

# Meditstiiniõiguse ekspert: Eesti praegune kutsealase vastutuse süsteem on keskendunud süüdlase otsimisele

Praegune süüdlase otsimise süsteem on kaasa toonud selle, et Eestis ei raporteerita ravivigadest ja igasugune vigadest õppimise olukord on välistatud, ütles advokaadibüroo Raidla Lejins & Norcoux partner ja Tartu Ülikooli meditsiiniõiguse õppejõud Ants Nõmper Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus.

**Alates 25. oktoobrist 2013 pidi Eestis hakkama kehtima Euroopa parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohandamise kohta piiriüleses tervishoius, mille järgi on Eesti patsiendil võimalus saada plaanilist tervishoiuteenust igas Euroopa Liidu liikmesriigis ning taotleda hiljem ravikulude hüvitamist Eesti Haigekasalt. Mida see muudatus toob tervishoiuteenuse osutajale ja tavaarstile kaasa õiguslikus plaanis?**

Julgen väita, et selle direktiiviga ei muutu tervishoiuteenuse osutaja ega arsti jaoks mitte midagi. Direktiiv ei sisalda mingisugust revolutsiooni, vaid see on pika protsessi tulemus, mille aluseks on aastate jooksul Euroopa kohtupraktikas tehtud otsused, mis ütlevad, et piiriüleses tervishoius peavad liikmesriigid hüvitama oma riigi kodanikele osutatud teenuseid. Tulenevalt nendest kohtuotsustest ongi see direktiiv vastu võetud. Loomulikult oleme meie siin Euroopa liidu äärealal ja need kohtuotsused on käsitletud eelkõige piirkonda, kus toimub massiline piiriülene liikumine nagu näiteks Beneluxi maad, Saksamaa või Prantsusmaa. Statistika kohaselt osutatakse Euroopas piiriüleselt vaid paar protsenti tervishoiuteenuseid ja seda mahtu direktiiv ilmselt ei muuda.

Kui me mõtleme nüüd konkreetselt Eesti patsiendile, siis Eesti tervishoid on minu arvates väga kvaliteetne ning siin osatakse ja suudetakse teha enam-vähem kõiki asju, mida Euroopa teistes riikides. Patsiente saadetakse piiri taha vaid nende asjade



**Dr. iuris Ants Nõmper**

korral, mida Eestis ei suudeta teha või mida pole siin otstarbekas teha. See toimub haigekassa eelneval nõusolekul ja rahastamisel ning niimoodi liigub välismaale sadakond patsienti aastas. Miks peaks Eesti patsient minema näiteks Saksamaale puusaproteesi paigaldama, kui ta peaks kinni maksma kõik oma reisikulud ja märkimisväärse hinnavahe, mille võrra on puusaproteesi vahetamine Saksamaal kallim kui Eestis?

**Eestil toimub Soome suunal massiline piiriülene liikumine. Kas direktiiv võib suurendada Soome patsientide hulka Eestis?**

Prognoositakse, et kehva tervishoiukvaliteediga riikide rikkad patsiendid võivad ravi otsinguil liikuda parema tervishoiukvali-

teediga riikidesse, kuid kujutan ette, et see on pigem probleemiks Eesti järel Euroopa Liiduga liitunud riikides. Kindlasti on suundumus ka see, et kalli riigi patsiendid tulevad odavamalt tervishoiuga riiki ning see võib suurendada patsientide liikumist Soomest Eestisse. Siin sõltub palju aga sellest, kui hästi suudavad Eesti terviseteenuse osutajad oma teenuse teha soomlastele-rootslastele atraktiivseks.

## **Millist vahetut mõju avaldab Euroopa Liidu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülese tervishoiu Eesti olemasolevatele tervishoidu puudutavatele õigusaktidele: kas tuleb mõni neist kehtetuks kuulutada või koostada hoopis täitsa uusi seadusi?**

Otseselt terves ulatuses midagi kehtetuks ei tule kuulutada ja mingit täiesti uut seadust vastu võtta ei tule. Eelnõu muudab olemasolevaid seadusi. Kõige ulatuslikumalt muudetakse tervishoiukorralduse seadust, kuna seal tulevad sisse kaitsemehhanismid juhuks, kui peale direktiivi jõustumist peaks algama piiriülese tervishoiuteenuse massiline kasutamine. Teiseks muudetakse ravikindlustuse seadust ja lisatakse võimalus, et pärast välismaal tarbitud tervishoiuteenust saab inimene esitada arve haigekassale ja selle eest raha tagasi. Muudetakse ka meditsiiniseadmete seadust ja ravimiseadust selles osas, kuidas toimub ravimite ja meditsiiniseadmete piiriülese ostmine ja kasutamine.

## **Kuidas hakatakse piiriülese tervishoiu direktiivi toimimise tingimustes õiguslikult lahendada probleemseid juhtumeid, mis on seotud isiku ravimisega välismaal?**

See on kindlasti üks aspekt, mille pärast piiriülese tervishoidu ei kujune väga populaarseks. Välismaa ametiasutustega dokumentide ajamine välisriigi keeles on keeruline, rääkimata kohtus käimisest. Direktiivi kohaselt üritatakse probleeme lahendada ka vastutuskindlustuse abil, mis tähendab, et tervishoiuteenuse osutajal on piisav tagatis juhuks, kui ta patsienti valesti ravib.

## **Tulenevalt piiriülese tervishoiu direktiivist peab osutatav ravi olema tagatud kutsealase vastutuskindlustuse või muu samalaadse süsteemiga.**

## **Olete Eesti Arstide Kirjutanud, et Eesti on käest laskmas võimalust reformida arsti vastutust ja selle kindlustamist. Mida pidasite selle all silmas?**

Eesti praegune kutsealase vastutuse süsteem on keskendunud süüdlase otsimisele. Esiteks näeb meie võlaõigusseadus ette, et ravivea korral on arstil personaalne vastutus, kuid see on ebatavaline, sest tavaliselt, kui töötaja midagi valesti teeb, vastutab ainult tööandja. Teiseks näeb süsteem ette selle, et tuleb hakata kohtu kaudu kellegi süüd tuvastama, mis omakorda paneb selle isiku, keda süüdistatakse, automaatselt kaitsepositsiooni ehk kõike seda, mida haigla või arst võiks juhtunu kohta öelda, hakatakse tema enda vastu kasutama. Praegune süüdlase otsimise süsteem on kaasa toonud selle, et Eestis ei raporteerita ravivigadest ja igasugune vigadest õppimise olukord on välistatud vaid sellepärast, et nendest ei saa lihtsalt rääkida.

Direktiivi järgi ei pea tingimata tegemist olema kohustusliku vastutuskindlustusega, lihtsalt peab olema loodud adekvaatne süsteem, mis aitab kahjusid ära hoida ja nende tulemusi leevendada. Kõige lihtsam on muuta vastutuskindlustus kohustuslikuks, kuid see ei ole väga põhjendatud, sest Eestis ei ole patsientide nõuded kunagi sellises suurusjärgus, mis ajaksid mingi haigla pankrotti. Eeskujuna tasub vaadata Soome poole, kus on kahjude hüvitamiseks eraldi kohtuväline kindlustajate kaudu toimiv süsteem. Piltlikult öeldes maksab iga haigla mingisuguse raha kesksesse fondi, ja kui patsient leiab, et tal on abi osutamise käigus tekkinud mingi probleem, siis raha haldaja analüüsib probleemi ning maksab vajaduse korral selle raha talle välja. Soomes ei otsita niisuguse menetluse käigus süüdlast, samuti ei kaasne mingit sanktsiooni vea teinud isiku suhtes, mistõttu puudub meedikutel vajadus ka midagi varjata.

## **Praegu on kindlustuskaitse kõigil Eesti Arstide Liidu liikmetel, seega umbes 70%-l töötavatest arstidest. Ka osal haiglatel on kindlustuslepingud, kuid mitte kõigil. Mida peaks aga tegema näiteks perearstid, kes ei kuulu arstide liitu?**

Perearstide olukord on selles mõttes eriline, et nad on iseenda tööandjad. Kui vaadata suurhaiglas töötavat arsti, siis on seal selgelt üks rahakott haigla oma ja teine arsti oma. Kui tekib mõni raviviga, siis seni

on patsiendid esitanud hagi just haigla vastu, kes teeb ka väljamakse. Üldjuhul ei nõua haigla omakorda raha tagasi arstilt ja nii jääb arsti rahakott puutumata. Kui vaadata perearsti, siis ravivea kohtuliku karistuse korral jääb tema isiklik rahakott samuti puutumata, aga selle raha maksab välja temale kuuluv osühing ehk sisuliselt toimub kahjude hüvitamine tema dividendide arvelt. Perearstid võiksid kindlasti kaaluda vastutuskindlustuse sõlmimist. Vastutuskindlustuslepingu võib teha ka erialaseltsi kaudu, kui leitakse kindlustusandja, kes aktsepteerib erialaseltsi. Kuna perearstipraksised on asutatud tihtipeale osühingutena või aktsiaseltsidena, saab seesama osühing võtta endale kindlustuskaitse. Loomulikult sõltub see sellest, kui palju seal arste töötab, mis teenuseid osutatakse lisaks perearstiteenustele, aga seda on võimalik teha. Kindlasti on parem kindlustada suuremaid praksiseid kui väikseid, sest kindlustusandja ei suuda eriti hästi prognoosida väikese praksise riski ja pigem kipub määrama liiga kõrge kindlustusmaks.

**Hiljuti oli meedias Eesti Arstide Liidu seisukoht, et kui patsient on ajakirjanduses avalikustanud andmeid oma tervise seisundi ja talle osutatud arstiabi kohta ning esitanud süüdistusi mittekvaliteetse tervishoiuteenuse osutamises, siis peaks arstil ja tervishoiuteenuse osutajal olema õigus oma seisukohtade põhjendamiseks avalikustada haigusloo üksikasju. Kas Teie hinnangul võib seadusesse tulla muudatus, mis lubab erijuhtudel vabastada arsti kohustusest hoida arstisaladust?**

Ma ei näe ausalt öeldes võimalust seadust muuta, see ei ole arstieetika või meditsiiniõiguse probleem, vaid see on ajakirjanduse eetika küsimus. Ajakirjandus peaks rääkima ühiskonnas olulistest asjadest. Loomulikult, kui on tegemist arstidega, kes kirjutavad massiliselt narkootilisi retsepte välja või kogu aeg teevad midagi valesti, siis vajab see avalikku tähelepanu. Aga kui mingis haiglas ühe patsiendi ravi tulemus oli selline, mis patsienti ja tema lähedasi ei rahuldanud, siis see ei peaks minu arvates üldse uudistekünnist ületama, sest tüsistusega lõppenud ravijuhtumid on igapäevased. Pigem pööratakse meediasse kahel põhjusel: kas selleks, et arstile ära teha, teda ähvardada,

või siis, kui inimene on pettunud ja elab oma frustratsiooni välja. Kui mõelda arstieetika peale, siis üheski dokumendis pole öeldud, et kui patsient hakkab rääkima, siis võib ka arst rääkida. Sellist eetilist põhjendust seadusemuudatuseks on väga raske konstrueerida ja seetõttu ei usu ma ka sellisesse seadusemuudatusse.

Võlaõigusseaduse kohaselt võib arst patsiendi andmeid avaldada kolmel juhul. Esiteks, kui patsient on sellega nõus. Ajakirjandus võiks ise seada endale sellise eetilise kohustuse, et nad ütleksid kohe alguses patsiendile, kes tuleb oma loost rääkima, et avaldavad selle ainult juhul, kui patsient vabastab ka arsti vaikimiskohustusest. Teine võimalus andmeid avaldada on siis, kui see lähtub mõnest õigusaktist. Kolmas juhtum on see, kui patsiendi enda või avalikkuse huvid oleksid kaalukamad kui patsiendi konfidentsiaalsus. Siin on mõeldud juhtumeid, kus arst saab teada, et konkreetne patsient, näiteks koolibussi juht, põeb narkolepsiat ja võib oma ametis kaasa tuua suure õnnetuse.

**Viimasel suurel e-tervise konverentsil Dublinis räägiti palju sellest, et tervishoiusüsteemid peavad tagama patsientidele juurdepääsu oma andmetele. Kes siis on patsiendi terviseinfo omanik ja millised on üldised suundumused terviseandmete sekundaarses kasutamises?**

Universaalne printsip on, et terviseandmed kuuluvad sellele isikule, kes on need andmed kirja pannud. Nii Eesti kui ka Euroopa isikuandmete kaitse õigusliku regulatsiooni kohaselt on andmesubjektil õigus tema kohta käivate isikuandmetega tutvuda. Täpselt samamoodi on ju ka Eesti meditsiinis. Arstile on pandud dokumenteerimiskohustus, mille kohaselt tuleb kõik olulised asjad seoses tervise teenusega kirja panna, need dokumendid on tervise teenuse osutaja käes ja tema vastutusel, aga kui patsient soovib, siis need saadetakse talle või antakse sellest koopia. Nende andmete sekundaarne kasutamine sõltub tegelikult riigisisest õigusest. Kõige lihtsam on loomulikult see, kui hakatakse patsiendi käest nõusolekut küsima, kuid minu arvates ei ole see meditsiinis eriti realistlik. Pean õigeks Eesti tervise infosüsteemi korraldust, kus seadusega määratud andmed kogutakse patsiendilt luba küsimata, kuid patsiendil on õigus neid sulgeda.