

Meditsiiniõiguslik tagasivaade 2016. aastale ehk veel kord arsti vastutusest

Ants Nõmper – Advokaadibüroo Ellex Raidla

Andnud lubaduse kirjutada järjekordne aasta kokkuvõttev artikkel, olin ma natuke mures, kas poliitilise peenäälestuse ajastul on enam midagi kokku võtta. Siis aga toimus poliitiline murrang ja eelmisest aastast sai Eesti jaoks peenäälestuse lõppemise ja uute alguste aasta. Juhterakonna vahetumise tõttu sai ilmselt ka Sotsiaalministeeriumis tolm maha pühitud nii mõneltki toppama jäänud projektilt, millest üks olulisemaid oli kahtlemata mittesüüalise vastutuse projekt. Tegemist on nii olulise ja mitmetahulise teemaga, et muid eelmise aasta teemasid ei olegi põhjust käsitleda, ning selles artiklis ongi keskendunud ainult ühele.

LÕPUTU ALGUS

Sotsiaalministeerium teatas 2017. aasta sõbrapäeval, et riik on valmis saanud meedikute vastutuskindlustuse süsteemi projekti (1). Arvan, et ajastus ei olnud tegelikult seotud sõbrapäevaga, vaid vajadusega anda positiivseid sõnumeid arstkonnale tupikseisu jõudnud kollektiivlepingu läbirääkimiste (2) kohta. See ei oleks esimene kord, kui ministeerium üritab vastutuskindlustuse süsteemi kasutada ventiilina, et lasta auru välja kollektiivläbirääkimiste kuumast katlast. Esimesel korral lepiti mittesüüalise vastutuse teema kiires käsitlemises kokku hea tahte koostöökokkuleppes, mis sõlmiti 2013. aastal (3). Jäägu lugeja otsustada, kas 2013. aastal antud lubadus teemat kiiresti käsitleda on täidetud neli aastat hiljem avaldatud seaduseelnõu väljatöötamise kavatsusega. Juhin tähelepanu, et tegemist ongi tõesti ainult kavatsusega elnõu välja töötada, mitte

isegi veel elnõuga ega parlamendis arutlusele jõudnud dokumendiga. Tegelikult olen 2012. aastal Eesti Arsti veergudel seda teemat juba korra käsitlenud (4). Arvestades et praegu planeerib Sotsiaalministeerium uue süsteemi jõustumist hiljemalt 2019. aastal, ei saa ülemääras kiirustamises küll kedagi süüdistada.

MILLES SEISNEB PROBLEEM?

Probleemi õigest sõnastamisest algab lahenduseni jõudmine, nagu haiguse ravi algab õigest diagnoosist. Sotsiaalministeeriumis välja töötatud tervishoiuteenuse osutajate vastutuskindlustuse seaduse elnõu väljatöötamise kavatsuse kohaselt on praegusel olukorral kolm puudust. Esiteks ei kaitsvat vabatahtlik vastutuskindlustuse süsteem patsienti piisavalt. Teiseks ei soodustavat süüline süsteem ohujuhtumite ja ravivigade dokumenteerimist. Kolmandaks olevat välditavate ravitüsistuste ja ohujuhtumite registreerimise, analüüsimise ja ennetamise süsteem ebapiisav. Tegelikult on kõikide nende puuduste ühine juurpõhjus see, et tulenevalt inimese olemusest oleme kõik kidakeelsed oma eksimusi üles tunnistama ja seda eriti siis, kui teame, et ülestunnistusele järgneb tagajärg. Seega tuleks seada eesmärgiks vähendada omaalgatuslike ülestunnistuste ja teadaandmistega kaasnevaid negatiivseid mõjusid ehk lihtsamalt öeldes vähendada arsti vastutuse riski olukorras, kus ta enesekriitiliselt oma tegevusest kellelegi teada annab. Mida siis kavandatud süsteem arsti vastutuse jaoks kaasa toob?

Vastus on, et mitte midagi ei muutu! Arsti võimalik vastutus jaguneb kaheks: karistusõiguslikuks ja tsiviilõiguslikuks. Esimese eesmärk on kutsuda isik korralt trahvi või vabaduse kaotuse kaudu. Teise eesmärk on taastada võimalikult suures ulatuses õigusrikkumisele eelnev olukord ja seda eelkõige tekkinud kahjude hüvitamise kaudu.

Karistusõiguslikust vastutusest ei ole kuidagi võimalik kindlustuse teel vabaneda. Ei ole olemas sellist kindlustust, mis võtab enda kanda vangi mineku. Tõsi, kunagi keskajal müüs kirik indulgentse, kuid selle tänapäevaseks vasteks ei ole mitte vastutuskindlustus, vaid presidendi armuandmine vangis istuvale kurjategijale. Seega, sõltumata sellest, milline tuleb vastutuskindlustuse süsteem – vabatahtlik või kohustuslik, süüline või mittesüüline, avalik-õiguslik või eraõiguslik –, jääb arst karistusõiguslikult vastutama oma ravivee eest, millega põhjustati ettevaatamatusest patsiendi surm või raske tervisekahjustus. Ükskõik, milline süsteem luuakse, kõik arstid, kes seni on Eestis kriminaalkorras süüdi mõistetud, mõistetakse ka uue süsteemi ajal täpselt samamoodi süüdi.

Tsiviilõigusliku vastutuse puhul tuleb eristada arsti enda vastutust ja arsti tööandjaks oleva tervishoiuteenuse osutaja vastutust. Teoorias võivad küll mõlemad vastutada, kuid praktikas vastutab siiski ainult teenuse osutajaks olnud haigla või tervisekeskus või perearstikeskus. Miks praktika selline on, sellel on mitu põhjust. Esiteks on patsiendil alati parem valida endale vastaspooleks see, kellel on paksem rahakott. Muidu võib juhtuda olukord, et

patsient küll võidab, aga arstil pole raha, et kohtuotsust täita. 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 reaalseks väljamakse tegijaks on kindlustus. Ilmselt on pea kõik tervishoiuteenuse osutajad oma vastutuse kindlustanud ja seetõttu ei ole neil probleemi raha vajaduse korral välja maksta, kui summa on mõistlik. Kolmandaks on teenuse osutaja vastu minemine patsiendile riskivabam, kuna kahju tekitajas pole võimalik eriti eksida. Kuna arstiabi on tiimitöö, tekib konkreetse arsti väljavalimisega vastaspooleks alati risk, et kohtumenetluses avastatakse, et viga oli kellegi teise tehtud ja hagi jääb rahuldamata. Neljandaks, isegi kui mõni kiuslik patsient tahaks arstiga kohut käia ja kõiki neid eespool nimetatud riske võtta, ei õnnestu tal arstiga vaielda. Nimelt ütleb meie töölepingu seadus, 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 äramaksmist õigus nõuda töötajatelt osaliselt raha tagasi. See osa, mis tuleb töötajal tagasi maksta, on piiratud ja ei peaks ületama paari kuupalka. Siiski ei tea ma ühtegi tööandjat, kes oleks oma kollektiivi arstilt hakanud seda paari kuupalka kahjuhüvitise katteks tagasi nõudma.

Tõsi, ka teoreetiline risk on risk ja seetõttu on hea, kui arst oma teoreetilise vastutuse, mille suuruseks on paar kuupalka, ära kindlustab. Selleks pole aga vaja uut süsteemi luua, sest üldjuhul on juba arsti vastutus kindlustatud. Seda tänu Eesti Arstide Liidule, kuhu kuulub 70% praktiseerivatest arstidest (5). Eesti Arstide Liidu statistika näitab, et nende kindlustust on vaja olnud ainult väga üksikul juhul, kuigi see kindlustus on jõus olnud juba

üle kümne aasta. See kinnitab veel kord, et arstide vastu nõudeid ei esitata. Seega aitaks uus süsteem isegi teoorias ainult väikest osa Eestis tegutsevatest arstidest, kellel on pealegi lihtne alternatiiv olemas – liituda Eesti Arstide Liiduga.

Seega julgen vahekokkuvõtteks tõdeda, et Sotsiaalministeeriumi välja pakutud arstide vastutuskindlustuse süsteem on mõttetud ega vähenda ühegi arsti vastutust. Seetõttu ei muutu ka arsti käitumine ehk probleemsetest juhtudest teavitamine ei saavuta kuidagi soovitud taset.

MIS ON LAHENDUS?

Lahendus ei ole uues vastutuskindlustuse süsteemis, vaid arsti vastutuse vähendamises. Ei ole mõistlik panna arsti vastutama ja siis tulla talle appi tema vastutust vähendada. See on niisama hea, kui anda patsiendile ravimit ja siis kohe ka teist ravimit esimese ravimi kõrvalnähtude leevendamiseks, kuigi tegelikkuses poleks vaja olnud isegi esimest ravimit anda. Väidan, et tegelikkuses ei pea arst ise vastutama ei tsiviilõiguslikult ega karistusõiguslikult. See on meie enda väljamõeldud regulatsioon, mida ei nõua meilt ei Euroopa Liit ega ükski rahvusvaheline õigusakt.

Tsiviilõigusliku vastutuse näeb ette võlaõigusseaduse § 758 lõige 2, mis on sõnastatud järgmiselt: „Tervishoiuteenuse osutamisel osalev kvalifitseeritud arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav öde või ämmaemand, kes tegutseb tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu sellesarnase lepingu alusel, vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult.“ Selle sätte tühistamine parlamendis muudaks mittevajalikuks kogu arsti vastutuskindlustuse süsteemi, sest enam ei oleks vastutust, mida kindlustada. Alles jääks endisel kujul tervishoiuteenuse osutaja vastutus, aga teenuse osutajad on oma vastutuse juba nagunii kindlustanud ja neile ei ole uut süsteemi vaja.

Karistusõigusliku vastutuse vähendamine on kindlasti keerulisem. Ei ole põhjust arvata, et meie karistusseadustikku täiendatakse sättega, mille kohaselt ei karistata arsti ettevaatamatusest surma või raske tervisekahjustuse põhjustamise eest. Sellist sätet ei ole ka teiste riikide karistusseadustikes. Küll aga on võimalik arsti karistusõiguslikku vastutust vähendada kriminaalmenetluslikul teel või luues eraldi õigusvastasust välistava asjaolu.

Kriminaalmenetluslikul teel on näiteks mõnedes riikides välistatud arsti vastutus tahtliku tapmise eest. Hea näide on siinkohal Hollandi eutanaasiaregulatsioon. Hollandis ei ole karistusseadustikus öeldud, et arst võib oma patsiendi tappa, vaid on kokku lepitud, et kui teatud reeglid järgides on arst esile kutsunud patsiendi surma, siis ei hakka prokuratuur teda süüdistama. Kui ei hakata süüdistama, siis ei jõua asi ka kohtusse. Kui asi ei jõua kohtusse, siis ei ole võimalik ka arsti süüdi mõista ja karistada. Niimoodi on ka Eestis võimalik kriminaalmenetluse seadustikus sätestada, et kui arst on selleks loodud süsteemi kasutades teada andnud negatiivsest juhtumist (ärme isegi ürita praegu kokku leppida, mida see tähendab), siis selle arsti suhtes ei alustata kriminaalmenetlust.

Õigusvastasust välistavad asjaolud on olukorrad, mis õigustavad käitumist, mis oma olemuselt on keelatud ja karistatav. Näiteks on tapmine keelatud ja karistatav, kuid seesama tegu on siiski õiguspärane, kui see on toime pandud hädakaitse seisundis. Kui tuletõrjuja suudab tulest välja tassida ainult ühe inimese, siis teise inimese tulle jätmine võrdub küll tema tapmisega, aga siiski on tuletõrjuja kangelane, mitte kurjategija, kui tal ei olnudki võimalust korraga kaht inimest päästa. Ka arstide suhtes võib kaaluda uue õigusvastasust välistava asjaolu sätestamist, mille kohaselt ei ole ettevaatamatusest surma või raske tervisekahjustuse põhjustamine õigusvastane (ehk

on õiguspärane), kui see toimus tervishoiuteenuse osutamise käigus ja arst on juhtumi ise raporteerinud ning teinud igati koostööd asjaolude väljaselgitamiseks.

MILLEKS SIIS SEE UUS SÜSTEEM?

Eeltoodu ei tähenda, et uut süsteemi poleks vaja või et arst-kond peaks selle vastu olema. Eelnev jutt tähendab ainult seda, et uus süsteem käivitub edukalt ainult siis, kui vähendatakse arsti vastutust ning öeldakse selgelt välja, et uut süsteemi on vaja patsientidele hüvitise saamiseks ja meditsiini kvaliteedi parandamiseks. Seega ei peaks selle uue süsteemi nimetus olema vastutuskindlustus, vaid patsiendikaitse süsteem. Patsienti tuleb kaitsta, et ta saaks paremat teenust ja probleemide korral kiiremini hüvitist, mitte ei tule kindlustada seda, et arstil oleks raha kahjuhüvitise makse tegemiseks.

Patsientidele muudab Sotsiaalministeeriumi kavandatud uus süsteem hüvitise saamise palju lihtsamaks. Seda nii vormistuslikus, ajalises kui ka rahalises mõttes. Uue süsteemi kohaselt ei pea patsient kirjutama keerulist hagi kohtule, vaid piisab lihtsast avaldusest vastavale organisatsioonile. Hagile peab lisama tõendid ja muud dokumendid, kuid uues süsteemis kogub organisatsioon need ise. Ajalises mõttes kestab üks korralik kohtumenetlus vähemalt kolm aastat, kuigi tavaliselt mitte kauem kui viis aastat. Uues süsteemis on ajakulaks prognoositud kuus kuud, mis on

suurepärane tulemus võrreldes kohtumenetlusega. Kuna uus süsteem ei ole kohtumenetlus, ei ole vaja patsiendil maksta riigilõivu ega palgata endale advokaati. Seega on kulude kokkuvõtte märgatav. Samas ei ole uues süsteemis kavandatud maksimaalsed hüvitise piirmäärad eriti väiksemad kui need, mida siiani on kohtus saadud. Uues süsteemis on kavandatud hüvitised 1000 – 100 000 eurot. Kuigi kohtutes on nõutud ka suuremaid summasid, ei ole mulle teadaolevalt kunagi kuuekohalist summat eurodes kohtu abil saadud. Seega ei peaks ka kartma, et patsiendid hakkaksid eelistama uuele süsteemile kohtumenetlust.

See, et uus süsteem ei välista vana süsteemi ehk kohtumenetlust, ei ole tegelikult suur probleem. Uuel süsteemil on nii palju eeliseid, et patsiendil tegelikult puudub motiiv pöörduda kohtusse. Teoreetiliselt oleks võimalik kohustada patsienti juba enne tervishoiuteenuse saamist ära otsustama, kumba süsteemi ta soovib kahjude hüvitamiseks kasutada (kohtusüsteemi või patsiendikaitse süsteemi). Teine võimalus on sätestada, et kui patsient pöördub patsiendikaitse süsteemi poole, siis ta kaotab õiguse nõuda kohtult hüvitist ja vastupidi – kohtusüsteemi poole pöördumisel kaotab patsient õiguse nõuda hüvitist patsiendikaitse süsteemi kaudu. Riikides, kus patsiendikaitse süsteemid on olemas, näitab statistika, et kohtu poole pöördutakse ainult mõnel protsendil juhtudest võrreldes patsiendikaitse süsteemi poole pöördumistega.

Sõltumata sellest, millisel viisil otsustatakse Eestis vähendada arsti karistusõiguslikku vastutust, on vajalik patsiendikaitse süsteem. Vastutusest vabastamine saaks olla põhjendatud ainult sellega, et on olemas parem süsteem ja arst peab seda süsteemi kasutama. Kui arst ei raporteeri, siis ei saa sellest süsteemist kasu ei ühiskond ega arst-kond ning ei tohi kasu saada ka konkreetne arst ise. Seega, kui juhtum jääb raporteerimata, siis peab karistusõiguslik vastutus ka kohalduma.

KOKKUVÕTVALT

Hoolimata sellest, et uue süsteemi väljapakumise ajend ei pruugi õige olla ning asja oleks saanud teha juba ammu ning nimetus on vale ja süsteem on poolik ilma arsti vastutuse vähendamiseta, on siiski tegemist vajaliku sammuga. Ei tasu arvata, et ühiskond on valmis arsti vastutust vähendada, ilma et mingi muu süsteem seda „vähendamist“ korvaks. Patsiendikaitse süsteem annab võimaluse viia tervishoiuteenuse osutaja kaitseseisundist üle avatud partnerluse seisundisse ning sellest võidavad mõlemad partnerid ja ühiskond tervikuna. Võti on poliitikute käes.

KIRJANDUS

1. <http://www.sm.ee/et/uudised/riik-loob-meedikute-vastutuskindlustuse>.
2. <http://www.riikliklepitaja.ee/riikliku-lepitaja-otus-tervishoiu-tootuli-lepitusmenetluse-kohta/>.
3. <http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2013/02/Alkirjastatud-hea-tahtekoost%C3%B6%C3%B6kokkulepe.pdf>.
4. Nõmper A. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012;91:376–8.
5. <https://arstideliit.ee/vastutuskindlustus>.