veretilgani võitlemist, sest eesmärgiks on leida patustaja. Loodetavasti jätkub meil tarkust sellisest süsteemist järgmise kümne aasta jooksul lahti öelda. Lühikeses perspektiivis tekib sellega lisakulu, kuid pikemas perspektiivis on ravikvaliteedi paranemisest, mille eelduseks on vigade asjatundlik ja emotsioonivaba käsitlemine, saadav kasu hindamatu.

ants.nomper@rln.ee

KIRJANDUS

1. Riigikohtu lahend, 30. aprill 1997. <http://www.riigikohus.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-1-55-97>
2. Lillsaar M, Sedman M. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu: Riigikohus; 2012. http://www.riigikohus.ee/vfs/1344/Tervishoiuteenuse_osutaja_tsiv_ja_kar_vastutus_analysys_M_Lillsaar_ja_M_Sedman.pdf
3. Potilasvakuutuskeskus. Vuosina 2006-2011 ratkaistut potilasvahinkoiloitukset. http://www.pvk.fi/modules/system/stdreq.aspx?P=512&VID=default&SID=454962139699946&A=process%3aaida.aspx%3acaller%3dopenDocument%3aprml1%3dwwwuser_pvk%3adocid%3d6032396%3asec%3d%3aext%3d.pdf&S=1&C=59221
4. OECD.StatExtracts, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11
5. Haiglad eelistavad valuraha vaikselt maksta. Postimees, Tarbija24. 11.03.2012. <http://www.tarbija24.ee/770462/haiglad-eelistavad-valuraha-vaikselt-maksta/>
6. Sotsiaalministri 31.05.2004. a määrus nr 69 „Liiklusõnnetusega seotud mittevahalise kahju hindamise kord“. Riigi Teataja RTL 2004, 78, 1264. <https://www.riigiteataja.ee/akt/766074>
7. Sotsiaalministri 17.05.2001. a määrus nr 52 „Püsiva töövoime kaotuse korral uue eriala õppimise, toimetulekuks vajalike abivahendite muretsemise ja liikumispuude korral eluaseme kohandamise põhjendatud kulutuste hüvitamise piirmäärade kehtestamine“. Riigi Teataja RTI 2001, 63, 864. <https://www.riigiteataja.ee/akt/101112010008>
8. The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses. Proceedings of the conference, Strasbourg, 2-3 June 2008. http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf