

Meditstiiniõiguslik tagasivaade aastale 2025

Ants Nõmper, Paul Kaasik – Ellex Raidla advokaadibüroo

Varasematel aastatel oleme meditsiiniõiguslikus tagasivaates tavaliselt keskendunud ühele suurele teemale. Aasta 2025 oli aga niivõrd sündmusterohke, et ainult ühest teemast kirjutamine oleks kuritegu teiste teemade vastu. Seepärast seletame allpool lahti kuus erinevat teemat, mis eelmisel aastal said uue regulatsiooni või olulise kohtulahendi.

ABISTATUD ENESETAPP

6. mail 2025 tegi Riigikohtu kriminaalkolleegium otsuse (1), millega mõistis õigeks abistatud enesetapu teenust pakkunud Paul Tammerti. Tammert osutas teenust, mille raames rentis seadet, mille abil said kannatanud sooritada enesetapu heeliumi sisse hingates. Teenuse eest küsis ta 3000 eurot. Tammertit süüdistati tervishoiuteenuse tegevusloata osutamises ning kaks esimest kohtuastet mõistsid ta süüdi. Riigikohus aga pööras varasemad lahendid ümber ja mõistis ta igakülgselt õigeks.

Juristidena loeme lahendist välja ka Riigikohtu üldisemad suunised enesetapule kaasaaitamise lubatavuse kohta. Riigikohus selgitas, et kannatanu teadlik enesekahjustamine üldjuhul välistab teise inimese kriminaalvastutuse. Arusaamisvõimelisel inimesel on õigus elust omal soovil lahkuda. Sellest järeldub, et enesetapu abistamine on Eestis lubatud. Nõustume Riigikohtu seisukohaga täielikult: enesetapp on õiguspärane tegu ning sellele kaasaaitamine peab samuti õiguspärane olema. Keelatud on kuriteole kaasaaitamine, mitte õiguspärasele teole kaasaaitamine. Alati on erandeid, näiteks raskete psühhoneuroloogiliste probleemidega inimese enesetapule kaasa-

aitamine on tapmine, kuna sellisel juhul ei pruugi olla tegemist teadliku enesekahjustamisega.

Samas ei kutsu me ühtegi arsti üles enesetapule kaasa aitama. Esiteks on tegemist eetilisel taunitava käitumisega, kuniks pole kehtestatud selget regulatsiooni. Teiseks oleks see arstide jaoks õigusvastane isegi siis, kui prokurör otsustab süüdistust mitte esitada. Vabaturu mineja abistamine seisneb tavalises meditsiinilises tegevuses, s.o anamneesi võtmine, diagnoosi panemine, patsiendi teavitamine, parima lahenduse valimine ja selle nõuetekohane täideviimine, ning on seega kutsetegevus. Meditsiinalase kutsetegevuse üheks aluspõhimõtteks on Hippokratese ajast olnud mittekahjustamise printsiip. Kuna enesetapu abistamine oleks patsiendi kahjustamine, rikuks arst oma kutsealaseid kohustusi. Kohutuste rikkumisega kaasneb selge risk tsiviilõiguslikeks tagajärgedeks, nagu patsiendi lähedaste kahjunõuded või arsti töösuhte lõpetamine. Lisaks puudub arstil meditsiiniline näidustus „exit-paketi“ ravimite väljakirjutamiseks, mistõttu võib narkootiliste ainete sellisel eesmärgil väljastamist käsitada ravimite ebaseadusliku käitlemisena.

Õigusliku ebakindluse vähendamiseks oleks vaja selget regulatsiooni, mis ühelt poolt lubaks rangelt piiritletud meditsiiniliselt abistatud enesetapu ning teiselt poolt keelaks ärilisel eesmärgil pakutava mittemeditsiinilise enesetapuabi. Teadmiseks poliitikutele: enesetapu abistamise täielik keelamine kukuks haledalt läbi. Seda õpetab meile Saksamaa kogemus, kus täielik keeld tunnistati põhiseadusvastaseks, kuna see muutis enesetapule igasu-

guse abistamise sisuliselt võimatuks ja riivas enesetappu teha sooviva inimese inimväärikust (2).

EUTANAASIA

Koos abistatud enesetapuga ei saa käsitlemata jätta ka eutanaasiat. Tegemist on kahe erineva mõistega, mida ikka ja jälle valesti kasutatakse. Abistatud enesetapp on tegu, millega osutatakse kaasabi (nt pakkudes vajalikud vahendid või teabe) teise inimese enesetapule. Eutanaasia on tegu, millega põhjustatakse teise inimese surm halastuse motiivil ja sureva inimese enda soovil.

Eutanaasia on juriidiliselt käsitletav tapmisena, mille eest on ette nähtud 6–15aastane vangistus (karistusseadustik, § 113 lg 1). Seejuures ei vähenda karistust tapetu enda nõusolek ega halastuse motiiv. Tapmisest võib rääkida ka olukorras, kus patsiendile süstitakse valuvaigistit eesmärgiga leevendada valu, kuid selle vältimatu kõrvaltagajärg on surm. Riigikohutunik Paavo Randma on viidanud, et hüpoteetiliselt võiks sellises olukorras arst tegutseda hädaseisundis (karistusseadustik, § 29), mis lubab kõrvaldada vahetu ohu teise isiku õigushüvedele (nt talumatu valu), kui valitud vahend (nt morfiin) on ohu kõrvaldamiseks vajalik, teisi reaalseid võimalusi ei ole ning piinade jätkumine ei ole vastuvõetav (3). Hädaseisundis tegutsemine muudab tapmise õiguspäraseks teoks (nagu ka enda hädakaitse). Seadus seab samas tingimuse, et kaitstav huvi (s.t inimväärikas elu) peab olema kahjustatavast huvist (s.t elu) ilmselgelt olulisem. Selline huvide kaalumine jääb igal juhul vaieldavaks nüansiks ning praktikas riskiks arst hädaseisundile tuginedes väga pika vanglakaristusega.

Eutanaasia mõiste alla paigutatakse tihti ka „passiivset“ ja „kaudset“ eutanaasiat. Passiivse eutanaasia näitlikustamiseks tuuakse tavaliselt kaks olukorda. Esiteks see, kui patsiendi soovil ravi ei alustata või juba alustatud ravi lõpetatakse. Teiseks olukord, kus patsiendi tahtest sõltumata (ja tihti ka tahtmist teadmata) meditsiinilistel põhjustel keeldutakse ravi alustamisest või lõpetatakse juba alustatud ravi. Seega on tegemist raviks nõusoleku puudumise või patsiendile mittevajaliku (näidustamata) raviga. Õiguspärase ravi peab tuginema nõusolekule ning olema näidustatud. Emma-kumma puudumisel on ravi keelatud. Ühelgi juhul ei ole tegemist eutanaasiaga ehk tegevusega, mis on suunatud patsiendi soovil ja halastuse motiivil tema surma esilekutsumisele. Kuna pole tegemist eutanaasiaga, ei saa olla ka terminit „passiivne eutanaasia“. Selle kasutamisest tuleb hoiduda.

Kaudseks eutanaasiaks nimetakse olukorda, kus meditsiiniline sekkumine, mis on küll vajalik, siiski hoopis kiirendab surma saabumist. Teisisõnu oleks patsient elanud kauem ilma meditsiinilise sekkumiseta, näiteks manustatakse patsiendile valuvaigisteid koguses, mis kõrvaltoimena (mitte vältimatu tagajärjena) toovad kaasa surma. Kui pärast ravimi manustamist patsient sureb ravimi kõrvaltoimete tõttu, siis on vajalik küsida, kas sellise ravimi ja sellise koguse kasutamine oli selles olukorras meditsiiniliselt põhjendatud. Kui oli põhjendatud, siis on tegemist arstiteaduse üldisele tasemele vastava ravi tüsistusse suremisega. Jällegi ei ole tegemist eutanaasiaga, sest arstliku tegevuse eesmärk ei olnud abi osutamine suremiseks. Ka termini „kaudne eutanaasia“ kasutamisest tuleb hoiduda.

PATSIENDI ELULÖPU TAHTEAVALDUS

Elu ja surma teemat jätkates: 20. mail 2025 kuulutas president välja

elulõpu tahteavalduse regulatsiooni (nimetatud ka patsienditestamendiks). Seaduse jõustumine on kavandatud 2027. aastaks. Tegemist oli kaua oodatud ja pikalt ettevalmistatud regulatsiooniga, mis oluliselt suurendab patsiendi autonoomiat ning pakub arstile raske otsuse tegemiseks tugevamat alust.

Tahteavalduse koostamisele eelneb arsti nõustamine, seejärel allkirjastab patsient tahteavalduse dokumendi omakäeliselt või digitaalselt ning see sisestatakse tervise infosüsteemi. Tahteavalduses tuleb kirjeldada olukorrad, mille saabumisel patsient keelab enda suhtes teatud tervishoiuteenuste osutamise, näiteks otsusevõimetu seisund, pöördumatu otsusevõimetu seisund või otsusevõimetu seisund koos mittevastavusega patsiendi jaoks vastuvõetavale elukvaliteedile. Keelatavate teenuste hulka võivad kuuluda näiteks hingamis-aparaadi kasutamine, elustamine kliinilisest surmast, intensiivravi osakonda hospitaliseerimine või neeruasendusravi. Konkreetsed olukorrad ja teenused, mis kantakse tahteavalduse blanketile, täpsustatakse 2027. aastaks.

Oluline on rõhutada, et elulõpu tahteavalduse teeb igati otsusevõimeline inimene, aga seda rakendatakse üksnes siis, kui seesama patsient muutub otsusevõimetuks. Otsusevõimetu on iga inimene, kes mis iganes põhjusel ei suuda oma tahet väljendada sõltumata sellest, kas see seisund on ajutine või püsiv. Otsusevõimeline patsient võib igal ajal ja seega juba aastaid varem keelduda kõikidest tervishoiuteenustest. Tegemist on patsiendi vaba enesemääramisõiguse teostamisega. Arstil ei ole õigust patsienti ravida, kui patsient on selle selgesõnaliselt keelanud. Elulõpu tahteavaldust peavad lisaks arstidele austama ka lähedased, ning kui lähedaste arvamus läheb lahku patsiendi väljendatust, siis peab arst lähtuma patsiendi elulõpu tahteavaldusest. Näiteks võib Ameerika Ühendriikides selline tahteavalduse eiramine

kvalifitseeruda lausa kehaliseks väärkohtlemiseks. Eestis senimaani pole selliseid süüdistusi arstidele esitatud.

Selleks, et arstid oskaksid elulõpu tahteavaldusega arvestada, saab see olema tervise infosüsteemi üks osa. Samamoodi on selle süsteemi osa juba praegu nõusolek elundidoonorluseks. Nagu elundidoonorlust saab patsient vabalt ka oma elulõpu tahteavaldust iga kell tühistada või ära muuta. Autorid loodavad, et eestimaalased võtavad muudatuse kiirelt omaks ja neid tahteavaldusi hakatakse tegema.

RAHVATERVISHOIU SEADUS

Liikudes edasi morbiidsetest teemadest, anname teada, et 1. septembrist 2025 kaotas kehtivuse senine rahvatervise seadus ja jõustus uus rahvatervishoiu seadus. Seadus reguleerib muu hulgas koolitoitlustust, solaariume, ujulaid ja iluteenuseid. Samuti uuendab seadus mitme riikliku meditsiini infosüsteemi õiguslikke aluseid, kuhu tervishoiuteenuse osutajatel on kohustus andmeid kanda (näiteks raseduse infosüsteem). Lisaks reguleerib seadus ning selle alusel kehtestatud määrus haiglatoitlustust.

Uuendusena loodi esmakordselt alus sekkuda libameditsiini ja sellega seotud valeinfo levitamisse. Seadus annab Terviseametile õiguse alustada järelevalvet ja määrata trahvi juhul, kui tehakse üleskutseid kasutada tervise hoidmise, kaitsmise või parandamise eesmärgil näiteks imeravimina turundatud MMSi. Täpsemalt ütleb seadus, et keegi isik ei tohi inimese tervise hoidmise, kaitsmise, edendamise või parandamise eesmärgil kutsuda avalikkust üles kasutama taimi ja loomi ega mis tahes aineid ja segusid kehale kandmise või kehasse viimise teel, kui nende kasutamisega kaasneb oht inimese elule, tervisele või elukeskkonnale.

Uus rahvatervishoiu seadus toob senisest täpsema korra ilu- ja isiku-teenuste valdkonda. Regulatsioon laieneb nüüd ka tätoveerimisele,

keha augustamisele ja püsimeigile. Seadust täpsustav ministri määrus sätestab, et iluteenuse raames ei tohi teha esteetilisi ega haiguste raviga seotud protseduure ning teenuse osutamisel ei tohi kasutada meditsiinieadmeid ega manustada ravimeid, mis on ainult tervishoiutöötajatele professionaalseks kasutamiseks määratud. Samas sisaldab regulatsioon olulist vastuolu, sest ministri määrusega ei ole lubatud piirata ettevõtlusvabadust. Selline piirang saaks tuleneda seadusest, mistõttu võib oodata vaidlusi. Sõltumata ministri määrusest on selge see, et iluteenuse raames on keelatud osutada tervishoiuteenust tervishoiuteenuste korraldamise seaduse tähenduses. Tervishoiuteenuse definitsioon on aga ebamäärane ja on seetõttu tekitanud mitmeid vaidlusi erinevate teenuste puhul. Nõelravi, botuliinisüstid ja suremisabi on vaid mõned näited. On tõenäoline, et esteetiliste protseduuride pakkumine ilusalongides jääb ka edaspidi õiguslikult ebamäärasesse tsooni ning põhjustab vaidlusi ka tulevikus.

RETSEPT PRO AUCTORE

Nüüd küsimuse juurde, mis ilmselt paljusid arste huvitab või vähemalt neile kõneainet pakub. 2025. aasta oktoobri lõpus muutis Tervisekassa Terviseameti ettepanekul retseptikeskust infotehnoloogiliselt viisil, mis ei võimalda arstidel enam iseendale retsepte välja kirjutada. Regulatsioon seejuures ei muutunud. Regulatsioon oli tegelikult juba ammu olemas. Muudatusega jõustati säte, mis on ravimiseaduses kehtinud 1. märtsist 2016. Jutt käib ravimiseaduse § 33 lõikest 1⁴, mille kohaselt tuleb ravimeid välja kirjutada teise isiku ravimise eesmärgil.

Terviseameti andmetel on seda sätet siiski süstemaatiliselt rikutud: ajavahemikul 1. jaanuarist 2024 kuni novemberini 2025 on üle 3700 arsti kirjutanud iseenda raviks välja ligikaudu 50 500 retsepti (4). Kahjuks ei saa väita, et seadus pole üheselt arusaadav või et seda saaks mitmeti tõlgendada. Täna on jõutud

konsensuseni, et retseptikeskuse tehniline piirang on õiguspärane ning ilma seadusemuudatusega seda tagasi ei pöörata. Küsimusi tekitab aga see, miks viis Tervisekassa muudatuse ellu üleöö ja ette teatamata. Paljudele arstidele, kes olid harjunud endale ravimeid välja kirjutama, võis see tulla ootamatult ning põhjustada olukorra, kus vajalik ravim jäi ajutiselt saamata.

Kuna ilma seadusemuudatusega ei ole võimalik arstide õigust iseendale retsepte välja kirjutada taastada, alustati ravimiseaduse muutmise eelnõu ettevalmistamist. Eelnõu üle on küll pikalt arutatud, kuid Riigikogule esitatava lõppversioonini ei ole veel jõutud. Arutelud käivad nii selle üle, kas kehtestada loetelu ravimitest, mida arst võiks endale välja kirjutada (nt vererõhuravimid), kui ka selle üle, kas koostada hoopis välistav nimekirja ravimitest, mida iseendale välja kirjutada ei tohiks. Välistava nimekirja koostamiseks pöörduiti ka psühhiaatrite seltsi poole, kuid seltsi hinnangul ei ole olemas „ohutuid“ ja „ohtlikke“ ravimeid (5).

OHJELDUSMEETMETE RAKENDAMINE

Üks teine eelnõu, mis hakkab samuti arsti tööd mõjutama, puudutab ohjeldusmeetme rakendamist. Riigikogusse jõudis 15. detsembril 2025 eelnõu, mis lubaks psüühikahäirega patsienti ohjeldada vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi osutamisel (6). Selleks muudetakse tervishoiuteenuste korraldamise seadust. Kehtiva psühhiaatrilise abi seaduse järgi on ohjeldamine praegu lubatud üksnes haigla psühhiaatriaosakonnas. Tegelikult on patsiente aga pidanud ohjeldama ka teistes haigla osakondades juba aastaid.

On selge, et ka püsiva psüühikahäirega patsient ei saa alati viibida psühhiaatriaosakonnas. Näiteks võib tekkida vajadus toimetada dementsusega patsient südame-uuringule kardioloogiaosakonda. Samas võib just ebameeldivate

meditsiiniliste protseduuride ajal muutuda dementne patsient agressiivseks. Teise näitena võib tuua olukorra, kus muidu tervel inimesel tekib operatsioonijärgne psühhooos. Psühhooosis patsient, kes ilmselgelt ei saanud kirurgilt psühhiaatrilist abi ja seetõttu ei ole psühhiaatrilise abi seaduse kohaldamisalas, ei mõista oma olukorda ning püüab eemaldada kanüüle või muid elutähtsaid vahendeid. Sellistes olukordades on patsiendi ohjeldamine hädavajalik, et vältida raskeid vigastusi. Keegi ei soovi pärast operatsiooni lahkuda haiglast uue tervisehädaga, mis tekkis seetõttu, et seadus ei lubanud arstil teda õigel ajal ohjeldada.

Kuigi ohjeldusmeetmeid praktikas pidevalt rakendati, ei olnud ega ole see tegelikult õiguspärane. Sellele probleemile juhtis tähelepanu õiguskantsler juba 2023. aasta märgukirjas Sotsiaalministeeriumile (7). Selge õigusliku aluse puudumine viis tegutsemiseni n-ö hallil alal, kus suureneb nii eksimuste kui ka õnnetuste risk. Üks selline juhtum jõudis avalikkuse ette 2016. aastal, kui meedias avaldati lugu öö otsa voodi külge seotud 93aastasest patsiendist (8). Patsiendi vaatenurgast on eelnõu igati tervitatav ning loodetavasti saab see formaalne juriidiline probleem lähiajal ka seadusandlikult lahendatud.

KOKKUVÕTTE ASESEL

Kokkuvõtte asemel heidame pilgu hoopis alanud aastale. Mida oodata aastalt 2026? Võib arvata, et alanud aasta ei tule sündmustevaesem kui eelmine.

Kõigepealt on vaja ära märkida, et alanud aastal tuleb Tervisekassal välja kuulutada uus ravi rahastamise lepingu sõlmimise konkurss. Selle raames tuleb otsustada, millises mahus eelistada haiglavõrgu arengukava haiglaid ja millises ulatuses avada turg eratervishoiuteenuse osutajatele. Võib prognoosida, et mida iganes Tervisekassa otsustab, need otsused kaevatakse kohtusse ja Tervisekassa uus juht saab sealt oma tuleristsed.

Ühiskondlikku debatti silmas pidades võib arvata, et suureneb surve abistatud enesetapu ja eutanaasia teema reguleerimiseks. Mida lähemale tulevad Riigikogu valimised, seda tõenäolisem on, et mõni poliitiline jõud otsustab selle teemaga tegelema hakata.

Tervishoiusektori enda poole pealt vaadatuna võib ennustada, et jätkub surve tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse muutmiseks. Lisaks tuleb arvestada võimalusega, et

kehtestatakse uus nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus, mille eelnõu on juba saadetud kooskõlastusringile.

KIRJANDUS

1. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi kohtuotsus RKKKo 1-23-5985. <https://www.riigikohus.ee/et/laendid/?asjaNr=1-23-5985/71>.
2. Saksamaa Liitvabariigi konstitutsioonikohtu BVerfG otsus 2 BvR 2347/15. https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.
3. Randma P. Paavo Randma: hästi surev suguselts. Eesti Rahvusringhääling 06.05.2025. <https://www.err.ee/1609685162/paavo-randma-hasti-surev-suguselts>.
4. Lao: endale retsepti kirjutamiseks peab looma arstidele õigusliku aluse. Eesti Rahvusringhääling

18.11.2025. <https://www.err.ee/1609860954/lao-endale-retsepti-kirjutamiseks-peab-looma-arstidele-ogusliku-aluse>

5. Ibrus K. Psühhiaatrite arvates pole ohtlikke ega ohutuid psühhotroopseid ravimeid, mida arstid ei võiks iseendale välja kirjutada. Delfi 29.12.2025. <https://www.delfi.ee/artikkel/120424561/psuhhiaatrite-arvates-pole-ohlikke-ega-ohutuid-psuhhotroopseid-ravimeid-mida-arstid-ei-voiks-iseendale-valja-kirjutada>.
6. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse täiendamise seadus (ohjeldusmeetmete rakendamine) 780 SE. <https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/3a32c78c-78b4-4a35-91c3-68027a7377fc/tervishoiuteenuste-korraldamise-seaduse-taiendamise-seadus-ohjeldusmeetmete-rakendamine/>.
7. Õiguskantsleri 31.01.2023. a kiri „Patsientide ohjeldamise reeglid“. <https://www.oguskantsler.ee/sites/default/files/2024-11/Patsientide%20ohjeldamise%20reeglid.pdf>.
8. Haigla sidus 93aastase memme voodi külge kinni. Põhjarannik 21.01.2016.

Koronaararteri stendi tüsistused kujunevad sagedamini diabeedihaigetel

Vähe on andmeid teise põlvkonna ravimeid vabastavate stentide (*drug-eluting stents* – DES) paigaldamise järgsete tüsistuste kohta (stendi restenoos, tromboos) diabeediga patsientidel.

Rootsi Karolinska Instituudi ja Hispaania Barcelona biomeditsiiniliste uuringute instituudi koostöös hinnati DESi paigaldamise järgset DESi restenoosi või tromboosi riski I tüüpi ja II tüüpi diabeediga patsientidel võrreldes

diabeedita patsientidega (kontrollrühm). Analüüsiti 160 423 patsiendi andmeid, kel oli aastatel 2010–2020 Rootsis paigaldatud DES; neist põdes I tüüpi diabeeti 2406 ja II tüüpi 43 377 patsienti, ülejäänud moodustasid kontrollrühma. Jälgimisperiood oli 4,5 aastat.

Selle aja vältel kujunes stendi tüsistus – stenoos või tromboos – 5510 patsiendil. Võrreldes kontrollrühmaga oli DESi tüsistuste riskisuhe (HR) I tüüpi diabeediga patsientidel 2,28 ja II tüüpi diabeediga patsientidel 1,35. Sealjuures oli tüsistuse arv suurim esimesel protseduurijärgsel kuul (diabeedi-

haigetel 9,27/100 isikaasta kohta, kontrollrühmas 4,34/100 isikaasta kohta) ja 6 kuu möödudes see vähenes.

DESi paigaldamise järel on diabeedihaigetel suur stendi restenoosi ja/või tromboosi risk, I tüüpi diabeediga patsientidel pea 2 korda suurem kui II tüüpi diabeediga patsientidel, risk on enam väljendunud esimesel kuuel DESi paigaldamise järgsel kuul.

REFEREERITUD

Santos-Pardo I, Franko MA, Hofmann R, Nyström T. Coronary Stent Failure in Patients With Diabetes: A Nationwide Observational Study From SWEDEHEART. *Diabetes Care* 2026;49:266–76.

LÜHIDALT