

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Õiguse instituut

Andrus Avarand

**PATSIENTIDE ÕIGUSTE KAITSE MEDITSIINITÖÖTAJATE
TEHTAVATE RAVIVIGADE KORRAL**

Bakalaureusetöö

Õppekava HAJB08/12, peeriala Eesti avalik ja eraõigus

Juhendaja: Keijo Lindeberg, MA

Kaasjuhendaja: Kaido Künnapas, PhD

Tallinn 2018

Deklareerin, et olen koostanud töö iseseisvalt ja olen viidanud kõikidele töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele, ning ei ole esitanud sama tööd varasemalt ainepunktide saamiseks. Töö pikkuseks on sõna sissejuhatusest kuni kokkuvõtte lõpuni.

Andrus Avarand

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 123362HAJB

Üliõpilase e-posti aadress: andrus.avarand@gmail.com

Juhendaja: Keijo Lindeberg, MA:

Töö vastab kehtivatele nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaasjuhendaja Kaido Künnapas, PhD:

Töö vastab kehtivatele nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(nimi, allkiri, kuupäev)

SISUKORD

SISUKORD	3
LÜHIKOKKUVÕTE	4
SISSEJUHATUS	5
1. Patsientide õigused tervishoiuteenuse saamisel ja tervishoiutöötaja vastutus	7
1.1. Tsiviilõiguslik vastutus	8
1.1.1. Lepinguline vastutus	9
1.1.2. Süü	10
1.2. Karistusõiguslik vastutus	10
1.3. Dokumenteerimiskohustus	16
2. Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamine	18
2.1. Tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedinõuded	18
2.2. Ravivead ja nendest teavitamine	20
2.3. Vastutuskindlustus	23
2.4. Välisriikides kehtivad vastutuskindlustuse süsteemid	24
2.4.1 Soome	24
2.4.2 Rootsi	25
KOKKUVÕTE	27
SUMMARY	29
KASUTATUD ALLIKATE LOETELU	32

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva bakalaureusetöö autori eesmärk on leida vastus järgnevale küsimusele: kas meditsiinitöötajate töö käigus tehtud ravivigade korral on patsientide huvid ja õigused kaitstud?

Arstide tööpetsiifika juurde kuuluvad paratamatult soovimatud tulemused, mis võivad tekkida nii taastumisprotsessi ennustamatuse kui ka ravi käigus tehtud vea tõttu. Eesti kehtiv süüline vastutus paneb meditsiinitöötajaid inimeste ravimisse suurema ettevaatlikusega suhtuma, sest hooletuse korral võib neid ees oodata lisaks rahalisele nõudele ka karistusõiguslik vastutus. Halvimal juhul võib see lõpetada töötaja edasise karjääri. Autor on seisukohal, et süüdlase leidmisele keskenduv vastutussüsteem mõjutab meditsiinitöötajat raviteenuse osutamisel pigem tegelema enda vastu suunatud võimalike kahjunõuete ennetamisega. See võib väljenduda keerulisemate ravijuhtude korral riskantsema ravi vältimisega ning mõjutada töötajaid ravivigu varjama. Autor järeldab, et süüline vastutus mõjub patsiendi õigusele saada parimat võimalikku ravi pigem negatiivselt.

Käesoleva töö raames leidis autor, et patsientide õiguste kaitse meditsiinitöötajate ravivigade korral Eestis on küll reguleeritud ja teoreetiliselt olemas, aga nendega seotud protsessid on praktikas patsiendi suhtes väga kurnavad. Teiste riikide praktikast nähtub, et patsientide huvide kaitseks on võimalik rakendada efektiivsemaid süsteeme ja et Eesti sellealast seadusandlust oleks võimalik/vajalik vastavalt korrigeerida.

Võtmesõnad: Meditsiinitöötaja vastutus, Ravivead , Vastutuskindlustus

SISSEJUHATUS

Arstiamet nõuab selle esindajatelt kõrget pingetaluvust ning vastutustunnet. Ühiskonnal on arstide suhtes kõrged ootused – nende poole pöördutakse alati siis, kui tervisega on midagi halvasti, tihti viimases hädas. Arsti ülesanne on eksimatult leida kõigile terviseprobleemidele õige lahendus. Niisiis on aeg ja operatiivne tegutsemine arstide töös sageli kriitilise tähtsusega. Kiire tegutsemiseta võib patsiendi seisund kardinaalselt halveneda ning pinge arstile õigete otsuste langetamise osas kasvab veelgi.

Arstide tööpetsiifika juurde kuuluvad seega paratamatult soovimatud tulemused, mis võivad tekkida nii taastumisprotsessi ennustamatuse kui ka ravi käigus tehtud vea tõttu. Vigade parandus meditsiinis on sageli palju keerulisem (või suisa võimatu), võrreldes muude eluvaldkondadega.

Pisemad vead, mille on tekitanud vale diagnoos ning ebasobivalt määratud ravi, on mõnikord kiire tegutsemise järel võimalik parandada. Samas tuleb ette ka olukordi, kus esialgne vale otsus osutub pöördumatuks, lõppedes näiteks püsiva tervisekahjustuse, invaliidsuse või isegi surmaga.

Olgugi, et teatud mõttes on meditsiin teenus (nt sarnaselt haridusega), on arstiabile ühiskonnas siiski kõrgendatud nõudmised – see hõlmab inimeste põhiõigusi elule ja tervisele.

Riigil on kohustus tagada inimestele nende põhiõiguslik kaitse ning riik peab seadustega reguleerima tervishoiuteenust osutavate asutuste ja nende töötajate vastutust inimestele teenuse osutamisel.

Oma loomult on meditsiin aga ka väga praktiline ja inimese suhtes positiivne nähtus, sest üritab inimest aidata, taastades näiteks tema töö- ja õppimisvõime. Õigusnorm on jällegi inimest piirav, sest määrab, mida inimene teha ei tohi.

Sellest tulenevalt tõstatub sageli palju keerulisi küsimusi, kui jutuks on õigusnormidega meditsiinitöötaja tegevuse reguleerimine. Aga kuidas hinnata seda, kui detailselt on üldse mõistlik, vajalik ja võimalik reguleerida tervishoiutöötajate tööd viisil, mis ei muudaks seda praktikas liiga koormavaks, hakates hoopiski negatiivselt töö kvaliteedile mõjuma.

Euroopa Parlament võttis vastu aastal 2011 Euroopa Liidu ja Nõukogu direktiivi 2011/24/EL, 9. artikkel 4 punkt d, mille alusel on kohustatud EL liikmesriigid rakendama osutatava ravi puhul kutsealase vastutuskindlustuse süsteemi, tagatist või samalaadset ning eesmärgilt samaväärset meetet, mis on põhiolemuselt võrreldav ning vastab riski laadile ja ulatusele.¹ Töös kontrollib autor, kas Eesti on vastavat direktiivi piisavalt rakendanud siseriiklikult.

Käesoleva bakalaureusetöö autori eesmärk on leida vastus järgnevale küsimusele: kas meditsiinitöötajate töö käigus tehtud ravivigade korral on patsientide huvid ja õigused kaitstud? Töö esimeses osas analüüsib autor meditsiinitöötajate süülist ja mittesüülist vastutust ning teises osas võrdleb Eestis hetkel kehtivat vastutuskindlustussüsteemi muudes riikides toimivate vastavate süsteemidega.

Püstitatud on järgmine uurimisküsimus: "Kas Eestis kehtiv õiguslik regulatsioon kaitseb patsientide huve ravivigade korral?" Töö kirjutamisel on kasutatud analüüsivat ja võrdlevat uurimismeetodit ning töö allikatena rahvusvahelisi teadusartikleid, Juridica artikleid, kirjastus Juura väljaandeid ning õigusnorme ja seaduse eelnõusid.

¹ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Artikkel 4.2.d. Kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN> . 20.märts 2018

1. Patsientide õigused tervishoiuteenuse saamisel ja tervishoiutöötaja vastutus

Eestis on meditsiinitöötaja vastutus olnud problemaatiline teema juba mõnda aega. On küll olemas seda teemat puudutavad õigusnormid, aga praktikas jõuab kohtusse väga vähe juhtumeid. World Health Organization' i andmetel esineb ravivigastid kogu Euroopas keskmiselt 8% - 12% kõigist hospitaliseerimisjuhtumitest.² Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni andmetel on neile tervishoiu teenuse kvaliteedi osas laekunud aastatel 2010-2016 kokku 894 kaebust. Sellest 221 korral on tuvastatud arstliku tegevuse vigu.³ Sellest võib järeldada, et paljud juhtumid jäävad menetlemata ja patsientide õigused kaitsmata.

Meditsiinitöötaja võib kanda oma vea tõttu nii karistusõiguslikku kui ka tsiviilõiguslikku vastutust. Eesmärk on süüaluse vastutusele võtmine tehtud vigade eest ja kriminaalmenetluse korral ka karistamine. Tsviilõiguses on vastutuse eesmärgiks taastada tagajärgedele eelnenud olukord. Karistusõigus peabki olema viimane võimalus mõjutamiseks. Oluline on ühiskonnaliikmetele tagada, et nende õigused oleks kaitstud.⁴

Meditsiinitöötajate jaoks võib igapäevane töö tegemine olla sama rutiinne nagu seda on ükskõik mis töö puhul. Eriti tugevalt võib rutiin mõju avaldada, kui töötaja töökoormus on väga suur ja töövõtted ühesugused. Selle juures võivad meditsiinitöötajad inimlikust aspektist kaotada valvsuse, mida tegelikult juhtuda ei tohiks nende erialal.

„Igasugune raviline sekkumine inimkehasse kannab kehavigastuse tekitamise tunnuseid kehalise väärkohtlemise vormis. Kehalise väärkohtlemise all mõistab õiguspraktika nimelt igasugust kehalise puutumatus rikkumist. Tagajärg on see, et iga arstlik operatsioon vastab kehavigastuse

² World Health Organization regional Office for Europe. (2018). Patient safety data and statistics. Kättesaadav: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics#>, 1.märts 2018.

³ Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus arvudes. (2010-2016) Kättesaadav: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/akek_ja_tke_tegevus_arvudes_2.pdf, 1.märts 2018.

⁴ Sootak, J.,(2010). Karistuõigus Üldosa – kirjastus Juura. lk 102

tekitamise tunnustele. Seda ka juhul, kui operatsioon on vajalik patsiendi elu päästmiseks või ei põhjusta mingeid komplikatsioone, sest nii või teisiti on rünnatud kehalist puutumatus. See kehtib mitte ainult operatiivse, vaid ka keemilise ja/või bioloogilise sekkumise kohta, s.t ravimite manustamisel süstimise teel ja ka oraalset.⁵

Arsti sekkumine patsiendi tervisesse võib olla seotud tõsiste tagajärgedega ja seetõttu tuleb võimalikke vigu analüüsida ka kriminaalõiguslikust seisukohast.⁶

Patsientide õigused on kõige primaarsemal kujul tagatud Eesti Vabariigi Põhiseadusega §-ga 16, mille alusel on igal inimesel õigus elule ja §-ga 28, mille alusel on igal inimesel õigus tervise kaitsele. Kuivõrd meditsiiniline viga ohustab patsiendi tervist, on § 14 põhjal patsientidel õigus pöörduda meditsiinitöötajate vastutusele võtmiseks kohtu poole.⁷

1.1. Tsiviilõiguslik vastutus

Tsiviilõiguslik vastutus tervishoiuteenuse osutamisel on reguleeritud võlaõigusseaduses. Sisuliselt on tegemist teenuse osutamise lepingu alaliigiga, kuid ometi erineb vastutuse reguleerimine tavapärasest teenuse osutamise vastutuse regulatsioonist. Enamikes riikides on tervishoiuteenuse osutaja vastutuse suhtes kehtestatud eriregulatsioon. VÕS §758 alusel kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja) osutama oma kutsetegevuses teisele isikule (patsient) tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite järgi tema tervise läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamisega otseselt seotud tegevust.⁸

Esiteks vajab tervishoiuteenuse osutamine eriregulatsioone, sest ravimine on alati seotud riskidega patsiendile, seda olenemata raviasutuse rahalistest võimetest. Ometi ei võta raviasutus neid riske oma lõbuks, vaid eesmärgiga patsiendi tervist paremaks muuta. Seetõttu oleks ebaõiglane jätta

⁵ Samson E. (1997). Meditsiiniõiguse traditsioonilised ja uued probleemid. – Juridica, 1997 /2 , lk 60-66

⁶ Ibid., lk 60-66

⁷ Madise, Ü., Kalmo, H., Mälksoo, L., Narits, R., Raidla, J., Vinkel, P. (2017) Eesti Vabariigi põhiseadus kommenteeritud väljaanne nr 4 – kirjastus Juura, lk 196-389.

⁸ Võlaõigusseadus, RT I, 31.12.2017, 8

kogu vastutus teenuse pakkuja kanda. Juhul, kui raviasutus on teinud kõik korrektset, jääb ravist tulenev mitterahuldav tulemus patsiendi enda kanda, sest ühegi ravi puhul ei saa meditsiinitöötaja anda 100% õnnestumise garantiid. Teiseks ei ole võimalik kõikides raviasutustes teha kõike, mida oleks põhimõtteliselt võimalik teha parima ravitulemuse saavutamiseks. Nimelt on meditsiinitöötajate võimalused piiratud erinevatel viisidel. Näiteks ei viida igas raviasutuses läbi kõiki operatsioone, ühtlasi ei ole alatikätesaadavad kõik ravimid. Paljuski taanduvad probleemid majanduslikele võimalustele. Haigekassa lihtsalt ei kata rahaliselt kõikide teenuste eest, mis iseenesest on juba teaduslikult tõestatud ja võimalik kasutada meditsiinis.

Kolmandaks võib olla terviseprobleemide lahendamisel mitu võimalikku (ja ühtviisi adekvaatset) ravimeetodit – selle osas on otsustusõigus arstil. Vastutusele saab võtta arsti juhul, kui selgub, et ravimeetod oli siiski vale ja järgima oleks pidanud mingit muud ravimeetodit.

Olukorras, kus meditsiinitöötaja on teinud kõik nõuetekohase oleks patsiendil äärmiselt keeruline tõendada, et tervislik kahju on põhjustatud meditsiinitöötaja tegevusest. Rikkumise ja kahju põhjuslik seos ei oleks selge, kuna meditsiinitöötaja võib alati väita, et isegi temapoolse rikkumise puudumise korral oleks lõpptulemus olnud sama. Sellepärast peaks vastutuse regulatsioon aitama patsiendil tõendamiskustest üle saada.⁹

1.1.1. Lepinguline vastutus

Tervishoiuteenuse osutaja lepinguline vastutus tuleneb VÕS-i §-s 770, milles on öeldud, et tervishoiuteenuse osutaja ja käesoleva seaduse §758 lõikes 2 nimetatud isik “vastutavad üksnes oma kohustuste süülise rikkumise eest, eelkõige diagnoosi- ja ravivigade ning patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustuse rikkumise korral.” Selle paragrahvi ülesanne on kehtestada tavalise lepingulise vastutusega võrreldes eetiliselt kõrgem vastutusstandard. Laiendatud on vastutavate isikute ringi ning on kergendatud patsientide tõendamiskoormist. Aga seejuures on oluline nüanss, et lepingulise kahju hüvitamise nõude korral peab patsient tõendama tervishoiuteenuse osutamisel kohustuste rikkumist, süüd, kahju tekkimist ja põhjuslikku seost.¹⁰ Seega on vastutuse aluseks tervishoiuteenuse osutaja kohustuse rikkumise fakt, mille puhul ei ole enam põhjus oluline. Tervishoiuteenuse osutaja vastutusele võtmisele on lisaks rikkumisel faktile tõendada ka süü.

⁹ Nõmper, A., Sootak, J. (2007) Meditsiiniõigus. – Juura, 2007, lk 130-136

¹⁰ Varul, P., Kull, I., Kõve, V., Käerdi, M., Võlaõigusseadus. III kommenteeritud väljaanne, § 770, komm 1. Juura, 2009

1.1.2. Süü

Süü tuleneb VÕS §-st 104, mille kohaselt on süü vormideks hooletus, raske hooletus ning tahtlus. Hooletuse korral ei riku teenuse osutaja meelega, vaid seetõttu, et ei olnud piisavalt hoolikas rikkumise ärahoidmiseks. Vastavalt hooletuse määrale, hinnatakse, kas tegu oli raske hooletuse või lihtsalt hooletusega. Tahtluse korral peab teenuse osutaja teadlikult rikkuma oma kohustust.

Kui on tuvastatud tervishoiuteenuse osutaja vastutus, siis võib patsient kasutada õiguskaitsevahendina kas teenuse eest tasu maksmise keeldumist, nõuda uut tervishoiuteenust või nõuda kahju hüvitamist. Tervishoiuteenuse osutaja vastutab ka kogu abipersonali ja seadmete eest. Kui on tekkinud kahju näiteks meditsiiniõe tegevuse tulemusel või hoopis mõne meditsiinitehnika vea tõttu. Lisaks on tervishoiuteenuse osutajal vastutus organisatsiooniliste kohustuste rikkumise ees, mis hõlmab endas laiemalt kogu asutuse töökorraldust ja ohutusnõudeid.

VÕS §770 lõike 1 kohaselt lisaks tervishoiuteenuse osutajale vastutab VÕS § 758 lõikes 2 nimetatud isikud, kelleks on kvalifitseeritud arstid, hambaarstid, iseseisvalt tervishoiuteenust osutavad õed ja ämmaemandad, kes tegutsevad töölepingu või muu sarnase lepingu alusel tervishoiuteenuse osutaja juures. Isikliku vastutuse puhul on vaja selgeks teha, mis rolli täidab ja millise lepingulise suhtega on antud töötaja. Sellisel juhul, kui töötaja kvalifitseerub seaduse alusel isikliku vastutuse võtmiseks, siis on töötaja ja tervishoiuteenuse osutaja solidaarvõlgnikud VÕS §65 lg 2 alusel ja patsiendil on õigus ise valida, kelle vastu ja mis ulatuses ta nõude esitab.¹¹

1.2. Karistusõiguslik vastutus

Karistusõiguslik vastutus seisneb kohustuses taluda karistust, mis on määratud karistusseadustikus kirjeldatud teo (kuritegu) või muudes seadustes kirjeldatud teo (väärtegu) eest.

Selleks, et kedagi karistada kriminaalõiguslikust seisukohast, siis on vaja kõigi järgnevate asjaolude olemasolu:

1. Koosseisupärasus:

- 1) objektiivsed tunnused – Peavad olema objektiivsed tunnused vastavalt karistusnormile (on põhjustatud kahju tervisele)

- 2) subjektiivsed tunnused – teo toimepanija on tegutsemine tahtlikult (s.t peab võimalikuks, et tema tegutsemine on karistatav ja tunnistab seda).

¹¹ Nõmper.A, Sootak.J (2007) Meditsiiniõigus. – Juura, 2007, lk 130-136

2. Õigusvastane tegu

Eeldatakse, et koosseisupärane tegu on õigusvastane. Eeldust saab ümber lükata õigusvastasust välistavate asjaoludega, näiteks hädaseisund ja nõusolek.

3. Süüline tegu

Eeldatakse, et koosseisupärane ja õigusvastane tegu on süüliselt toime pandud.

Karistusõigusliku vastutuse kohaldamiseks tuleb leida sobiv norm, mis teo eest karistuse ette näeb ja kontrollida, kas süüdlase käitumine vastab sellele normile.

Karistusseadustik näeb ette karistusi lisaks ravivigade põhjustamisele ka meditsiinivaldkonna olulistes tegevustes nagu ebaseaduslik ravimine, abi andmata jätmine, nakkushaiguste levikuga seotud nõueterikkumised jne¹²

Süüteo eest vastutusele võtmiseks on vaja, et oleks täidetud objektiivne koosseis ning subjektiivne koosseis. Lisaks ei tohi esineda süüd välistavaid asjaolusid. Arstide ning teiste tervishoiutöötajate eksimus, mida võib esineda kergemal või raskemal määral, tuleneb hoolsuskohustuse rikkumisest, mis on tingitud tegevusetusest. Karistusseadustikust § 13 sätestab, et isik vastutab sellise tegevusetuse eest, kui ta oli õiguslikult kohustatud tegutsema.¹³ Ühtlasi tundub kohtupraktikat vaadates, et tegevusetusest tekkinud süü tõendamise on väga raske, sest süüdimõistvaid kohtulahendeid on väga vähe.

Üks märgilisi riigikohtulahendeid, mis on tehtud Riigikohtu poolt 29.11.2010, kus arst tekitas tegevusetusest raske tervisekahjustuse.¹⁴ See kohtuotsus on märgiline, sest eelnevalt ei ole ühtegi meditsiinitöötajate tegevusetuse tõttu tekkinud hooletuseveast süüdi mõistetud. Alljärgnevalt on kirjeldatud lühidalt kaasuse asjaolusid ning seejärel analüüsitud hoolsuskohustuse rikkumise tuvastamist.

Riigikohtu kriminaalkolleegiumi 29.11.10 otsus nr 3-1-1-79-10

Käesolevas kriminaalasjas on esitatud süüdistus Carmen Heinväljale selles, et tema, oli 07.02.2007 töölepingu alusel tööl SA Pärnu Haigla Naiste ja laste kliinikus Pärnus naistearstina haiglavalves, olles võlaõigusseaduse võlaõigusseaduse § 758 lg 1 ja lg 2 alusel tervishoiuteenust osutavaks

¹² Ibid ,lk 119-121

¹³ Sootak, J.,(2010). Karistuõigus Üldosa – kirjastus Juura. lk 186

¹⁴ RKKKo 29.11.10, 3-1-1-79-10

kvalifitseeritud arstiks, kes pidi pakkuma patsiendile sünnitusabi, milline tervishoiuteenus pidi VÕS § 762 kohaselt vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuli osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega, millist kohustust C. Heinväli rikkus ja jättis alates kella 21.00-st õigeaegselt sünnituse lõpule viimata, hinnates valesti sünnitusabi situatsiooni ja kardiogrammi sünnituse lõppfaasis, põhjustades nii sünnitajal kui ka sündinud tütrele raskeid tervisekahjustusi.

Loote kardiogrammil hapnikuvarustuse häiretele viitavate muutuste ilmumisel (madal basaarrütm, hilised aeglustumised kompensatsioonita) alates kell 21.00-st tekkis oht T. M tervisele ning emakarebendi tekkides oht patsiendile ja ta tütre elule, mis oli näidustuseks sünnituse kiireks lõpetamiseks, seega alates kell 21.00-st oleks Carmen Heinväli pidanud tegema kõik selleks, et sünnitus kiiresti lõpetada keisrilõike sooritamise teel, see tähendab laps väljutada 10-15 minuti jooksul.

E. M sünnituse lõpetamise viivitamisega alates kell 21-st tekitas Carmen Heinväli oma tegevusega patsiendile ja tema sündivale tütrele eluohtliku seisundi, mis väljendus E. M 6 cm pikkuses emakarebendis, mille tagajärjel eemaldati E. M emakas koos ühe munajuha ja munasarjaga, põhjustades E. M püsiva elundikaotuse, mille tõttu ta on kaotanud reproduktiivfunktsiooni. T. M sündis 07.02.2007.a kell 21.47 keisrilõike teel eluohtlikus raskes asfüksia seisundis. T.M diagnoositi asfüksia järgne kesknärvisüsteemi kahjustus hüpoksilis-isheemilise entsefalopaatiaga, millega kaasnes psühhomotoorse arengu pidurdus, krambisündroom, bulbaarparalüüs ja lihastoonuse tõus, mille tagajärjel laps ei istunud, käinud, roomanud, rääkinud ega suutnud toime tulla ühegi elufunktsiooniga kõrvalise abita, millised tervisekahjustused ja nendega kaasnevad puuded T. M olid püsivad.

07.02.2007.a toimunud tüsistunud sünnituse järgselt, teadasaamisel E. M endale ja tema lapsele T. M tekkinud tervisekahjustustest, vallandus E. M tugev emotsionaalne reaktsioon Posttraumaatiline stressihäire, mis reaalse psühhotraumeeriva situatsiooni püsimisel muutus püsivaks emotsionaalsete häirete kogumiks Sellise tegevusega pani Carmen Heinväli tegevusega ettevaatamatusest toime kahele inimesele raske tervisekahjustuse tekitamise, s.o KarS § 119 lg 2- § 13 lg 1 järgi kvalifitseeritava kuriteo. Carmen Heinväljale on esitatud süüdistus KarS § 13 lg 1 ja § 119 lg 2 järgi ettevaatamatusest tegevuse tagajärjel kahele inimesele raske tervisekahjustuse tekitamises.

Käesoleva kriminaalasja menetlusega on kindlaks tehtud, et kannatanul E. M tekkis sünnituse käigus eluohtlik seisund 6 cm pikkuse emakarebendi näol, samuti eemaldati tal operatsiooniga elundid - emakas koos ühe munajuha ja munasarjaga. Elundite eemaldamise tulemusena on E. M alatiseks kaotanud võime normaalse reproduktiivse funktsiooni, s.o. võime sünnitamiseks. Seega

esinesid E. M raskete tervisekahjustustena oht elule, samuti elundi kaotus ja selle tegevuse lakkamine. T. M tekkis raskes afüksia seisundis sünnitusega, mille tõttu tuli teda elustada, samuti oht elule. T. M oli diagnoositud afüksia järgsed kesknärvisüsteemi kahjustused, mille tagajärjel ta ei suutnud istuda, roomata, käia ega kõneleda. Samuti ei saanud ta iseseisvalt hakkama ühegi elufunktsiooniga vajades pidevat kõrvalabi. 03.04.2012.a. T. M suri.

Maakohtu otsusest selgub, et C. Heinväli ennast süüdi ei tunnista üheski astmes. Kannatanu saabus 07.02.2007 kella 10.45 paiku Pärnu Haiglasse. Teda võttis vastu dr L ja temaga tegeles ämmaemand. Kella 13.30 ajal alustati sünnitusega. Süüdistatava valve algas kell 16.00 ja ta ilmus osakonda peale kella 18. Selleks ajaks oli sünnitustegevus alanud. Sünnitustuppa viidi kannatanu kella 19.00 paiku, enne seda oli C. Heinväli ta läbi vaadanud. Kella 20.00 paiku pandi E. M-le peale KTG, mille järel ämmaemand teavitas süüdistatavat, et lapse südametöö on aeglustunud. Heinväli andis siis korralduse keisrilõikeks.

Kell 21.23 helistas C. Heinväli dr V-le ja kutsus ta haiglasse, kes jõudis kohale umbes 10 minutiga. Süüdistatav oli siis riietusruumis ja kannatanuga tegeles anestezioloog. Dr V sai kohe aru, et asi on valesti – patsiendil olid olemas emakaruptuuri tunnused. Kell 21.35 alustati operatsiooni ja kell 21.47 oli laps käes.¹⁵

Riigikohus otsustas saata kohtuasja tagasi uueks arutamiseks Pärnu Maakohtusse, kus tehti uus otsus tunnistada süüdi Carem Heinväli KarS § 13 lg 1 ja § 119 lg 2 järgi ja mõista karistuseks 1 aasta vangistust 3-aastase katseajaga.¹⁶

Maakohus leidis, et süüaluse tegu on leidnud tõendamist, sest tervishoiuteenus ei vastanud kvaliteedinõuetele, arstiteaduse üldisele tasemele ja seda ei osutatud arstilt tavaliselt oodatava hoolsusega VÕS § 762 mõttes.¹⁷

Hoolsuskohustuse rikkumine on tegu, millega tahtmatult täidetakse süüteokoosseis, kuigi see oleks teo toimepanijale jõukohase hoolsuskohustuse täitmise korral välditav. Hoolsus tähendab ka kohustust tunnetada ohtu, tajuda tingimusi, milles viibitakse. Hoolsuskohustuse rikkumine on üldreegli ühiskonnas objektiivselt eksisteeriva tähelepanelikkuse ja kohusetundlikkuse nõude rikkumine. Hoolsuskohustuse rikkumist hinnatakse nii, et võetakse sama eriala arst ja vaadatakse,

¹⁵ PMK 05.02.13, 1-12-5377

¹⁶ RKKKo 29.11.10, 3-1-1-79-10

¹⁷ PMK 05.02.13, 1-12-5377

kuidas tema oleks samadel asjaoludel selles situatsioonis toiminud. Kui sama tagajärg oleks ka siis saanud, on hoolsuskohustus täidetud ja vastutus objektiivselt välistatud.¹⁸

Oluline nüanss antud kaasuses oli, et kostja esindaja taotles kohtult olemasolevate dokumentide mitte piisavaks tõenditeks kvalifitseerumist. Kaasusest selgub, et Ringkonnakohus on asunud seisukohale, et Tervishoiuameti arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni otsus ei ole vaadeldav ekspertarvamusena ja Riigikohus sellega nõustunud. See punkt näitab ilmekalt, et patsiendil on keeruline saada erapooletut ning nõuetele vastavat eksperthinnangut enda olukorrale.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni (TKE) poolt on aastatel 2006-2011 Eestis tuvastatud 106 arstliku tegevuse tagajärjel tekkinud viga¹⁹, siis maa-ja ringkonnakohtutes on tehtud arsti vastu otsus 34 korral. Nendest kriminaalvastutusi leidis aset kolmel korral.²⁰

Eelnimetatud arvude võrdlemisest võib järeldada, et kuigi ravivigadest teavitamise juhtumeid on registreeritud küll, siis kohtusse jõuavad neist vähesed ja karistusõiguslikku karistust määratakse vaid üksikutel kordadel.

Karistusõiguslik vastutus meditsiinis mõjub meditsiinitöötajatele hirmutavalt ja sunnib neid kaitsepositsiooni võtma, mis sisuliselt aeglustab igasugust võimalikku arengut meditsiinisüsteemis. Üleüldiselt karistuõiguslike vahenditega sekkuda vaid siis, kui isik on toime pannud teo, mida kogu ühiskond tungivalt hukka mõistab. Seejuures peaks isikule juba enne teo toime panemist arusaadav olema, et ta teeb midagi valesti. Karistusliku õigusnormiga isiku põhiõigustesse sekkumine peaks olema viimane võimalik meede.²¹ Autor arvab, et kuigi mingil kujul peab säilima võimalik õigusnorm meditsiinitöötajat vastutusele võtta, et ei tekiks täielikult süüdimatut tunnet nii olulist ametit pidades, siis ilmingimata ei tohiks sellise õigusnormi realiseerumine olla võimalik arsti või õe igapäevase normaalse töö juures tahtmata etteakatsetult halba kellelegi. Uurimuse põhjal järeldab autor, et Eestis hetkel kehtivaid õigusnorme hinnates on süüline vastutus kogu meditsiinisüsteemile arengut aeglustavalt mõjunud, sest meditsiinitöötajate

¹⁸ Sootak, J. (2014) Isikuvastased süüteod. Juura 2014, lk 41-45.

¹⁹ Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus arvudes. (2010-2016) Kättesaadav: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/akek_ja_tke_tegevus_arvudes_2.pdf, 3.märts 2018.

²⁰ Lillsaar, M., Sedman, M. (2012), Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus, riigikohtu õigusteabe osakond. lk 6-13

²¹ Reinthal, T.(2010) Ülekriminaliseerimine. Analüüs. Riigikohus, õigusteabe osakond. Tartu, Kättesaadav: https://www.riigikohus.ee/sites/default/files/elfinder/dokumendid/2010_lisa_2_ulekriminaliseerimine_analuus.pdf (15.04.2018)

motivatsioon ravivigadega rohkem tegeleda, on madal. Arstid ja õed tegelevad igapäevaselt raskete haigusega ja riskantsete olukordadega ning süsteem peaks neile võimaldama häid tingimusi oma tööd hästi teha ja mitte karmat õiguslikke regulatsioone.

Kohtusse pöördujate väikse arvu taga võib näha süü tõendamise protsessi keerukust patsientide jaoks. Kogu dokumentide koostamise kohustus on tervishoiuasutuses meditsiinitöötajate ülesanne ja patsiendil on õigus kõigi dokumentidega tutvuda ja neist koopiaid saada. Patsiendina raviasutuses viibides on aga vajalike dokumentide korrektsuse jälgimine nende tervisliku seisundi ja positsiooni tõttu selgelt raskendatud. See mõjutab hiljem ka nende võimalust saada adekvaatset õiguslikku kaitset. Seaduse kohaselt on patsiendil õigus kõigi dokumentidega tutvuda ja neist koopiaid saada. Veel üks oluline probleem tekib seoses sellega, et dokumentide hindamiseks on vajalik asjatundja arvamus, kuid erapooletu hinnangu saamiseks on vaja nii TKE arvamust kui ka vajadusel Eesti Kohtuekspertiisi Instituudi tõestatud seisukohta. Kriminaalmenetluse käigus juhib menetlust ja kogub tõendeid Politsei- ja Piirivalveamet, kuid tihti on tõendite kogumise puhul oluline kiire tegutsemine, sest mida kauem tõendite kogumine aega võtab, seda suurem on tõenäosus, et dokumente võidakse meditsiinitöötaja huvides varjata või jäetakse normidele vastavalt koostamata.

Muudes olukordades elus, kus kaks huvitatud osapoolt astuvad teatud lepingulisse suhtesse, on üldiselt mõlemal poolel võrdsed võimalused kõigi dokumentidega enne teenuse osutamist tutvuda või pidevalt infot vahetada muudatuste korral. Kuna patsiendi seisundi tõttu on tal keeruline dokumentide ja tegevuste korrektsuses piisaval määral veenduda, siis on oluline, et selles valdkonnas oleks kogu dokumentatsiooni koostamine äärmiselt läbipaistev. Teisalt on tänapäevases digitaliseerivas maailmas järjest kasvav halduskoormus just meditsiinitöötajatel, kelle eesmärk on keskenduda kvaliteetse ravi pakkumisele, mitte tegeleda selle asemel paberite täitmisega või arvutis klikkimisega. Autori hinnangul tuleb ravi dokumenteerimise koormus adekvaatselt vastava personali vahel ära jagada, et seada patsiendi tervis esikohale.

1.3. Dokumenteerimiskohustus

Tervishoiuteenuse osutaja dokumenteerimiskohustus on lepinguline kohustus, mis on reguleeritud VÕS §-s 769 järgmiselt: "Tervishoiuteenuse osutaja peab patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama. Patsiendil on õigus nende dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ärakirju, kui seadusest ei tulene teisiti."²²

Eestis ei ole ette nähtud, et tervishoiuteenuse ostuja peaks ise oskama dokumenteerida ning seega on sellised nõuded üksikasjalikult ette kirjutatud Sotsiaalministeeriumi poolt.

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimiskord on sätestatud Sotsiaalministeeriumi määrusega, millega määratakse ära dokumentide loetelu ja näidisvormid ning kord.²³

Sellegipoolest on dokumenteerimiskohustus mitte avalik-õiguslik kohustus, vaid tervishoiuteenuse osutaja lepinguline kohustus.

Dokumenteerimiskohustust võib jagada kolmeks grupiks – dokumentide koostamise kohustus, dokumentide säilitamise kohustus ning dokumentidega tutvumise võimaldamise kohustus.

Dokument võib olla nii paberkandjal kui ka elektrooniline, kui on tagatud elektroonilise dokumendi hilisema muutmise võimalus. Kandeid tuleb teha teenuse osutamisega samal või järgneval päeval ning lubatud on kasutada eesti ja ladina keelt. Dokumendi säilitamiskohustus tähendab vastutust dokumendi säilimise eest. Erinevatel dokumenditüüpidel on vastavad tähtajad, kaua neid peab säilitama.

Dokumendi koostamise või säilitamise kohustuse rikkumine omab suurt tähendust tervishoiuteenuse osutaja vastutuse protsessides. VÕS §-i 770 lõike 3 kohaselt ei pea patsient tõendama vastutuse aluseks olevat asjaolu, kui teenuseosutaja on jätnud nõuetekohaselt dokumenteerimata. Sellisel juhul on tervishoiuteenuse osutajal keeruline ennast kohtus kaitsta ning patsiendil piisab ainult ära tõendada, et talle on tekitatud kahju.

Kuna tervishoiuteenuse osutaja vastutab dokumendi säilimise eest, siis ei ole patsiendil õigust saada kõiki dokumente enda valdusesse. Teenuseosutaja peab tagama võimaluse patsiendil dokumentidega tutvuda ning saada nendest koopia. See tuleneb VÕS §-st 768 ning IKS §-st 19 lõikest 2.²⁴

Meditsiinitöötaja poolt dokumenti tegelikkusele mittevastavate kannete tegemine või kannete hilisem muutmine on dokumendi võltsimine ning karistatav KarS §-i 344 alusel kuni üheaastase

²² Völaõigusseadus, RT I, 31.12.2017, 8

²³ Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord, RT I, 22.06.2016, 40

²⁴ Isikuandmete kaitse seadus, RT I, 06.01.2016, 10

vangistusega, kui seda tehakse tagamõttega mitte kanda vastutust. Lisaks võib lugeda võltsimiseks ka kannete tegemist dokumendile, kui meditsiinitöötaja tegelikult ei ole kontrollinud väite tõekspidamist. Sisuliselt võib see muuta kogu ravi kulgu. Sellises olukorras on karistuse määramine võimalik ainult kindla motiivi tõendamisel.²⁵

²⁵ Nõmper.A, Sootak.J (2007) Meditsiiniõigus. – Juura, 2007, lk 104-107

2. Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamine

Vajadus Eesti meditsiinisüsteemis muutuste järele tuleneb 2011 aastal vastuvõetud Euroopa Liidu direktiivist, mis rakendus liiduüleselt oktoobris 2013, mis on patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Euroopa Liidu ja Nõukogu direktiivi 2011/24/EL, 9. märts 2011 artikkel 4 punkt, “kohustab EL liikmesriike rakendama osutatava ravi puhul kutsealase vastutuskindlustuse süsteemi, tagatist või samalaadset ning eesmärgilt samaväärset meetet, mis on põhiolemuselt võrreldav ning vastab riski laadile ja ulatusele”.²⁶

“Direktiivi kohaselt on piiriüleste tervishoiuteenuste korral oluline luua meetmed, et oleks tagatud sobivad heastamismehhanismid ja hüvitis tervishoiuteenusest tuleneva kahju eest. Kuna tegemist on suuremahulise kohustusega, siis ei ole piiritletud täpselt ajaline raam, millal direktiiv täies mahus liikmesriikides rakenduma peaks”.²⁷

2.1. Tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedinõuded

Patsient pöördub oma tervisliku murega heas usus tervishoiuteenuse osutaja poole lootes saada lahendust meditsiinilisele probleemile. Oluline on, et pakutav teenus oleks kvaliteetne ja vastaks kokkulepitud nõuetele.

VÕS-i §-s 762 on sätestatud sisulised kvaliteedinõuded, millele peab vastama osutatav tervishoiuteenus: “tervishoiuteenus peab vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega ning vajaduse korral peab tervishoiuteenuse osutaja suunama patsiendi eriarsti juurde või kaasama eriarsti”.²⁸

Arstiteaduse üldise taseme juurde kuuluvad ravimeetodid, mis on sedavõrd levinud, et neid käsitletakse arstide väljaõppes või on need meetodid teaduspõhistes erialakirjandustes avaldatud

²⁶ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Artikkel 4.2.d. Kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN> . 20.märts 2018

²⁷ Ibid.,

²⁸ Võlaõigusseadus, RT I, 31.12.2017, 8

ning laialdasemalt tunnustatud meditsiinis. Üldiselt tunnustatakse ravimeetodeid, tehes neist konkreetsed ravijuhendid asutuse siseseks kasutamiseks. Muidugi ei tähenda ravijuhendi puudumine, et siis ei oleks võimalik arstiteaduse üldist taset mingis konkreetsetes küsimuses kindlaks teha. Vaidluste korral arstiteaduse taseme üle määrab kohus ekspertiisi, kus on kandev roll hinnangu andmisel omaala eksperdil.²⁹

Arstiteaduse üldine tase tuleb kindlaks teha tervishoiuteenuse osutamise konkreetse aja seisuga. See on oluline, sest arstiteaduse üldine tase on kiiresti arenev ja kohtuotsuse tegemise ajaks võib arstiteaduse tase olla niivõrd jõudsalt edasi arenenud, et patsiendile mõne aasta eest osutatud tervishoiuteenus ei vasta enam arstiteaduse uuele tasemele. Tervishoiuteenuse osutajale ei saa pahaks panna tuleviku mitteteadmist ja seetõttu tuleb kohtuotsuse tegemise ajal jätta kõrvale kogu arstiteaduslik informatsioon, mis on avaldatud pärast konkreetset situatsiooni tervishoiuteenuse osutamisel.³⁰

Oluline küsimus taseme kindlaksmääramisel on, et millise piirkonna taset aluseks võtta ja kuidas hinnata just selles konkreetsetes piirkonnas teadmiste ja majanduslike võimaluste omavahelist suhet. Võib arvata, et väiksemates piirkondades ei ole tervishoiuteenuse osutamisel alati käepärast samasuguseid diagnoosimisvõimalusi ning operatsioonide tegemise võimalusi kui suurlinnade raviasutustes. Samas kui kõrvale jätta tehnilised piirangud, siis arstide oskused ja teadmised peaksid tervishoiutöötajate ja patsientide vaba liikumist arvestades olema üle Euroopa Liidu sarnased ja kindlasti ei tohiks olla rahaliste vahendite puudumine õigustuseks mitte kvaliteetse arstiabi andmiseks.

Lisaks arstiteaduse üldisele tasemele peab teenus vastama tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatavale hoolsusele. Antud kontekstis oodatakse tervishoiuteenuse osutajalt kõrgel tasemel hoolsust, mis tähendab, et iga hooletus on sisuliselt ebakvaliteetne ravi. Arvestades, et teenuse osutajalt oodatakse väga kõrget hoolsuskvaliteeti, siis ilmselt üks vähestest asjadest, mis tervishoiuteenuse osutajat vabandaks hoolsusnõude rikkumisest, oleks vääramatü jõu juhud teatud olukordades, aga ka mitte alati. Järgnevalt tuleks uurida, kas tervishoiuteenuse osutaja on teinud kõik võimaliku vältimaks vääramatü jõu tagajärke.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks on teenuse osutajale ülesandeks määratud suunamiskohustus. Teistes teenindusvaldkondades sellist kohustust ei ole, et spetsialist peab

²⁹ Shattock, L., Williamson, H., Caldwell K., Anderson, K. (2013). They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms – Patient Education and Counseling, lk 249.

³⁰ Pormeister, K., Luik-Tamme, I.(2014) Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon? – Juridica, nr 10, lk 762-780

tingimata suunama klienti teise teenuseosutaja juurde. Meditsiinitöötaja aga peab patsiendi mujale suunama, kui näeb, et vaja oleks teise, näiteks eriarsti, kaasamist. Suunamisvajaduse mitteõigeaegne tuvastamine on tüüpiliseks raviveaks meditsiinis.³¹

Eesti on tervishoiuteenuse kvaliteedinõuded formaalselt tagatud Sotsiaalministeeriumi määrusega.³²

2.2 Ravivead ja nendest teavitamine

Vastavalt Eesti kehtivale Põhiseadusele on §-i 28 kohaselt kõigil inimestel õigus tervise kaitsele. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse §-st 6 lõikest 1 tuleneb, et igal inimesel, kes asub Eesti territooriumil on õigus saada vältimatut abi.³³ Põhiseaduse §-i 25 alusel on igal inimesel õigus talle ükskõik kelle poolt õigusvastaselt tekitatud moraalse ja materiaalse kahju hüvitamisele.³⁴

Kui patsient saab ebakvaliteetset raviteenust ning selle käigus tekitatakse talle tervisekahjustus, mida oleks saanud tavapärase raviga vältida, siis tuleb patsiendil esitada kahjunõue ning tõendada ravi- või diagnoosiveast saadud terviserikketest tulenevat kahju.

Raviviga on vale või mittetäieliku diagnoosi panemine või vale ravi määramine vigastusele, haigusele või muu haiguse tüübile. See tähendab, tervishoiuteenuse osutaja ei ole tegutsenud nii nagu see oleks kohane mõistlikule, kogunud ja kompetentssele spetsialistile.³⁵

Diagnoosiviga on ebakorrekne hinnang patsiendi tervislikule seisundile.³⁶

Diagnoosiviga võib tekkida diagnoosi andmise hilinemisega, vanamoodsa uuringu või ravi kasutamisega ja uuringutulemuste kasutamata jätmisega. Oluline on ära märkida, et nõudeõigus tervisehoiuteenuse osutaja vastu tekib ainult siis, kui patsiendile on tekitatud just diagnoosiveast tulenevat kahju, mitte muudest teguritest põhjustatult. Praktikas on diagnoosivea ilmnemisel

³¹ Horton.R (2003) Second Opinion: Doctors, Diseases And Decisions In Modern Medicine– British Medical Journal, 2003, lk 399

³² Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise nõuded, RT I, 06.11.2013, 6

³³ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, RT I, 28.12.2017, 54

³⁴ Eesti Vabariigi põhiseadus, RT I, 15.05.2015, 2

³⁵ Mason, J. K., McCall, R.A (1996). Õigus ja meditsiinieetika. Juura 1996, lk 104

³⁶ Croskerry, P.(2005) Diagnostic Failure: A Cognitive and Affective Approach, United States Defense Technical Information Center, lk 242-245

oluliseim probleem just seotud asjastusega. Näiteks, kui patsiendil on olnud konkreetne kaebus ja arst ei ole hinnanud seda piisavalt tõsiseks ning hiljem probleemi süvenemisega on siiski välja tulnud, et tegu on tõsise haigusega, mille õigeaegne diagnoosimine oleks võimaldanud veel ravi, aga hilisemas etapis ei ole osutunud ravi enam nii efektiivseks või ravi hiline mine põhjustas patsiendile kannatusi.³⁷

Patsiendil on õigus pöörduda ravivea kahtluse korral teise arsti poole teise arvamuse saamiseks RaKS §-i 40 alusel.³⁸

Selle arvamuse saamiseks annab perearst või raviarst patsiendile saatekirja. Järgmiseks sammuks on pöörduda tervishoiuteenuse osutaja poole vastavalt iga terviseteenuse osutaja(TTO) sisekorra reeglite alusel. Seda statistikat koguvad tervishoiuteenuse osutajad ise ja ei ole täpselt teada juhtumite kompensatsioonisummadest, mis on leidnud lahenduse raviasutuse siseselt, sest tervishoiuteenuse osutajad soovivad pigem lahendada olukorrad vaikselt ja kohtuväliselt. Sellisel moel hoitakse probleeme ja nende eest tasutud summasid väikese ringi teada ning ohjeldades niiviisi arvukate kohtuvaidluste teket.

Eksperthinnangu saamiseks on moodustatud Sotsiaalministeeriumi juurde tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE), kes hindab, kas meditsiinitöötaja tegutses patsienti teenindades vastavalt nõudmistele ja hea tava kohaselt. TKE peab statistikat kaebuste esitamise arvu, menetlus probleemide ning ravivigade toimumise üle. Andmed TKE statistikas kajastuvad ainult nende kaebuste üle, mis esitatakse neile. Ülejäänud kaebuste ja nõuete üle, mis esitatakse otse raviasutustesse või pöördutakse kohtusse, neid arve TKE statistikas ei kajastata. Seetõttu ei saa lugeda neid andmeid ülevaatlikuks kogu Eestis toimunud ravivigade kohta ja reaalselt arvu võib ainult oletada. TKE hinnangud ei ole siduvad ning hüvitiste väljamõistmist ei toimu nende otsuse tulemusel. Komisjon koosneb küll mitme valdkonna esindajatest, kuid täieliku ja väljastpoolt vaadates usutava erapooletuse tagamiseks oleks vaja eksperdid muuta teenuseosutajatest ja eelnevatest hinnangutest täielikult sõltumatuteks.

Juhul, kui on ilmnenu d konkreetne seaduserikkumine tervishoiuteenuse seaduse järgi, siis on võimalik esitada ka kaebus Terviseametile, kes algatab menetluse. Viimane moodus ravivea ilmnemise korral on pöörduda tsiviilhagiga kohtu poole ja vajadusel algatada kriminaalmenetlus. Eestis on meditsiinitöötajate ravivigadest tulenevaid kohtukaasuste arv on väga väike. Kohtukaasuste vähesus on seostatav sellega, et pooled eelistavad omavahel kokku leppida ning

³⁷Kohn,L.T. (2000) To Err Is Human: Building a Safer Health System lk 36, Kättesaadav: http://neurosurgery.ucsf.edu/tl_files/NS_Main/QI/IOM_To%20Err%20is%20Human.pdf 5.märts 2018

³⁸ Ravikindlustuse seadus, RT I, 28.12.2017, 56

mitte kohtus võidelda. Samuti on oluline nüanss, miks patsiendid on nõus poolte vahelise kokkuleppega kohtuväliselt, sest kohtus väga keeruline ja kallis mittekvaliteetset viga tõendada. Õigusliku vaidluse pidamise mõttekust mõjutab ka see, missuguseid kahju hüvitamise summasid on patsiendil võimalik saada. Seni ajani on kohtute poolt määratud kahjunõuded pigem väikesed.³⁹

Tulenevalt Euroopa Liidu ja Nõukogu direktiivi 2011/24/EL kohaselt tagada piiriülese tervishoiuteenuse samaväärsed meetmed on Sotsiaalministeerium asunud ette valmistama Patsiendikindlustuse seadust. Selle raames on arutluse all, kuidas luua ühtne ravivigade teavitamise süsteem. Seni on küll loodud ravivigadest teavitamise süsteem tervishoiuteenuse osutaja siseselt erinevates asutustes, kuid praktikas ei tarvitse meditsiinitöötajad seda laialdaselt kasutada, kuna iga teavitatud juhtumiga võib kaasneda potentsiaalne uurimine ja meditsiinitöötaja vastutusele võtmine. See aga hirmutab raviasutuse töötajaid ja lihtsam ning aega kokku hoidvam on raviveast mitte teavitada. Lihtsam on lootma jääda, et raviviga jääb patsiendile märkamata, kuna patsiendi kujul ei ole tegemist meditsiiniala eksperdiga ja ta võib leppida selgitusega, et tegu oli paratamatu ravi kulgemisega.

Kehtiv süüline süsteem, kus tervishoiutöötaja vastutab oma kohustuste süülike rikkumise korral, mõjutab negatiivselt tervishoiuteenuste kvaliteeti, pärssides ohujuhtumite ja ravivigade dokumenteerimist ning nendega avatult tegelemist. Põhiline vastutus tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse süsteemi arendamise eest kehtivas õigusruumis on tervishoiuteenuse osutajatel ning praktikas toimib see tõhusalt eelkõige suuremate haiglate puhul.⁴⁰

Konkreetsed soovitused erialases väljaandes on suunatud süülike süsteemi muutmisele mittesüülikeks, rakendades muu hulgas kahju määramisel ülempiire ja hüvitiste tabelit. Selline muudatus peaks looma võimaluse nii efektiivsemaks menetluseks kui ka ravikvaliteedi paremaks muutmiseks pikas perspektiivis.⁴¹

³⁹ Nõmper A. (2012) Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst (2012), lk 376–378

⁴⁰ Allikmets, S. (2014). Kas ravi välismaal on igati teoreetiline õigus või praktiline võimalus? Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL Eesti õigusesse ülevõtmise mudel. Juridica, lk 351-360

⁴¹ Farrel, A., Devaney, S. (2010) No-Fault Compensation Schemes For Medical Injury: A Review. Scottish Government Social Research, lk 6-9

2.3. Vastutuskindlustus

Eestis on hetkel kasutusel vabatahtlik vastutuskindlustus, mis tähendab, et meditsiinitöötajad saavad ise valida, kas end kindlustada või mitte. Hetkel on tänu Eesti Arstide Liidule enamik arstidest kindlustatud, ehkki suur osa meditsiinitöötajatest mitte.⁴² See tähendab, et antud kindlustus kindlustab osaliselt meditsiinitöötajat võimalike rahaliste nõuete eest, kui midagi peaks juhtuma. Samas ei saa täit kindlust hüvitise kiire menetlemise ja piisava nõude suuruse osas patsiendid.

Juhul, kui raviviga on tehtud tahtlikult või õigusvastaselt, siis ei kehti praegune vabatahtlik vastutuskindlustus, sellest hoolimata jääb tervishoiuteenuse osutajal vastutus patsiendi ees.⁴³

Pikalt on Eestis kaalutud patsientide huve kaitsev ja kõik tervishoiuteenuse osutajaid kaasav kohustuslik kutsealane vastutuskindlustus, mis oleks mitte süülisel põhimõttel ja kahju hüvitamise selgete põhimõtetega. Mittesüüline süsteem on tervishoiuteenusega kokkupuute tagajärjel kahju kannatanud isikute õiguste tagamise seisukohast kõige efektiivsem ja toetab ravikvaliteedi paranemist ning hoiab ära tervishoiuteenuse osutajat puudutavad pikaajalised ja kulukad, süü tuvastamisele keskendunud kohtumenetlused.⁴⁴

Autor leiab, et patsientidelt ei tohiks võtta ära võimalust pöörduda kohtu poole enda õiguste kaitseks, sest igasugune raviline sekkumine inimkeha puhul on oluline võimalik õigusteriive ja patsiendil peab olema võimalus tõsisemate juhtumite korral enda õigusi kaitsta kohtus. Kuid vältida tuleks olukorda, kus patsient ei soovi otseselt süüdlase leidmine vaid soov saada õiglast kompensatsiooni vms

Lähtudes Euroopa Liidu ja Nõukogu direktiivi 2011/24/EL, 9. märts 2011 artikkel 4 punkt, mis kohustab EL liikmesriike rakendama osutatava ravi puhul kutsealase vastutuskindlustuse süsteemi saab autor öelda, Eesti on küll täitnud selle direktiivi miinimumnõuded ja omab vabatahtlikku vastutuskindlustuse võimalust ravivigade korral, kuid kui võrrelda Euroopas olevate mitte-süüliste

⁴² Luik, I. (2003) Arsti erialane vastutuskindlustus

I. Lepingu objekt-Eesti Arst lk 715-719 Kättesaadav: <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/9463/4651/>

⁴³ Ibid., lk 715-719.

⁴⁴ Collins, Molly E., Block, Susan D., Arnold, Robert M., Christakis, Nicholas A. (2009). On the prospects for a blame-free medical culture.- *Social Science & Medicine*, Vol.69(9), lk 1287-1290.

vastutuskindlustustega, mis on riiklikult finantseeritud, siis sellega võrreldes on Eesti patsientide huvid halvemini kaitstud, sest ravivea süü tõendamine toimub kohtu kaudu ja menetluslikult on see nii patsienti, kui ka terviseteenuse osutajat liigselt kurnav. Autori hinnangul peaks Eesti võtma eeskujuna naaberriikidelt, mille süsteem on töö viimases osas kirjeldatud.⁴⁵

2.4 Välisriikides kehtivad vastutuskindlustuse süsteemid

2.4.1 Soome

Heaks eeskujuks on tuua Põhjamaad, kus Soome on esimesi riike, kes võttis vastu patsientide õigusi reguleeriva eriseaduse. Soome oli esimene riik mitte üksnes Põhjamaades, vaid kogu Euroopas, kes võttis vastu 1. märtsil 1993 jõustunud patsientide õigusi reguleeriva seaduse.⁴⁶ Seaduse struktuur oli rajatud põhiliselt meditsiinitöötajate ja teiste ametnike kohustustele.⁴⁷

Sellest seadusest varasemalt on Soomes vastu võetud patsiendikahju seadus, millest tulenevalt on reguleeritud Soomes meditsiinitöötajate süüst mitte lähtuv meditsiinikahjude kompenseerimise süsteem.⁴⁸ Sarnaselt on teistes Põhjamaa riikides meditsiinitöötaja süüd mitteamestav kompenseerimise süsteem kasutusel Rootsis, Norras ja Taanis. Küll ei ole kõigis neis riikides eelnimetatud süsteem kohustuslik kõigile meditsiini valdkonna töötajatele. Soome on üks neist riikidest, kus on mittesüüline vastutuskindlustus süsteem on tehtud kohustuslikuks. Kui kõigile selle valdkonna töötajatele on kindlustus kohustuslik, siis on võimalik ka pakkuda soodsamad kindlustusmaksed kindlustusvõtjale, kui seda on riikides, kus kehtib vabatahtlik vastutuskindlustus.

Soomes on loodud tervishooldusteenuse osutajate juurde patsiendi ombudsmani ametikoht. Patsiendi ombudsmani ülesandeks on patsientide nõu anda seaduse tõlgendamise küsimustes, aidata kaebuste vormistamisel ja muudes küsimustes.⁴⁹ Sellisel moel on haiglate juurde loodud spetsialist, kelle ülesanne on aidata patsienti tema enda seisukohast vaadates. Eeldused selle tööks on kindlasti hea suhtlemisoskus, empaatiavõime ja juriidilise poole hea tundmine.

⁴⁵ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoolduses. Artikkel 4.2.d. Kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN> . 20.märts 2018

⁴⁶ Act on the status and rights of patients, No. 785/1992. – Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

⁴⁷ Mackenney, S., Fallberg, L. (2004). Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare – Radcliffe Medical Press Ltd, United Kingdom, lk 26.

⁴⁸ Pahlman, I. (1997). Patsiendi õigused Soomes – Juridica, nr 2, lk 66-67.

⁴⁹ Ibid., lk 66-67.

Ameerikas tehtud katse puhul on selgunud, et kui võrrelda arstide poolt vabatahtlikult ravivigadest teavitamise protsenti sellega, kui raviasutuses on eraldi spetsialistid, kes küll otseselt ei tegele meditsiinitöötaja süüdistamisega, aga aitavad kõrvalise pilguga tööprotsesse jälgida ja juhtida tähelepanu vigadele, on protsent 200%-300% suurem. Seal juures tulenes ravivigadest teavitamise protsendi märgatav tõus meditsiinipersonali tavapärase koosseisu poolt teavitatud vigadest. Katse käigus olnud spetsialistid tegelesid vaid tavapersonali teavitamisega.⁵⁰

Selle uuringu ja Soomes rakendatud patsientide ombutsmani näitel võib järeldada, et lisaks meditsiinitöötajate tavapärasele koosseisule võib selline ametikoht olla vajalik, et mõjutada arste ja õdesid põhjalikumalt analüüsima igapäevaseid tööülesandeid. See tõstaks meditsiinitöötajate valvsust ja aitaks igapäevases töös tähele panna võimalikke vigu, mille tulemusel tekivad ravivead.

2.4.2 Rootsi

Rootsi oli esimesi riike, kus võeti kasutusele 1975. aastal mitte-süüline vastutuskindlustuse süsteem ning se on olnud hilisemalt eeskujuks teistele naaberriikidele teiste seas Soome, Norra ja Taani. Eesmärgiks oli parandada patsientide ja meditsiinitöötajate omavahelist suhet ja võimaldada patsientidel saada hüvitist ravivigade korral. Siin juures tuleb ära märkida, et patsientidel säilib õigus pöörduda ka kohtu poole. Võrdluseks võib tuua Uus-Meremaa, kus on loodud riiklikult Õnnetuste Kompensatsiooni Korporatsioon, mis menetleb valeravi tulemusel tekkinud vigastuste hüvitamist patsientidele. Kõik kahjutasude suurused on fikseeritud kindlate summadena vastavalt vigastuse liigile. Patsient peab tõendama põhjuslikku seost ravivea ja tagajärje vahel. Selliselt on võetud patsientidelt õigus pöörduda kohtu poole. Rootsis on tekitatud sisuliselt vabatahtlik valik, aga pöörduda kohtu poole või saada väiksema halduskoormusega mitte-süülist kindlustussüsteemi kasutades kahjuhüvitis. Lisaks on oluline märkida, et teisel juhul on patsiendile kogu menetlus ilma igasuguse kuluta, kohtu poole pöördudes on menetlus tasuline.⁵¹

Autori hinnangul on Rootsis toimiv vastutuskindlustuse süsteem hea, sest lisaks patsientide lihtsaks tehtud hüvitisnõude mehhanismile, saab hüvitist väljastav organisatsioon adekvaatset ja ülevaatlikku tagasisidet kõikidest vigadest ja neist on tänu heale ülevaatele võimalik efektiivselt õppida. Rootsis on loodud eraldi Patsiendi Kahjude Vandekohus, kus töötavad sellele valdkonnale spetsialiseerunud kohtunikud, kellele lisaks on palgatud kohtunike nõustama eriala arstid.⁵²

⁵⁰ Schenkel, S. (2008). Promoting Patient Safety and Preventing Medical Error in Emergency Departments – Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, lk 1209-1212

⁵¹ Bogdan, J. (2011). Medical Malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here? –Center for Justice Democracy: New York, lk 3-5.

⁵² Ibid., lk 3-5.

Sellisel moel on tagatud Rootsis hästi kvalifitseeritudtöötajatega organisatsioonide poolt mitme astmeline menetlus, mis ei koorma eraldi tavapärasest kohtusüsteemi.

Soome ja Rootsi on head näited, kus on rakendatud mitte-süülist vastutuskindlustust, mis on rahastatud riigi poolt ja mida haldavad selleks eraldi loodud organisatsioonid. Selliselt on tagatud patsientidele tunduvalt lihtsam viis menetleda võimalikku raviviga võrreldes Eestis toimiva kohtumenetlusega. Praktikas võib muidugi öelda, et ka Eesti leiavad paljud ravivea juhud lahenduse patsiendi ja tervise teenuse osutaja vahelise kokkuleppe käigus, aga selliselt jäävad paljud juhtumid ka anonüümseks, sest raviasutused ei soovi avalikkuse ette tuua nende juhtumite detaile. Olukord, kus tervise teenuse osutaja maksab otse hüvitise patsiendile on negatiivse mõjuga kogu ülejäänud raviteenuste rahastamisele. Patsiendile makstud hüvitis tuleb maksta haigla eelarvest ja see tähendab, et mõni muu oluline teenus võib selle arvelt kannatada.

Autori hinnangul võiks Eestile sobida Soome näitel toodud vastutuskindlustuse lahendus, sest riiklikul tasandil välja kujundada kõigile meditsiinitöötajatele kohustuslik vastutuskindlustus sobiks Eesti väiksuse tõttu hästi. Patsiendiseaduse eelnõu seletuskirjas on prognoositud, et kogu Eesti aastane kahjuhüvitiste välja makstav summa võiks jääda 2-3 miljoni euro vahemikku.⁵³ Võttes arvesse, et selle arvelt kasvaks meditsiinitöötajate rahulolu ja see võib olla üks positiivne tegur, miks Eesti meditsiinitöötajad mõtleks mitte minna välismaale tööle ja jääda Eesti meditsiinisüsteemi tööle.

Mittesüüline vastutuskindlustus keskendub mitte nii võrd hooletuse faktile, vaid olulisem on just veast teada saamine ja vea vältimine. Eesmärk on motiveerida osapooli jagama raviviga, et hiljem nende andmete põhjal saaks adekvaatselt kõiki vigu analüüsida ning õppida neid vigu vältima. Süsteemi eripära on see, et patsiendile hüvitatakse ainult need ravivead, mida oleks saanud keskmise kvaliteedi juures raviteenust osutades vältida. Oluliseim märksõna, mis iseloomustab sellist süsteemi, on hea kommunikatsioon.⁵⁴

⁵³ Seletuskiri patsiendiseaduse eelnõu juurde. Kättesaadav:

https://www.riigikogu.ee/v/failide_arhiiv/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_seletuskiri.pdf (14.05.2018)

⁵⁴ Barbot, J., Parizot, I., Winance, M. (2014) "No-fault" compensation for victims of medical injuries. Ten years of implementing the French model - Health Policy 114, lk 237

KOKKUVÕTE

Autori eesmärk oli leida vastus küsimusele - kas meditsiinitöötajate töö käigus tehtud ravivigade korral on patsientide huvid ja õigused kaitstud.

Püstitatud oli järgmine uurimisküsimus: "Kas Eestis kehtiv õiguslik regulatsioon kaitseb patsientide huve ravivigade korral?"

Eesti kehtiv süüline vastutus paneb meditsiinitöötajaid inimeste ravimisse suurema ettevaatlikusega suhtuma, sest hooletuse korral võib neid ees oodata lisaks rahalisele nõudele ka karistusõiguslik vastutus. Halvimal juhul võib see lõpetada töötaja edasise karjääri. Autor on seisukohal, et süüdlase leidmisele keskenduv vastutussüsteem mõjutab meditsiinitöötajat raviteenuse osutamisel pigem tegelema enda vastu suunatud võimalike kahjunõuete ennetamisega. See võib väljenduda keerulisemate ravijuhtude korral riskantsema ravi vältimisega ning mõjutada töötajaid ravivigu varjama. Autor järeldeb, et süüline vastutus mõjub patsiendi õigusele saada parimat võimalikku ravi pigem negatiivselt. Eestis saab patsient ravivea korral pöörduda kohtu poole, kus ta peab tõestama meditsiinitöötaja süü, see aga on patsiendile kurnav nii rahaliselt kui ajaliselt.

Autori hinnangul ei ole patsiendi jaoks sisuliselt vahet, kas negatiivse tagajärjega ravi tulenes kellegi otsesest süüst või muudest asjaoludest. Patsiendi huvides on eelkõige taastada enda tervis, et saaks jätkata tavapärase eluga, mitte tegeleda kurnava kohtuprotsessiga.

Eesti hetkel olemasolev vastutuskindlustussüsteem on vabatahtlik, mida võivad sõlmida kõik tervishoiutöötajad. Tegu on kindlustusaktiaseltside poolt pakutava kindlustusega, mille abil on võimalik tööst tulenevat tervishoiutöötajatele esitatava rahalise nõude riski maandada. Autor arvab, et patsiendi seisukohast lähtudes ei tagata olukorras, kus vastutuskindlustus kehtib ainult osal arstidest, kaitset kõigile patsientidele. On väga tõenäoline, et vabatahtliku kindlustuse korral jätab suur osa terviseteenuse osutajatest kulude kokkuhoiu huvides kehtiva vastutuskindlustussüsteemiga liitumata.

Mitmed Euroopa riigid (Soome, Rootsi, Norra, Taani) on rakendanud mittesüülise vastutussüsteemi, kus rakendatakse riiklikku sundvastutuskindlustust. Sellisel juhul tegeleb eraldi organ patsientide ravivigade tagajärjel tekkinud kahjunõuete rahuldamisega ja meditsiinitöötaja süü tõendamine hüvitise saamiseks ei ole vajalik. Lähtudes Euroopa Liidu ja Euroopa Nõukogu direktiivist

2011/24/EL on Eestil kohustus tulevikus viia oma regulatsioon sellega kooskõlla, et raviteenuse osutamisel toimiks kutsealane vastutuskindlustuse süsteem või tagatis või samalaadne meede. Autori hinnangul oleks hea lahendus, kui patsientidele oleks tagatud rahumeelsem võimalus konfliktide lahendamiseks tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel. Riiklikult või eraõiguslikult tagatud sundvastutuskindlustussüsteem annaks patsiendile õiguse saada põhjendatud hüvitis ilma kohtuvaidlusega. Lisaks arvab autor, et sellisel juhul ei tunneks meditsiinitöötaja enam survet varjata ravivigu ja see toetaks vajaliku informatsiooni kogumist tehtud vigade põhjuste kohta. Autori hinnangul on oluline konkretiseerida kriteeriumid, mille järgi otsustatakse, määratava karistuse liik.

Käesoleva töö raames leidis autor, et patsientide õiguste kaitse meditsiinitöötajate ravivigade korral Eestis on küll reguleeritud ja teoreetiliselt olemas, aga nendega seotud protsessid on praktikas patsiendi suhtes väga kurnavad. Teiste riikide praktikast nähtub, et patsientide huvide kaitseks on võimalik rakendada efektiivsemaid süsteeme ja et Eesti sellealast seadusandlust oleks võimalik/vajalik vastavalt korrigeerida.

SUMMARY

THE PROTECTION OF PATIENTS' RIGHTS IN THE CASE OF MALPRACTICE OF MEDICAL PERSONNEL

Andrus Avarand

The profession of the medical doctor – one of the oldest and most prestigious ones – requires high stress tolerance as well as a superior sense of responsibility. The expectations of the society towards the doctors are high as they are always addressed when health is failing, often at the last minute. Doctors' task is to impeccably find an appropriate solution to all health issues. In reality, the negative outcome of recovery processes, which are only poorly predictable, or mistakes made during regular treatment of patients, cannot be completely avoided. In the best cases it is possible to overcome the unwanted results by new and more effective treatments, however, there are many situations caused by a wrong initial judgment that can not be reversed and as a result of which a patient is forced to just cope with a state he/she is in.

The goal of the author of the current theses was to answer the question of the proper protection of patients' rights in the case of medical malpractice. Analytical and comparative methods were used. In the first part of the work the author analyses the fault-based and the non-fault-based liability of medical personnel, and in the second part a presently valid system of liability insurance in Estonia is compared to the respective systems in other countries (Finland, Sweden). The set research question was: Are patients' rights protected by the presently valid jurisdiction in Estonia?

The fault-based liability presently valid in Estonia forces medical personnel to look at the treatment of patients with higher caution as in the case of making mistakes they can be, in addition to charging fines, convicted by the criminal law. In certain cases, this can end their careers. The standpoint of this theses' author is that the liability system that concentrates on the identification of the guilty one rather makes the practicing medical personnel try and prevent the possible claims for damages. This may manifest as avoiding the application of more risky treatments in complicated cases or making the personnel hide the results of medical malpractice. The author concludes that the fault-based liability rather has a negative effect on patients' right to receive the best possible treatment. In

Estonia, the victims of medical malpractice can turn to court where they must provide proof for personnel's mistakes. This practice is, however, exhausting for patients both economically and timewise.

The author's opinion is that for patients there is no difference whether the negative outcome of the treatment was a direct fault of someone or whether it was caused by a combination of different reasons. Patient's primary interest is to recover fully in order to carry on with the normal life instead of being engaged in exhaustive court cases.

The system of liability insurance valid in Estonia today is voluntary in which case all of the medical personnel may, but are not obliged to obtain the insurance. This is the case of insurance offered by the insurance companies to reduce the risk of financial claims imposed on medical personnel. The author of this theses states that in the situation where only a fraction of doctors have liability insurance, not all patients are provided the protection. It is highly likely that in the case of a voluntary liability insurance a large part of the providers of medical services would not join the current insurance system with the aim of reducing their expenses.

A number of European countries have introduced the non-fault- based liability system where a stately forced liability insurance is applied. In such system, there is a separate organ that deals with covering the claims for damage that result from maltreatment of patients and where proving the guilt of medical personnel is not necessary. Based on a Directive 2011/24/EU of the European Parliament and the European Council, Estonia is obliged to co-ordinate its respective regulations with the above directive in future in order to ensure that institutions that provide medical services would be backed by the functioning professional system of liability insurance. In author's opinion, a peaceful way to resolve the possible conflicts between the patient and the provider of medical services should be established. A system of forced liability insurance, either stately or private, would give patients the right to obtain a just compensation while bypassing the lawsuits. In addition, the author believes that in such case the medical personnel would no longer feel the pressure to withhold the facts regarding the faulty treatment of patients and that this would help to collect the necessary information on the causes of malpractice. The author also believes that it is important to specify the criteria by which the type of punishment is decided.

Within the current theses the author found that the protection of patients' rights in the

case of the medical malpractice by the personnel in Estonia exists in theory and is regulated but that, in practice, the associated procedures are very exhausting for patients. The practice of other countries shows that more effective systems can be applied to protect patients' rights and that the corresponding legislation in Estonia could/should be amended accordingly.

KASUTATUD ALLIKATE LOETELU

Teadusraamatud ja teadusartiklid

1. Allikmets, S. (2014) Kas ravi välismaal on igatüü teoreetiline õigus või praktiline võimalus? Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL Eesti õigusesse ülevõtmise mudel. Juridica
2. Barbot, J., Parizot, I., Winance, M. (2014) “No-fault” compensation for victims of medical injuries. Ten years of implementing the French model - Health Policy 114, 237
3. Bogdan, J. (2011). Medical Malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here? –Center for Justice Democracy: New York, 3-5
4. Collins, Molly E., Block, Susan D., Arnold, Robert M., Christakis, Nicholas A. (2009). On the prospects for a blame-free medical culture.- Social Science & Medicine, 1287-1290
5. Croskerry, P., (2005) Diagnostic Failure: A Cognitive and Affective Approach, United States Defense Technical Information Center. 242-245
6. Farrel, A., Devaney, S. (2010) No-Fault Compensation Schemes For Medical Injury: A Review. Scottish Government Social Research, 6-9
7. Horton, R. (2003) Second Opinion: Doctors, Diseases And Decisions In Modern Medicine – British Medical Journal, 399
8. Kohn, L.T., (2000) To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press, 36, Kättesaadav: http://neurosurgery.ucsf.edu/tl_files/NS_Main/QI/IOM_To%20Err%20is%20Human.pdf (5.märts 2018)
9. Mackenney, S., Fallberg, L. (2004). Protecting patients’ rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare – Radcliffe Medical Press Ltd, United Kingdom, lk 26
10. Madise, Ü., Kalmo, H., Mälksoo, L., Narits, R., Raidla, J., Vinkel, P. (2017) Eesti Vabariigi põhiseadus kommenteeritud väljaanne nr 4 – Tallinn: Juura
11. Mason, J. K., McCall, R.A., (1996) Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Juura
12. Nõmper, A., Sootak, J., (2007). Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura, 130-136
13. Pahlman, I. (1997). Patsiendi õigused Soomes – Tallinn: Juridica, 66-67

14. Pormeister, K., Luik-Tamme, I. (2004) Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon? Tallinn:Juridica. 762-780
15. Samson E. Maditsiiniõiguse traditsioonilised ja uued probleemid – Juridica, no 2, 60-66
16. Schenkel, S. (2008). Promoting Patient Safety and Preventing Medical Error in Emergency Departments – Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, lk 1209-1212
17. Shattock, L., Williamson, H., Caldwell K., Anderson, K. (2013) They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms – Patient Education and Counseling, 249-254
18. Sootak, J.,(2010) Karistuõigus Üldosa – kirjastus: Juura
19. Sootak, J.,(2014) Isikuvastased süüteod. Tallinn: Juura
20. Varul, P.,Kull, I.,Kõve, V., Käerdi, M.,(2009) Võlaõigusseadus. III kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura

Eesti õigusaktid

21. Võlaõigusseadus, RT I, 31.12.2017, 8
22. Eesti Vabariigi põhiseadus, RT I, 15.05.2015, 2
23. Karistusseadustik, RT I, 30.12.2017, 29
24. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, RT I, 28.12.2017, 54
25. Tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamise nõuded, RT I, 06.11.2013, 6
26. Ravikindlustuse seadus, RT I, 28.12.2017, 56
27. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord, RT I, 22.06.2016, 40

Eesti kohtulahendid

28. PMK 05.02.13, 1-12-5377
29. RKKKo 29.11.10, 3-1-1-79-10

Õigusakti eelnõud

30. Seletuskiri patsiendiseaduse eelnõu juurde. Kättesaadav:
https://www.riigikogu.ee/v/failide_arhiiv/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_seletuskiri.pdf (14.05.2018)
31. Patsiendi seaduse eelnõu. Kättesaadav:
https://www.riigikogu.ee/v/failide_arhiiv/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_eeln_u.pdf (13.05.2018)

Euroopa Liidu õiguaktid

32. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. Artikkel 4.2.d.

Muud allikad

33. Lillsaar, M., Sedman, M. (2012), Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus, riigikohtu õigusteabe osakond. lk 6-13
34. Luik, I. (2003) Arsti erialane vastutuskindlustusI. Lepingu objekt-Eesti Arst lk 715-719
Kättesaadav: <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/9463/4651/>
35. Nõmper A. (2012) Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst, lk 376–378
36. Nõmper, A., Sootak, J., (2007) Meditsiiniõigus. – Juura, 2007, lk 130-136
37. Reinthal, T. (2010) Ülekriminaliseerimine. Analüüs. Riigikohus, õigusteabe osakond. Tartu, Kättesaadav:
https://www.riigikohus.ee/sites/default/files/elfinder/dokumendid/2010_lisa_2_ulekriminaliseerimine_analuus.pdf (15.04.2018)
38. Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus arvudes. (2010-2016) Kättesaadav:
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/akek_ja_tke_tegevus_arvuds_2.pdf, (1.märts 2018)
39. World Health Organization regional Office for Europe. (2018). Patient safety data and statistics. Kättesaadav: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics#>, (1.märts 2018)