

Meditstiiniõiguslik tagasivaade aastale 2024 ehk vastutuskindlustuse ämber

Ants Nõmper¹, Paul Kaasik²

Kahtlemata kroonib möödunud aasta meditsiiniõiguslike muudatuste edetabelit tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus või rahvakeeli patsiendikindlustus. Pikemat aega ette valmistatud ja meditsiinisektoris oodatud muudatus sai lõpuks teoks, aga sektor ise pole ikka rahul. Kohe üldse pole rahul, nagu näitab Tallinna Pearingstide Seltsi poolt uuele seadusele antud aasta ämbri „auhind“. Allpool on katsutud uurida, kuivõrd põhjendatud selline kriitika on ning mida oleks õppida tulevasteks reformideks meditsiini valdkonnas.

PATSIENDIKINDLUSTUSE TEKKELOO

Patsiendikindlustuse teemat on Eesti Arsti lehekülgedel korduvalt kajastatud. Aastal 2012 tegin Eesti Arsti veergudel ettepaneku loobuda arsti isiklikust vastutusest ning viia haigla vastutus üle Skandinaavia mudelile, kus patsiendile tekkinud kahju maksab välja riiklik või erasektori kindlustusandja, keda finantseeritakse eelistatavalt otse riigieelarvest ja mitte tervishoiuteenuse osutajate rahakotist (1). Välja pakutud muudatuse eesmärk oli parandada ravikvaliteeti probleemidest õppimise kaudu ehk lõpetada senine kohtutes süüdlase otsimise nõiajaht. Ettepanek leidis vastukaja ja 2017. aastal teatas sotsiaalministeerium kavatsusest välja töötada meedikute vastutuskindlustuse eelnõu. Selgitasin jällegi Eesti Arsti veergudel, et vastutuskindlustus on tore asi, aga see ei lähe tööle ilma

arsti isikliku kriminaal- ja tsiviilvastutuse vähendamiseta (2). Kriitikaga arvestati ja seetõttu julgesin kirjutada 2019. aastal reekviemi senisele vastutussüsteemile, sest uskusin poliitikute lubadusi, et uus süsteem jõustub 1. jaanuaril 2020 (3).

Eksisin. Eelnõu vastu ei võetud, vaid see läks jällegi kalevi alla. Minu hinnangul ei oleks seda kalevi alt välja võetudki, kui ei oleks tekkinud koroonapandeemiat. Nimelt tekkis keset koroonapandeemiat vajadus vaktsineerimise soodustamiseks hakata hüvitama vaktsineerimisest tekkivaid kahjusid. Selleks oleks olnud vaja eraldi seadust välja töötama hakata, kuid see oleks protsessi teinud pikaldaseks. Kiireim seadusandlik lahendus oli pühkida tolm maha vastutuskindlustuse eelnõult ja lisada vaktsiinikindlustuse peatükk selle eelnõu rakendussätetesse. Seejuures otsustati vaktsiinikindlustuse osa jõustada kiirkorras 1. maist 2022 ja kohaldada isegi tagasiulatuvalt, vastutuskindlustus aga sooviti jõustada alates 1. juulist 2024 (4).

Esimesed tõrked uues süsteemis ilmnesid juba enne 1. juulit 2024. Nimelt ei hakanud kindlustusandjad pakkumisi tegema ja oli oht, et ühtegi pakkujat turule ei tule. Teine koht, kus king pigistama hakkas, oli raha. Seoses negatiivse lisaeelarvega tuli sotsiaalministeeriumil leida kokkuhoiukohti ja vastutuskindlustuse jõustumise edasilükkamisega 1. novembrini 2024 säästeti väidetavalt 2,2 miljonit eurot ehk 550 000 eurot kuus (5).

PATSIENDIKINDLUSTUSE SISU

Patsiendikindlustuse üks eesmärk on lihtsustada patsiendil hüvi-

tise saamist. Selleks lihtsustatakse menetlust, aga ei muudeta nõudeid, mida peab patsient raha saamiseks suutma tõendada. Endiselt on kahjunõude tekkimiseks vajalik tuvastada leping, raviviga (või erandjuhtudel muu kohustuse rikkumine), teenuseosutaja süü ja patsiendile tekkinud tervisekahju või surm. Nõude eelduste poolest erineb loodud süsteem näiteks Skandinaavia maades kasutusel olevast *no-fault*-süsteemist, kus ravivea ja süü tuvastamine pole eeldused kahju hüvitamiseks. Ravivea või muu kohustuse rikkumise tuvastamine tähendab seda, et patsient peab hüvitise saamiseks kindlustusandjale põhjendama, et teenus ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele. Näiteks on kohtupraktikas jäetud hüvitis välja mõistmata, sest raviviga ei saa järeldada asjaolust, et kostja haiglas teostatud operatsioon ei andnud (loodetud) tulemusi ning vajalik oli kordusoperatsioon (6). Lisaks on uue seadusega piiratud asjaolusid, mille tagajärjel peab kahju tekkima ehk millal on üldsegi tegemist kindlustusjuhtumiga. Näiteks pole kindlustusjuhtumiks vigastused libedal põrandal kukkumise pärast (7). Nendel juhtudel peab patsient ikkagi vanaviisi kohtusse pöörduma.

Mis siis bürokraatias kergemaks läks? Patsient ei pea hüvitise saamiseks enam pöörduma teenuseosutaja poole või kohtusse, vaid piisab avalduse tegemisest kindlustusandjale (välja arvatud juhtudel, kui tegemist pole kindlustusjuhtumiga). Patsiendil on avalduse esitamiseks aega neli nädalat alates kindlustusjuhtumist teada saamisest, kuid see tähtaeg ei mõjuta patsiendi

¹ Ellex Raidla advokaadibüroo juhtivpartner ja Tartu Ülikooli meditsiiniõiguse õppejõud,

² Ellex Raidla advokaadibüroo jurist

nõudeõigust. Kui kahju on tekkinud, peab kindlustusandja selle siiski hüvitama ulatuses, mis ta oleks pidanud hüvitama õigeaegse teatamise korral.

Uue seadusega kaotatakse tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon ja luuakse vastutuskindlustuse lepituskomisjon. Patsient saab sinna pöörduda, kui ta pole rahul kindlustusandja otsusega. Lepituskomisjoni pöördumine on vabatahtlik, ja soovi korral võib patsient pöörduda ka otse kohtusse. Seega on bürokraatliku tee lõpus ikkagi kohus nagu ka täna sel päeval.

MIS KAHJU PATSIENDILE HÜVITATAKSE?

Tõenäoliselt on uue seaduse kõige olulisem osa kahjuhüvitiste kindlaksmääramine. Enamikul juhtudel nõuavad patsiendid mittevaralise kahju hüvitist, mille vahemikud on nüüd seadusega paika pandud ja jäävad vahemikku 500 kuni 30 000 eurot. Hüvitatav summa sõltub tervisekahjustuse raskusastmest, mille tunnused on määratud terviseministri määruse lisas. Eelkõige on oluline iga raskusastme esimene lahter, mis kasutab sõnastust „tervisekahjud, mille korral esineb vähemalt üks järgmistest“.

Näiteks kui patsient paraneb vigastusest täielikult alla kuu ajaga, siis on tegemist väikese tervisekahjustusega ja mittevaralise kahju hüvitist ei maksta. Sellisteks vigastusteks on näiteks süste- ja infusioonikoha kerged kahjustused. Teine näide: kui patsiendi elule esines vahetu oht, siis on tegemist vähemalt raske tervisekahjustusega, mille eest on ette nähtud kahjuhüvitis kuni 5000 eurot.

Küsitav on, kas 30 000 eurot katab mittevaralise kahju raskete vigastuste ja surma korral. Ravimiseaduse kohaselt on vaktsiinikindlustuse maksimumhüvitis üliraske tervisekahjustuse või surma korral indekseerimise tõttu 130 390 eurot (8). Kui patsient soovib nõuda suuremat mittevaralise kahju hüvitist kui 30 000 eurot, siis on tal

mõistlik pöörduda otse kohtusse. Kui kohus mõistab välja suurema hüvitise, siis kindlustusandja maksimummäära ületavat osa hüvitama ei pea ja selle eest vastutab tervishoiuteenuse osutaja.

Seaduses on ette nähtud keeruline varalise kahju hüvitamise regulatsioon, mille koostamisel on eeskujul võetud liikluskindlustusseadusest. Arvutusmudelitest arusaamine võib olla keeruline ning see ülesanne võiks jääda kindlustusandjate pärusmaaks. Patsientidele on kasulik teada, et kergemate tervisekahjustuste puhul saab patsient nõuda haiguslehel oldud aja eest 30% sissetulekust (ülejäänud 70% tasub Tervisekassa). Minimaalne kahjuhüvitis on 200 eurot. Ülalpidamishüvitise ja pikaajalise töövõimetushüvitise maksimine tuleb kõne alla raskete tervisekahjustuste ja surma puhul.

ON SIIS ÄMBER VÕI EI OLE?

Kriitika seaduse aadressil on keskendunud peamiselt süsteemiga seotud kuludele. Eelnõu seletuskirja kohaselt on süsteemi lisakulu ravikindlustusele ehk Tervisekassale 2,5 miljonit eurot aastas ja see raha plaaniti leida riigieelarvest, et mitte vähendada tervishoiuteenuste kättesaadavust (9). Kui vaadata tervishoiuteenuse osutajatele tekkivat kulu, siis selleks prognoosis sotsiaalministeerium eelnõu seletuskirjas juba 0,5% tervishoiuteenuste eelarvest (10). Tervisekassa 2024. aasta terviseteeenuste eelarve oli 1,9 miljardit eurot (11). Sellest 0,5% on 9,5 miljonit eurot. Kui lisame veel eratervishoiu mahu, siis läheb kolm aastat tagasi tehtud prognoosi kohaselt kogukulu üle 10 miljoni euro. See oli prognoos kolm aastat tagasi. Eelmise aasta lõpul (21. oktoobril 2024) toimunud Riigikogu riigieelarve erikomisjoni istungil jäi kõlrama hinnang, et kindlustusandjalt saadud pakkumisi arvestades läheb kõikidele tervishoiuteenuse osutajatele kindlustus kokku maksuma u 10 miljonit eurot (12). Seega prognoosis sotsiaalmi-

nisteerium kulusid lausa kirurgilise täpsusega (13).

Paber kannatab kõike, aga mateemaatika siiski mitte. Kui prognoosida kogukuluks 10 miljonit eurot ja öelda, et ravikindlustuse kanda jääb ainult 2,5 miljonit, siis tähendaks see seda, et ravikindlustuse vahenditest osutatakse täpselt veerand kõikidest tervishoiuteenustest ning eratervishoiu raames osutatakse kolmveerand teenustest. Selline olukord aga ei peegelda tegelikkust. Tegelikkus on vastupidine: ligi kolmveerand teenustest on avaliku rahaga finantseeritud ja ainult ligi veerand erarahaga.

Seega väidan, et tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse eelnõusse oli konflikt juba ette sisse kirjutatud. Tähelepanelik lugeja sai ridade vahelt välja lugeda selle, et enamiku tekkivast kogukulust peavad tervishoiuteenuse osutajad ise katma ravirahast. Tervisekassa on omalt poolt otsustanud hüvitada teenuseosutajatele osa kindlustusmaksetest. Nimelt hüvitab käesoleval aastal Tervisekassa 50% korrigeeritud kindlustusmaksest. Korrigeeritud makse tähendab, et kindlustusmakset vähendatakse nii mitme protsendi võrra, kui mitme võrra teenuseosutaja käibest ei olnud seotud Tervisekassaga sõlmitud lepingu täitmisega. 50protsendilist koefitsienti saab sõltuvalt Tervisekassa eelarvest iga aasta muuta (14). Sellise hanitamise eest vääribaldi seadus aasta ämbri tiitlit.

Teine põhjus, miks võib nõustuda aasta ämbri tiitliga, seisneb ajastuses. Aasta 2025 on maksutõusude aasta, sellele lisanduvad tervishoiutöötajate kollektiivlepingust tulenevad lisakulud, tervishoidu suunatud ühekordsete eraldiste lõppemine, Tervisekassa varude kallale minek ning üldine haiglate eelarve vähendamine. Tegemist on niigi juba plahvatusohtliku kokteiliga, millele ei oleks vaja midagi lisada. Kui just ei ole möödapääsmatult vajalik. Küsimegi siis, kas oleks saanud eelnõuga kaasnevaid kulusid edasi lükata.

Vastus on lihtne: oleks saanud küll. Eelnõuga kaasnev peamine kulu on kindlustusmaksete kulu, mis on hinnanguliselt 10 miljonit eurot. Arsti vastutuse vähendamine ja patsiendi ohujuhtumite andmekogu loomine ei vaja märkimisväärseid ressursse. Need kaks elementi oleks võinud jõustada juba 1. juulil ning kolmas element – kindlustus – jõustada siis, kui on majanduslikult paremad ajad. Selline osaline jõustamine oleks vältinud olukorda, kus turul on ainult üks teenusepakkaja ning puudub varasem statistika vigade kohta. Statistika puudumine sunnib kindlustusandjat igaks juhuks suuremaid summasid küsima tervishoiuteenuse osutajatelt. Hirmul on teatavasti suured silmad, mistõttu ei imestaks, kui kunagi numbreid kokku liites tuleb välja, et patsientidele maksti hüvitiseks ainult pool summast, mis teenuse osutajatelt kokku koguti.

MIDA TULEVIKU JAOKS SILMAS PIDADA?

Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse tegemine oli pikk protsess. Isegi

liiga pikk, mistõttu ei saa öelda „kaua tehtud kaunikene“. Pigem on tegemist üleküpsetamisega, sest meditsiini kvaliteediprobleeme oleks saanud lahendada arsti vastutuse vähendamise ja patsiendi ohujuhtumite andmekogu loomisega. Kahjuks ei juletud pärast seaduse eelnõu valmis saamist küsida, kas vastutuskindlustuse osa on ikka praegu just vaja või võiks raha kulutada millelegi muule. Meil juba on toimiv vabatahtlik kindlustussüsteem, mis on haiglate endi hinnangul kordades odavam. Vabatahtlik kindlustus oleks olnud kindlasti palju paindlikum ja odavam kui riigi poolt peale surutud jäik süsteem. Seda näitab kasvõi asjaolu, et turule tulijaid ei olnud rohkem ega vähem kui üks kindlustusandja.

Seega tuleks iga eelnõu puhul, mis on mitu aastat küpsenud, küsida, kas eelnõuga lahendatavas probleemides on midagi muutunud ja kas eelnõu enam aktuaalne on. Ning paha ei teeks ka säästlikumate variantide kasutamine ja julgus seaduse jõustumist edasi lükata ka puhtalt majanduslikel kaalutlustel.

KIRJANDUS

1. Nõmper A. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012;91:376–8.
2. Nõmper A. Meditsiiniõiguslik tagasivaade 2016. aastale ehk veel kord arsti vastutusest. Eesti Arst 2017;96:175–7.
3. Nõmper A. Meditsiiniõiguslik tagasivaade 2018. aastale ehk arsti vastutuse tõde ja õigus. Eesti Arst 2019;98:183–6.
4. Nõmper A, Skobeleva A. Riiklik vaktsiinikindlustussüsteem: kuidas hakkab toimima? Eesti Arst 2022;101:190–3.
5. Sotsiaalministeeriumi eelarvet vähendatakse 13,5 miljonit eurot. <https://www.sm.ee/uudised/sotsiaalministeeriumi-eelarvet-vahendatakse-135-miljonit-eurot>.
6. Tallinna Ringkonnakohtu otsus tsiviilasjas nr 2-09-1960, p 3 (18.06.2010). <https://www.riigiteataja.ee/kohtulahendid/fail.html?fid=102374005>.
7. Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri 522SE, lk 20. <https://www.riigikogu.ee/download/4d761182-8af5-46ce-be35-7fd5c53c5fcb>.
8. Vaktsiinikahjude hüvitamine Eestis toimunud vaktsineerimise korral. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/haigekassa-huvitised/vaktsiinikahjude-huvitamine>.
9. Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri 522SE, lk 87. <https://www.riigikogu.ee/download/4d761182-8af5-46ce-be35-7fd5c53c5fcb>.
10. Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri 522SE, lk 76. <https://www.riigikogu.ee/download/4d761182-8af5-46ce-be35-7fd5c53c5fcb>.
11. 2024. aasta eelarve seletuskiri. https://tervisekassa.ee/sites/default/files/2024_eelarve_kodulehele.pdf.
12. Tervishoiutöötajate pädevushindamisest ja tervishoiutöötajate vastutuskindlustusest, 21.10.2024. <https://www.youtube.com/watch?v=kVfVEN7tx5g>.
13. Eelarve ja patsiendikindlustus – kas haiglad saavad hakkama? <https://arvamus.postimees.ee/8168357/fookus-eelarve-ja-patsiendikindlustus-kas-haiglad-saavad-hakkama> Suurematest haiglatest on siit väljas näiteks Kuressaare, Viljandi ja Pärnu haiglad.
14. Vastutuskindlustuse_metoodika. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/vastutuskindlustuse_metoodika_2024_okt.pdf.