

Meditsiiniõiguslik tagasivaade aastale 2013

Ants Nõmper – Advokaadibüroo Raidla Lejins & Norcoux

Lõpetasin oma eelmise ülevaateartikli (1), milles võtsin kokku 2012. aasta meditsiiniõiguses, tõdemusega, et 2013. aasta tuleb põnev, sest viiakse ellu kiirabireform ja võetakse üle piiriüleses tervishoius patsiendiõiguste kohaldamist käsitlev Euroopa Liidu direktiiv 2011/24/EL. Mõlemad teemad olid eelmisel aastal meedia tähelepanu all ja kohtudki andsid neile oma hinnangu. Kohtuvaidlustest väärrib aga käsitlemist ühe sünnitusabi pakkunud eratervishoiuasutuse juhtum, kus kõik Eesti kohtud tuvastasid ravivea, mille tõttu vastsündinu hukkus, ning Riigikohtu lahendatud apteekide asutamise piirangu küsimus. Lõpetuseks kiikame juba alanud aastasse.

I. Direktiivi 2011/24/EL ülevõtmine

Euroopa Liidu direktiivi 2011/24/EL, mis käsitleb piiriüleses tervishoius patsiendiõiguste kohaldamist, pidid liikmesriigid üle võtma 25. oktoobriks 2013. Eesti suutis direktiiviga ettenähtud reeglid üle võtta 9. detsembril 2013. Tõe huvides tuleb siinkohal märkida, et patsientide õigused hilinemise tõttu kahjustada ei saanud, sest tegelikult eksisteerisid vastavad õigused ka enne ning direktiivi nõudeid kohaldatakse vähemalt ravimite ja meditsiiniseadmete puhul tagasiulatuvalt, alates 25. oktoobrist 2013.

Direktiiviga ette nähtud reeglitest on Eesti Arstis põhjalikult juba kirjutatud (2), mistõttu alljärgnevalt peatun ainult nii-öelda viimase hetke muudatustel, mida soovisid huvirühmad. Kuna kõiki neist ei jõua käsitleda, siis toon ära ainult kaks. Esiteks selle, et Eesti apteekrid soovisid endale tervishoiutöötaja staatust, ning teiseks Eesti erater-

vishoiuasutuste ettepaneku kohaldada piiriülest raha liikumist ka riigisiselt.

Väidetavalt on Eesti üks väheseid Euroopa Liidu liikmesriike, kus apteeker ei ole tervishoiutöötaja. Eestis kehtiva tervishoiuteenuse korraldamise seaduse § 3 lõike 1 kohaselt on tervishoiutöötaja ainult arst, hambaarst, öde ja ämmaemand. Tulenevalt soovist kaasata kliinilisse tegevusse rohkem tudengeid, toodi tervishoiuteenuse korraldamise seadusesse 2011. aastal tervishoiuteenuse osutamisel osaleja mõiste. Tervishoiuteenuse osutamisel osaleja on isik, kes tegutseb kellegi teise juhendamisel ja vastutusel. Seoses direktiivi ülevõtmisega otsustati ka proviisorid ja farmatseudid nimetada tervishoiuteenuse osutamisel osalevateks isikuteks. Selline lahendus on küll samm õiges (tervishoiutöötaja) suunas, kuid ebapiisav. Ebapiisav seetõttu, et tegelikult on tervishoiuteenuse osutamises osalevaid isikuid väga palju: hambatehnikud, füsioterapeudid, kiirabitehnikud, kliinilised psühholoogid, optometristid jt. Ei ole põhjendatud mõne kategooria esiletõstmine. Lisaks märgin, et juba praegu on meditsiiniõe tegevus seaduse mõttes üldjuhul abistav tegevus, mistõttu meditsiiniõde iseseisvalt ei vastuta ning teda ongi võlaõigusseaduse § 770 lõikes 2 nimetatud abistavaks. Seega täpselt see, mis vastab tervishoiuteenuste korraldamise seaduses olevale osutamisel osaleva isiku mõistele. Ebapiisav ka seetõttu, et direktiivi artikli 3 punkti h ja teiste riikide praktika kohaselt on proviisorid ja farmatseudid tervishoiutöötajad. Seega on ilmselt Eestis vaja uuesti läbi mõelda tervishoiuteenust osutavate isikute kategooriad ja kokku leppida nende ühtne nimetamine.

Eesti eratervishoiuasutuste ettepanek, mille kohaselt liiguks ka riigisiselt raha koos patsiendiga, s.t. patsient võiks pöörduda ravile mis tahes tervishoiuteenuse osutaja juurde ja Eesti Haigekassa hüvitaks talle hiljem kulutatud summad haigekassa hinnakirja kohaselt, ei olnud ainult terminoloogiline muudatus nagu apteekrite ettepanek. Tulenevalt raskesti prognoositavast finantsmõjust ei tulnud Sotsiaalministeeriumi vastuseis üllatusena. Pärast pikki vaidlusi palus ministeerium Riigikogul vastu võtta säte, kuidas patsient saab väljaspool ravijärjekorda tervishoiuteenust haigekassa raha eest. Selle sisu ravikindlustuse seaduse §-s 661 on lühidalt järgmine.

Sotsiaalministrile on antud õigus (mitte pandud kohustus) valida välja mõned tervishoiuteenused (v.a hambaravi) eesmärgiga parandada nende kättesaadavust või vältida ressursside raiskamist. Eelkõige võivad sellised teenused olla oluliselt patsiendi elukvaliteeti parandavad teenused, statsionaarsed teenused või kõrgtehnoloogilised teenused. Nende teenuste puhul võib patsient valida ise tervishoiuteenuse osutaja ning patsiendi makstud summa hüvitatakse talle pärast teenuse saamist, ja kui on tegemist enam kui aastapikkuse ravijärjekorraga, siis ravijärjekorra maksimumpikkuse möödumisel. Tuleb tõdeda, et selline korraldus on jällegi samm soovitud eesmärgi suunas, kuid selgelt ebapiisav. Tegelikult ei muutu midagi enne, kui sotsiaalminister kehtestab teenuste loetelu, mille puhul on võimalik järjekorrast mööda minna. Seni ei ole muudatust üldse võimalik rakendada. Eks käimasolev aasta näita, kas tegemist oli huvirühma oskusliku

tasalülitamise või on tõepoolest ravikindlustuses käes suuremate muudatuste aeg.

II. Kiirabireformi vaidlused

Ütlen kohe, et mina ei ole pädev võtma seisukohta, kas kiirabireform oli vajalik või mitte. Küll aga julgen väita, et ainuüksi asjaolu, et kiirabireform tõi endaga kaasa vähemalt kolm kohtuvaidlust, näitab, et reformi oleks saanud teha paremini. Seda enam, et kuna lõppastmes jäid kõik kaebused rahuldamata, oleksid selgemad dokumendid ja parem kommunikatsioon vähemalt osa neist vaidlustest ära hoidnud.

Vaidluste põhisisuks oli see, kuidas aru saada konkursi tingimustest ning kas oma õigusi on teostatud õigel ajal. Nii pidas Tallinna Halduskohus SA Viljandi Haigla kaebust tähtaegselt esitatuks, kuid jättis rahuldamata. Muu hulgas leidis kohus, et konkursi tingimustes ei olnudki määratud, millistele tingimustele või standarditele peavad autod vastama. Oluline olevat ainult see, et kunagi on auto kiirabiautona arvele võetud. Seetõttu võimaldaski kohus konkursi võita nõukogudeaegsete ja ammendunud ressursiga sõidukitega. Samuti ei pidanud kohus oluliseks dokumentides olevaid vigu, mille olemasolu kohus tuvastas.

Nüüdseks on kõik kiirabireformi vaidlused läbi, sest esimese astme kohtu otsuste vaidlustamine oleks olnud perspektiivitu. Mitte vaieldavate küsimuste puudumise tõttu, vaid seetõttu, et kiirabiteenuse osutamiseks vajalik ressursid tuli üle anda. Vaidlustes tuleb esikohale seada patsiendi huvid ning vaidlemine vaidlemise enda pärast ei ole mõistlik – saadava õigusega ei ole midagi enam peale hakata.

III. Mis maksavad vastsündinu surmaga seotud lapsevanema üleelamised?

Advokaadina ma patsiente kohtus ei esinda, kuid mõned aastad tagasi olin sunnitud tegema erandi. Mu õiglustunne ei lubanud mul kõrvalt

vaatajaks jääda olukorras, kus ravidokumentidest lausa karjub vastu raviviga, kuid tervishoiuteenuse osutaja eitab seda vaatamata ka tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni negatiivsele otsusele. Kuna osalesin esindajana selles kohtumenetluses (nagu ka kõikides teistes käesolevas artiklis käsitletavates kohtumenetlustes), siis erapooliku käsitluse vältimiseks lasen rääkida kohtuotsusel. Ma jätan siinkohal välja nii lapsevanemate kui ka menetluses osalenud tervishoiutöötajate ja ekspertide nimed, et vältida liigset tähelepanu persoonidele. Ka kostjaks olnud erateravishoiuasutust ei ole vaja nimepidi nimetada, sest see erahaigla lõpetas 2013. aastal sünnitusabi pakkumise.

„Hagejale teostati keisrilõige, mille näidustuseks oli suur loode ja loote pea laskumise puudumine. Lootepõis avati ning looteveed olid rohelised, mitte paksud. Lapse Apgari hinne oli 1 minut pärast sündi 8 ning 5 minutit pärast sündi samuti 8. Vastsündinu arenguloost nähtub samuti, et laps sündis keisrilõikega ning looteveed olid rohelised. Sündides oli laps jumeakas, veidi matsereerunud ja tema nutt oli jõuline. Kuklaluu piirkonnas oli lapsel sünnimuhk. Stigmasid ja anomaaliaid ei täheldatud. Lapselt aspireeriti rohkelt lootevett. Kell 02.00 tuli lapsel teostada kontrollmonitooring. [---]

Kell 01.00 on tehtud sissekanne, mille kohaselt oli laps veidi rahutu ja tal oli tahhükardiline frekvents 170–180. Kell 02.00 üritati teha lapsele monitooringut, kuid sissekandes on märgitud ainult hingamissagedus u 50 x', monitooringu näitused sissekandes kirjas ei ole. Seega monitooringu näitused lapselt ei saadud. Ämmaemanda jälgimislehel on täiendavalt märgitud, et kell 02.00 ei registreerinud aparaat saturatsiooni ega pulssi. Vahetati otsikuid, kuid tulemust ei saadud. Märgitud on, et lapse jume on roosa. Samas laps nuttis tugevalt ning talle anti Paracetamoli 60 mg, sest ämmaemandale tundus, et tal on küljel

valu olla. Umbes 30 min pärast on laps jäänud magama. Kuivõrd kell 02.00 öösel lapselt monitoriga näitused saada ei õnnestunud, ei saa kohtu arvates väita, et lapse seisund oli sellel ajal täiesti korras. Lapse seisundi ebatavalisusele võis viidata asjaolu, et ta oli rahutu, nuttis tugevalt ning ämmaemandale jäi lausa mulje valust ühel küljel. Tunnistajate ütlusi ja dokumentides tehtud sissekandeid arvestades ei pea kohus eluliselt usutavaks, et saturatsiooni mõõtev monitor oli kell 02.00 töökorras, kuid näitused ei saadud lapse rahutuse tõttu.

Kell 04.00 oli laps taas rahutu, samuti nuttis ta kell 04.35. Ämmaemanda sissekande järgi oli ema lapse pärast mures. Talle selgitati, et pärast keisrilõiget ja sünnitust on lapsed teinekord väsinud ja üleerutunud. Laps magas vaid 15 minuti kaupa. Kell 05.30 nuttis laps taas tugevalt, jäi hetkeks tasemaks ning tema nägu muutus tsüanootilisemaks. Lapsele anti sünnitustoas hapnikku, pärast seda on monitor registreerinud näidu SpO₂ 95%. Jume oli lapsel roosa. Saturatsiooni näit püsis ilma lisahapnikuta 97% juures. Sama sissekanne on tehtud kell 06.10, kus on märgitud, et laps magab. Seega nähtub sissekannetest, et lapsel esines kell 05.30 üks ebatavaline episood, mille tõttu peeti vajalikuks ta emast eraldada ning anda talle hapnikku. Sissekandest ei nähtu, et ämmaemanda oleksid hapniku andmisest ja sellest episoodist teavitanud lastearsti. [---]

Kell 06.45 hakkas laps läbi une oigama ja talle pandi uuesti hapnikumask. Lapse jume oli roosakas ja pulss u 50 x', kuid monitor ei ole taas registreerinud saturatsiooni ega pulssi. Kuivõrd näitused ei saadud, ei ole teada, millises seisundis laps tegelikult sellel ajal oli, kuna lapse seisundit ei saanud kohtu arvates terviklikult hinnata ainult jume järgi. Kell 07.00 laps juba oksendas ja nuttis seejärel tugevalt. Laps oli endiselt soe ja roosakas, kuid ta oigas. Andur näitused ei registreerinud ja südametoonid olid juba

172–175 x. Kohtu hinnangul nähtub viidatud kannetest, et alates kella 06.45 lapse seisund halvenes ega paranenud enam. Järjest esines mitu asjaolu – oigamine, näitude mittesaamine, oksendamine –, mis nende koostoimes ei saanud kohtu arvates olla tavapärased.

Kell 07.15 kuni 07.25 tekkis lapsel tahhüpnöe ja ta hakkas hingamisel kasutama abilihaseid. Jume oli hallikas. Ämmaemand helistas lastearstile, kelle korraldusel manustati hapnikku ja mõõdeti veresuhkrut. Kell 07.40 helistati lastearstile tagasi. Lapse seisund halvenes ja kell 07.45 kutsuti lastearsti korraldusel välja reanimobiil. Saturatsiooni näit oli juba 53%, 63%, 79%. Kell 07.50 on lapse seisundit hinnatud raskeks, tal oli tekkinud hingamispuudulikkus ja ta oli loid. Seega nähtub viidatud sissekannetest, et lapse seisund halvenes järsult ja pöördumatult.

Lastearst saabus kohale kell 08.08, mil laps oli toonusetu, hallikas ja sinakas. Kuulda oli rohkelt märgi räginaid kopsudes, lapsel oli tahhükardia, frekvents 170–180 x', saturatsiooni näitused ei saadud. Kutsutud anestezioloog intubeeris lapse. Tehti südamemassaaži ja üritati panna veeniteed. Kell 08.19 saabus IRO brigaad ja kell 08.30 lapse süda seiskus. Last elustati ja laps lahkus üli-raskes üldseisundis kunstlikul ventilatsioonil kell 10.05. [–] Laps suri Tallinna Lastehaiglas kell 11.40.“

Kohus kaasas asja lahendamiseks kaks patoloogiat (üks Inglismaalt), kaks anestezioloogiat (üks Tallinnast ja teine Tartust) ja pediatrit ning leidis kokkuvõtvalt järgmist. „Seega tuleneb ekspertide arvamusest üheselt, et lapse jälgimisel ei arvestanud ämmaemandad tema sündimise asjaoludest (rohelist looteveed) tulenevat kõrgendatud riski. Ämmaemandad oleksid pidanud teavitama lapse seisundist lastearsti juba pärast esimese tsüanoosi-episoodi ilmnemist kell 05.30, mil lapsele manustati hapnikku. Kohus nõustub siinkohal tunnistaja üt- lusega, mille kohaselt tuleb alati näha tervikpilti, ja otsus selle kohta, et kõik on hästi, peab tulema arstilt. Igal juhul on mõlemad eksperdid üheselt leidnud, et kell 06.45, mil laps hakkas oigama, oleks tulnud kohe teavitada lastearsti või kutsuda kiirabi. Samale järeldusele on sisuliselt jõudnud vastavat valdkonda tundnud tunnistaja, kelle ütluste kohaselt oli kell 06.45 viimane aeg kiirabi väljakutse tegemiseks. Kohus nõustub ekspertide järeldustega, mille kohaselt ei saanud ämmaemand kell 06.45 ilmselgelt enam aru lapse seisundi raskusest, sest ta ei teavitanud lastearsti enne poole tunni möödumist, mil lapse seisund oli veelgi halvenenud. Lastearstile helistades ei kirjeldanud ämmaemand lapse seisundit adekvaatselt (öeldes vaid, et laps on loid). Ämmaemand ei teavitanud lapse seisundi järsust halvenemisest ämmaemandat, kes omakorda võimaldas ämmaemandal lapsega üksi tegeleda märkimisväärselt pika ajaperioodi jooksul.“

Kuivõrd kohus tuvastas ravivea, mis põhjustas lapse surma, siis tekkis küsimus, millise rahasummaga hinnata lapsevanemate üleelamisi. Eelmises artiklis kirjutasin Tartu juhtumist, kus kiirabi väljastõidu hilinemise tõttu oma abikaasa surma pealt näinud lesk sai üleelamiste hüvituseks 20 000 eurot. Käesoleval juhul pidas kohus ema üleelamisi 7000 euro ja isa üleelamisi 3000 euro vääriliseks. Kostja jäi kuni vaidluse lõpuni eitama oma eksimust ja vaidlus jõudis lõppastmes Riigikohtusse, kes ka kostja vastu armuline ei olnud.

Lisaks eeltoodud kahju hüvitise suurusele selgus minu jaoks ka veel üks oluline aspekt. Eestis on võimalik patsiendil edukalt tervishoiuteenuse osutajaga kohut käia ja arstide totaalset ringkaitset, mida on kaevanud patsiendikaitse organisatsioonid, Eestis ei esine. Kõik menetluses osalenud tervishoiutöötajad olid Eestist, ning kui ikka raviviga esineb, siis julgeb Eesti arst selle ka välja öelda.

IV. Mis saab maa-apteekidest?

Eelmise aasta detsembris tegi Riigikohtu üldkogu otsuse (3), millel on suur mõju Eesti apteegiturule. Nimelt leidis Riigikohtu kohtunike enamuse, et põhiseadusega on vastusolus ravimiseaduse sätted, mis piirasid uute apteekide avamist linnades. Miks?

Riigikohus ei nõustunud õigus-kantsleri, Riigikontrolli ja Konkurentsiameti väidetega, nagu vähendaks suurem konkurents apteegiteenuste turul ravimite hindu või suurendaks ravimite valikut. Riigikohus tödes, et ravimite hinnad on riiklikult reguleeritud ning otsuse, milliseid ravimeid turule tuua, teevad ravimitootjad, mitte apteegid. Samuti tödes Riigikohus, et apteekritest on juba praegusel ajal terav puudus, mistõttu asutamispiirangute tühistamine toob kaasa apteekrite liikumise maalt linna ja ka surve palgatõusuks.

Eeltoodule vaatamata ei nõustunud Riigikohus asutamispiirangute eest seisnute väitega, nagu aitaksid linnades kehtivad asutamispiirangud vältida apteekide sulgemist maal. Juriidilis-lingvistiliselt kõlab see nii: „Puuduvad empiirilised andmed, mis kinnitaksid kausaalse olemasolu asutamispiirangute kehtimise ja apteekide arvu aeglasema vähenemise vahel. Väide, et maa-apteekide arv oleks asutamispiiranguteta kahanenud kiiremini, on seega tõendamata.“ Eks tõe kriteerium ole praktika – pärast Riigikohtu otsuse tegemist on teatatud kolme maa-apteegi kinnipanemisest tulenevalt Riigikohtu otsusest (4). Karta on, et see on alles algus – Riigikohtu otsus jõustub alles 9. juunil 2014 ja siis selguvad tegelikud mõjud.

Riigikohus annab endale aru, et tehtud otsusel on negatiivsed regionaalpoliitilised mõjud. Maapiirkondades apteegiteenuse kättesaadavuse tagamise võimalusena viitab Riigikohus apteegibussile, nn Brežnevi pakikesele (luba apteegi avamiseks linnas antakse ainult siis, kui avatakse ka apteek maal) ja

maa-apteekide toetusfondile, kuhu teeksid sissemaksed kas kohalikud omavalitsused või riik. See, millise tee valib riik, selgub juba paari kuu pärast. Kardetavasti on selleks teeks tavapärane mittemidagitegemine.

V. Mida toob 2014. aasta?

Käesolev aasta on jälle Eesti Haigekassa lepingupartnerite valiku aasta. Valikute tegemisel on alati võitjaid ja kaotajaid ning kaotusega ei taha keegi leppida. Seetõttu ongi käesoleva aasta valiku mitu eratervis- hoiuasutust vaidlustanud. Nendele kohtuvaidlustele võib ennustada pikka iga, sest näiteks siiani on kohtus pooleli ASi Villa Benita algatatud vaidlus, mis puudutab 2011. aasta (*sic!*) lepingupartnerite valikut.

Juba on jõudnud Riigikohus teha ka ühe tähelepanuväärse lahendi vaimse tervise vallas. Nimelt leidis Riigikohus, et riik ei ole loonud psüühikahäirega isikutega tegelemiseks sõltumatut ja efektiivset järelevalvesüsteemi (5). Sarnaselt nõukogude ajaga on Riigikohtu hinnangul psühhiaatrihaiglatest kujunenud järelevalveasutused, kuigi arstide ülesanne ei ole erinevate kohtumenetluste algatamine, vaid ravimine. Riigikohtu juhis seadusandjale oli karm: „Arvestades eelöeldut, tuleb Riigikohtu hinnangul seadusandjal võimalikult kiiresti välja töötada terviklahendus isiku kinnisesse asutusse paigutamise menetluse korralduses, mis kõrvaldaks määruses

nimetatud probleemid ja tagaks tõhusalt isiku põhiõiguste kaitse.“ Peatselt näeme, mida tähendab võimalikult kiiresti valdkonnas, kus kaalul on isikutelt põhjendamatult vabaduse võtmine.

KIRJANDUS

1. Nõmper A. Meditsiiniõiguslik tagasisaade aastale 2012. Eesti Arst 2013;92:225–8.
2. Amos M. Mida toob kaasa võimalus osutada tervis- hoiuteenuseid piiranguteta kogu Euroopa Liidus? Eesti Arst 2012;91:595–602.
3. Riigikohus. Ravimiseaduse § 421 „Üldapteegi tegevusloa väljaandmise ja muutmise piirangud“ lõigete 1–3 põhiseaduslikkuse kontroll. 2013. <http://www.riigikohus.ee/?id=11&tekst=222567395>.
4. ERR. Kolm maa-apteeki sulgevad riigikohtu otsusele viidates oma ukseid. 2014. <http://uudised.err.ee/v/eesti/e707d22a-524e-4b63-9700-8c4ccf75f5ed>.
5. Riigikohus. Tartu Vangla meditsiini osakonna juhataja Piret Kooli taotlus rakendada esialgset õiguskaitset ja kohaldada R. P suhtes tahtest olenematut ravi. 2014. <http://www.riigikohus.ee/?id=11&tekst=RK/3-2-1-155-13>.

In memoriam Rein Koha

14.01.1941–24.12.2013

24. detsembril 2013 lahkus ootamatult meie seast kolleeg Rein Koha. Kooliteed alustas Rein Kambjas, see jätkus Tartu 10. seitsmeaastases koolis ja Tartu I Keskkoolis. 1959.–1965. aastal õppis Rein Koha Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ravi- ja kirurgia osakonnas.

Seejärel suunati ta tööle spordiarstina Kohtla-Järvele. Aastail 1965–1966 ja 1968–1970 teenis ta Nõukogude armees san-instruktorina ja polguarstina. Vabanenud armeest, jätkas ta tööd Kohtla-Järve Linnahaiglas nr 1 traumatoloogina kuni 1980. aastani. Aastail 1980–1991 oli Rein Koha Tallinnas Arnold Seppo nimelise Metalloosteosünteesi Teadusliku uurimise Laboratooriumi-Kliiniku (MTULK) juhataja ja paarst.



Aastast 1991 oli ta Tallinna Kivimäe Haigla II kirurgiaosakonna juhataja ja vanemordinaator. Järgnes töötamine Kaitseministeeriumis.

2008. aastast kuni surmani töötas Rein Koha Kallavere Haiglas traumatoloogina.

1990. aastal kaitses Rein Koha Riias väitekirja teemal „Traumajärgse düslipideemilise koagulopaatia sündroomi profülaktika, diagnostika ja ravi linnahaigla tingimustes.“ Trüki on ta avaldanud üle 30 publikatsiooni. Ta oli Eesti Traumatoloogide ja Seniorkirurgide Seltsi liige.

Rein Koha maeti Kambja surnuaiale. Teda jäävad meenutama endised kolleegid ja töökaaslased.

**Kolleegide ja seniorkirurgide
nimel
Eduard Viira**