

# Tervishoiuteenuse osutajate kohustusliku kutsekindlustuse süsteemi loomine Eestis

## Värskendatud kontseptsioon

I	Sissejuhatus .....	1
II	Kehtiv doktriin .....	3
II.I	Eesti .....	3
II.II	Euroopa Liit .....	6
III	Võimalikud variandid kindlustuse tekkeks .....	8
IV	Ülevaade valiku Euroopa riikide kindlustussüsteemidest .....	10
IV.I	Mittesüüline hüvitussüsteem .....	11
IV.II	Süüline süsteem .....	16
IV.III	Segasüsteem .....	17
IV.IV	Üleminek süüliselt mittesüülisele süsteemile Šotimaa näitel .....	17
V	Võimalikud variandid kindlustuse reformiks .....	19
VI	Tervishoiuteenuse osutaja kutsekindlustus Eestis .....	21
VII	Kokkuvõte .....	26

### I Sissejuhatus

Vajadust luua Eestis ammendav tervishoiutöötajate, teenuseosutajate ja osutatavate teenustega seonduv kindlustussüsteem on rõhutatud juba aastaid. Olulise tõuke praktiliste sammude ette võtmiseks on andnud Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius, mis rakendus liiduülesest oktoobris 2013<sup>1</sup>. Direktiivi kohaselt on piirilüles tervishoiuteenuste puhul oluline luua mehhanismid, et tagada sobivad heastamismeetmed ja hüvitis tervishoiuteenustest tuleneva kahju eest<sup>2</sup>.

---

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

<sup>2</sup> Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleises tervishoius. KOM(2008) 414 lõplik. 02. juuli 2008. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414\\_et.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_et.pdf).

Kutsekindlustuse loomise vajalikkusele on korduvalt tähelepanu juhtinud nii tervisevaldkonna esindajad kui ka muud asjaosalised. Nii võib märkida, et nn hea tahte koostöökokkulepes „Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine“<sup>3</sup> avaldati soovi kindlustuse küsimustega konkreetselt tegeleda, nähes punktis IV.1.b ette kohustuse esitada kõigile leppe osapooltele heakskiitmiseks kohustusliku kutsekindlustuse ja kaebuste kohtueelse mittesüülise lahendamise põhimõtted. Kokkuleppes loetletud tegevused ei ole veel lõppenud.

Ühtse ja tõhusa kindlustuse puudumist on käsitletud erialaväljannetes. Õigusasjatundjad on sedastanud, et tervishoiu valdkond vajab delikaatset õiguslikku lähenemist ja tavapärase lepinguõiguslike põhimõtete rakendamine ei pruugi anda parimat tulemust. See väljendub muuhulgas asjaolus, et järjest enam riike läheb tervishoiuteenuste puhul tavapärase tsiviilõigusliku vastutuse süsteemilt üle süsteemile, mis ei ole suunatud süüdlase leidmisele ja tema vastutusele võtmisele<sup>4</sup>. Muuhulgas on tehtud ettepanek piirduda näiteks vaid tervishoiuteenuse osutaja vastutusega kahjukannataja(te) ees, välistades tervishoiutöötaja iseseisva vastutuse. Konkreetsed soovitused on suunatud süülise süsteemi muutmisele mittesüüliseks, rakendades muuhulgas kahjude määramisel ülempiire ja hüvitiste tabelit<sup>5</sup>. Selline muudatus peaks looma võimaluse efektiivsemaks menetluseks ja ravikvaliteedi paranemiseks pikas perspektiivis. Siiski on reformi tulemusel eeldatavad ka vähemalt esialgu kaasnevad suuremad kulud ravikindlustuse eelarvele<sup>6</sup>.

Kutsekindlustuse temaatika üle on arutletud avalikel üritustel ning juba eelmainitud EL direktiivi ülevõtmise menetluse käigus Sotsiaalministeeriumis. Mõttekoda PRAXIS korraldas aastal 2012 laiapõhjalise kaasatusega mõttehommiku diskuteerimaks kutsekindlustuse vajaduse ja variantide üle<sup>7</sup>. Mõttehommikul osalenud isikud leidsid konsensuslikult, et Eesti patsiendid ja tervishoiusüsteem vajavad läbipaistvat, ühtsetel alustel toimivat ja reguleeritud mittesüülist patsientkajude menetlemise süsteemi ning selle rajamisega saavutatav kasu ei ole mõõdetav mitte ainult rahas vaid ka üldises suhtluskeskkonna paranemises.

Tuleb märkida, et praktikas on kutsekindlustus osaliselt olemas nii tervishoiutöötajatel (eelkõige arstid) kui ka teenuseosutajatel. Käesoleval ajal on Eesti Arstide Liit koostöös kindlustusandjaga kindlustanud kõik liitu kuuluvad ja töötavad arstid. Kogu juhtumite menetlemine toimub läbi liidu ja viimase toel. Tahtlikku kahju tekitamist ei hüvitata<sup>8</sup>. Teiste erialade ja teenuseosutajate puhul tegevus nii koordineeritud ei ole. Olemasolevad vabatahtlikud kindlustused ei pruugi olla piisava kattega ja vastata kõigile riskidele.

---

<sup>3</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2013/02/Allkirjastatud-hea-tahte-koost%C3%B6%C3%B6kokkulepe.pdf>.

<sup>4</sup> Luik-Tamme I, Pormeister K. Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon?. Juridica, 2014, nr 10, lk 778. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://juridica.ee/get\\_doc.php?id=2162](http://juridica.ee/get_doc.php?id=2162).

<sup>5</sup> Nõmper, A. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. Eesti Arst 2012; 91(7):376–378. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/11247/6432>.

<sup>6</sup> Vt ka Luik-Tamme I, Pormeister K. Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon? Juridica, 2014, nr 10, lk 762-780. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://juridica.ee/get\\_doc.php?id=2162](http://juridica.ee/get_doc.php?id=2162).

<sup>7</sup> Peamised seisukohad kättesaadavad elektrooniliselt aadressil <http://www.praxis.ee/vana/index.php-id=1072.html>.

<sup>8</sup> Teave kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://arstideliit.ee/vastutuskindlustus>.

Kavandatav kutsekindlustuse süsteemi loomine aitab kaasa Sotsiaalministeeriumi arengukava 2012-2015<sup>9</sup> sotsiaalkaitse tegevusvaldkonna nr 2 „Inimeste elu (sh tervena elatud elu) on pikk ja kvaliteetne“ meetme 2.3 „Kindlustada kõikidele abivajajatele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus“ tegevussuund 2.3.1 „Inimeste teadlikkuse suurendamine tervisest ja tervishoiusüsteemist“ eesmärgi, milleks on tagada patsiendi pöördumine õige teenusepakkuja poole ning patsientide õiguste kaitse tervishoiusüsteemis muuhulgas läbi EL direktiivi patsiendiõigustest piiriüleles tervishoius analüüs ja rakendamise, saavutamisele.

Arvestades kutsekindlustuse ümber pikka aega kestnud diskussiooni ning mitte vähetähtsana ka Euroopa Komisjoni poolt läbi viidava EL piiriülese tervishoiuteenuse ülevõtmise sisulise analüüsi algust aastal 2016, on vaja koostöös huvigruppidega ette valmistada Eesti konteksti arvestav ning jätkusuutlik tervishoiuteenuse osutaja kutsekindlustuse süsteem. Kesksel kohale tuleb asetada kahjukannatanu ning tema õiguste tõhus kaitse, arvestades ka olemasolevaid ja tulevikuressursse ning mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele.

## **II Kehtiv doktriin**

### **II.1 Eesti**

Üldiselt osutatakse tervishoiuteenuseid Eestis lepingulisel alusel ehk võlaõigusseaduses (VÕS) ja täpsemalt selle 41.peatükis ette nähtud korras<sup>10</sup>. Teatud juhtudel on võimalik ka lepinguta teenuse osutamine ja eelkõige saab siin rääkida tahtest olematutest sekkumistest või otsusevõimetutele isikutele nende elu ja tervise huvides kohaldatud vahenditest. Seega tsiviilõiguslik vastutus mistahes kahjujuhtumite korral toimub üldisest VÕS loogikast lähtudes. Eraldi on võimalik tervishoiutöötaja karistusõiguslik vastutus, kuid see omab kutsekindlustusega väiksemat puutumust.

Allpool käsitletaksegi asjakohaseid tsiviilõiguse sätteid ning mõningaid kohtulahendeid, kuid markeeritakse lühidalt ka karistusõiguslikud aspektid.

Tulenevalt VÕS § 758 lõikest 1 kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja<sup>11</sup>) tervishoiuteenuse osutamise lepinguga osutama oma kutsetegevuses teisele isikule (patsient<sup>12</sup>) tervishoiuteenust. Sama sätte lõike 2 kohaselt vastutab tervishoiuteenuse osutamisel osalev lepinguline tervishoiutöötaja lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult. Seega on kehtivas õiguses kindlalt määratletud, et tervishoiuteenuse osutamine toimub võlaõigusliku lepingu alusel. Teatud erisused on välja toodud vaid §-s 759, mille kohaselt loetakse tervishoiuteenuse osutamise leping muu hulgas sõlmituks ka tervishoiuteenuse osutamise alustamisega või tervishoiuteenuse osutamise kohustuse ülevõtmisega patsiendi nõusolekul, samuti siis, kui otsusevõimetule patsiendile tervishoiuteenuse osutamise alustamine vastab tema tegelikule või eeldatavale tahtele.

---

<sup>9</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.sm.ee/nc/meie/eesmargid-ja-nende-taitmine/ministeeriumi-arengukava.html?cid=90&did=4699&sechash=80ca5561> .

<sup>10</sup> Võlaõigusseadus. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/123032015075> .

<sup>11</sup> Tulenevalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) §-st 4 on tervishoiuteenuse osutajaks tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik.

<sup>12</sup> Tulenevalt TTKS §-st 3<sup>1</sup> on patsiendiks füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust.

Lepingu täitmiseega kaasneva vastutuse osas tuleb selgitada, et tsiviilõiguslik vastutus jaguneb kaheks: lepinguline vastutus ja deliktiline vastutus, kusjuures lisaks lepingulisele on võimalik paraleelselt kohaldada ka deliktiõiguslikku vastutust (VÕS § 1044 lg 3; kannatanu võib esitada oma nõuded TsMS § 370 lg 2 järgi).

Deliktilise vastutuse korral peab patsient tõendama õigushübe rikkumist, kahju tekkimist ja põhjuslikku seost rikkumise ja kahju tekkimise vahel. Deliktiline vastutus tabab üldiselt ainult tervishoiuteenuse osutajat, kuna töötaja tegevus omistatakse tööandjale<sup>13,14</sup>. Deliktiline vastutus on seega võimalik igal juhul, kui on olnud tervishoiuteenuste alane puutumus ning sellest on tekkinud tagajärjed.

Lepingulise vastutuse tekkimise esmaseks eelduseks on lepingulise kohustuse rikkumine VÕS § 100 tähenduses – kohustuse täitmata jätmine või mittekohane täitmine, sealhulgas täitmise viivitamine. Lepingulise vastutuse küsimust reguleerib sama seaduse § 770, mille kohaselt tervishoiuteenuse osutaja ja osutamisel osalev tervishoiutöötaja vastutavad üksnes oma kohustuste süülise rikkumise eest. Süülisust ja kahju tekkimist peab tõendama patsient, välja arvatud dokumenteerimiskohustuse rikkumise korral. Lisaks vastutab tervishoiuteenuse osutaja sama sätte alusel ka teda abistavate isikute tegevuse ja tervishoiuteenuse osutamisel kasutatavate seadmete vigade eest.

VÕS üldosas asuva § 127 lõike 1 kohaselt on kahju hüvitamise eesmärk kahjustatud isiku asetamine olukorda, mis on võimalikult lähedane olukorrale, milles ta oleks olnud, kui kahju hüvitamise kohustuse aluseks olevat asjaolu ei oleks esinenud. See säte laieneb käesolevas kontekstis nii patsiendile kui ka muudele kaasnevatele tegelikele kahjukannatajatele<sup>15</sup>.

Hüvitamisele kuuluv kahju võib tulenevalt VÕS § 128 lg-st 1 olla varaline või mittevaraline. Kahju hüvitamise kohta on Riigikohus otsuses tsiviilasjas nr 3-2-1-171-10<sup>16</sup> leidnud, et mittevastava tervishoiuteenusega tekitatud kahju hüvitamist saab kannatanu nõuda eelkõige tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumise tõttu, s.o lepingu alusel. Lepingulise kohustuse rikkumise tulemusena isikule tervisekahjustuse tekitamise korral võib tervishoiuteenuse osutaja VÕS § 1044 lg 3 järgi vastutada ka kahju õigusvastase tekitamise sätete järgi. Kuid haiguse diagnoosimisel või ravimisel tehtud viga toob endaga kaasa tervishoiuteenuse osutaja varalise vastutuse siiski üksnes juhul, kui selle tagajärjel tekib patsiendile kahju. Tekkinud

---

<sup>13</sup> Tsiviilseadustiku üldosa (TsÜS) § 132 lõike 1 kohaselt vastutab juriidiline isik oma töötaja käitumise eest nagu oma käitumise eest, kui ta kasutab seda töötajat pidevalt oma majandus- või kutsetegevuses ja selle töötaja käitumine on seotud juriidilise isiku majandus- või kutsetegevusega.

<sup>14</sup> Lillsaar M, Sedman M. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu: Riigikohus; 2012. Lk 6.

[http://www.riigikohus.ee/vfs/1344/Tervishoiuteenuse\\_osutaja\\_tsiv\\_ja\\_kar\\_vastutus\\_analyys\\_M\\_Lillsaar\\_ja\\_M\\_Sedman.pdf](http://www.riigikohus.ee/vfs/1344/Tervishoiuteenuse_osutaja_tsiv_ja_kar_vastutus_analyys_M_Lillsaar_ja_M_Sedman.pdf).

<sup>15</sup> Iga puudutatud isik ei pruugi olla tegelik kahjukannataja. Näiteks on kohus leidnud, et kuna lapsed hakkasid peale ema surma saama toitjakaotuspensionini ja hüvitist ohvriabi seaduse alusel, mis oli suurem kui enne ema surma saadud sissetulek, siis ei ole isiku surmaga seoses tekkinud lastele materiaalselt kahju ja hagejate nõue rahalise hüvitise väljamõistmiseks tuleb jätta rahuldamata. Viru Maakohu 13. aprilli 2007 otsus tsiviilasjas nr 2-04-1856. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil

<https://www.riigiteataja.ee/kohtulahendid/detailid.html?id=108588519>.

<sup>16</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/kohtulahendid/detailid.html?id=166626841>.

kahju suurust peab tõendama hüvitise nõudja. Tervishoiuteenuse osutaja vastutuse üle otsustades tuleb arvestada ka tervishoiuteenuse osutaja vastutust välistavaid asjaolusid (näiteks süü puudumist). Seega on käesoleval ajal nõutav, et tervishoiuteenuse osutamise lepingust tulenevate nõuete lahendamiseks peab kohus esmalt tuvastama, kas tervishoiuteenuse osutaja on lepingut rikkunud. Juhul, kui kohus on selle tuvastanud, tuleb kahju hüvitamise nõude korral kindlaks teha, kas isik oli kohustuse rikkumises süüdi, kas tekkis kahju ning eksisteeris põhjuslik seos kohustuse rikkumise ning kahju vahel<sup>17</sup>.

Tsiviilõigusliku vastutuse seisukohast tuleb vaadelda ka VÕS 24.peatüki 3 jagu, mis reguleerib vastutuskindlustust. Nähtuvalt VÕS §-st 510 peab vastutuskindlustuse kindlustusandja täitma kindlustusvõtja asemel kohustuse hüvitada kahju, mille kindlustusvõtja on tekitanud kolmandale isikule (kahjustatud isik) kindlustuse kehtivuse ajal toimunud kindlustusjuhtumi tagajärjel, ja kandma õigusabile tehtud kulud. §-i 512 kohaselt katab majandustegevusest tuleneva vastutuse kindlustus ka kindlustusvõtja esindajate ja tema poolt ettevõtte või selle osa juhtimiseks või selle üle järelevalve teostamiseks teenistusse või tööle võetud isikute vastutust. See säte haakub VÕS §-s 770 tooduga, mille kohaselt katab teenuseosutaja vastutus üldiselt ka muude teenuse osutamisel osalenud isikute või kasutatud seadmete tegevust. Kindlustus ei laiene olukordadele, kus kahju tekitati tahtlikult ja õigusvastaselt. Kohustusliku vastutuskindlustuse tehnilised tingimused sisalduvad sama jao 2.jaotises.

Karistusõiguslikust aspektist omavad tähtsust 2 koosseisu: karistusseadustiku<sup>18</sup> (KarS) § 117 (surma põhjustamine ettevaatamusest) ja § 119 (raske tervisekahjustuse tekitamine ettevaatamusest). Antud sätteid laiendab ja selgitab Riigikohus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10<sup>19</sup>, sedastades, et sageli tuleneb juba ravijuhendi järgimata jätmisest (näiteks selle ebapiisavast rakendamisest) raviviga ehk arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel ravimine, mis omakorda kujutabki endast tavaliselt oodatava hoole puudumist VÕS § 762 mõttes ning karistusõiguslikku hoolsusvastasust KarS § 119 tähenduses. Hoolsuskohustuse rikkumine ei tarvitse piirduda ainult ravijuhendist kõrvalekaldumisega, täiendavalt võib arvesse võtta ka head meditsiinilist tava ja meditsiinieetikat. Kui mitte ravijuhendi, siis meditsiinieetika rikkumist võib näha ka arsti sellises tegevusetuses, mille tõttu ei ole võimalik tagantjärele otsustada, millal oleks olnud õige aeg kasutada vastavat ravivõtet. Tegu tuleb lugeda hoolsuspäraseks, kui see jääb meditsiiniliselt paratamatu ja meditsiinieetiliselt tolereeritava riski piiridesse. KarS sätestab üldnormid ja seega on põhiküsimus selles, kuidas konkreetsel juhul tagajärge konkreetse arsti tegevusega (hoolsuskohustuse täitmata jätmine) siduda. Piisava õiguspraktika olemasolul, mis lubab vahet teha karistatava ja mittekaristatava eksimuse vahel, erinormi vaja ei ole ja kohaseks menetluseks piisab olemasolevast. Seega ei ole Eestis kriminaliseeritud tervishoiuteenuste osutamisel aset leidnud hooletus iseenesest ja sarnased VÕS-s toodud koosseisud, vaid siiski vaid üldises korras olulise elule ja tervisele kahju tekitamine.

---

<sup>17</sup> Lillsaar M, Sedman M. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Tartu: Riigikohus; 2012. Lk 9.

[http://www.riigikohus.ee/vfs/1344/Tervishoiuteenuse\\_osutaja\\_tsiv\\_ja\\_kar\\_vastutus\\_analyys\\_M\\_Lillsaar\\_ja\\_M\\_Sedman.pdf](http://www.riigikohus.ee/vfs/1344/Tervishoiuteenuse_osutaja_tsiv_ja_kar_vastutus_analyys_M_Lillsaar_ja_M_Sedman.pdf).

<sup>18</sup> Karistusseadustik. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/125092015007>.

<sup>19</sup> Riigikohtu 29. novembri 2010. a otsus kriminaalasjas nr 3-1-1-79-10. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/kohtulahendid/detailid.html?id=166626617>.

Karistusõiguslikku vastutuse rakendamist teatud juhtudel on oluliseks peetud ka Euroopa Inimõiguste Konventsioonis toodud põhiõiguste tagamise kontekstis. Enamuses Euroopa riikides on sarnased teod karistatavad kriminaalkorras<sup>20</sup>. Mõnes riigis on hiljuti karistusõiguslikku vastutust ka karmistatud<sup>21</sup>.

Lisaks tavapärasele kohtumenetlusele on isikutel, kes tunnevad, et nende õigusi on tervishoiuteenuse osutamise riivatud, võimalus pöörduda hinnangu saamiseks Sotsiaalministeeriumi juures asuva tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni poole<sup>22</sup>. Ekspertkomisjoni ülesandeks on hinnangu andmine läbi viidava uurimismenetluse alusel ning vajadusel ettepanekute tegemine Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele. Hinnangud ja ettepanekud ei ole siduvad ning hüvitiste välja mõistmist ei toimu. Komisjon koosneb küll mitme valdkonna esindajatest, kuid täieliku ja väljastpoolt vaadates usutava erapooletuse tagamiseks oleks vaja eksperdid muuta teenuseosutajatest täielikult sõltumatuteks.

## II.II Euroopa Liit

Euroopa Liidu õigusloome ja tegevused ühiste põhimõtete ja kohustuste välja töötamisel jätavad liikmesriikidele endiselt vabaduse korraldada nende ühiste põhimõtete järgimiseks oma tervishoiusüsteeme nii, nagu nad soovivad, kooskõlas EÜ asutamislepingu artikli 152 lõikega 5<sup>23</sup>. Siiski on olnud eesmärgiks teha selgeks, milline liikmesriik vastutab konkreetsel juhul, et vältida lünki või kattumisi ning selgitada, mida kõnealune vastutus tegelikkuses tähendab.

Euroopa Parlament on 15. märtsil 2007. aasta vastu võtnud resolutsiooni ühenduse tegevuse kohta piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise valdkonnas<sup>24</sup>. Resolutsiooni punktis 14 kutsub Parlament liikmesriike üles võtma patsientide kaebuste esitamise protseduurides kasutusele patsiendikeskne lähenemisviis.

---

<sup>20</sup> Harris D, O'Boyle M, Bates E, Buckley C. Law of the European Convention on Human Rights. Oxford University Press, 2014. Lk 204-207. Samuti Campbell D. Journal of the International Institute for Law and Medicine. 07.10.2014. Lk 280.

<sup>21</sup> Vt täpsemalt Medical Malpractice, NHS Liability and Proving Causation. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://blogs.ncl.ac.uk/nclr/2014/01/08/medical-malpractice-nhs-liability-and-proving-causation/>.

<sup>22</sup> TTKS § 50<sup>2</sup>. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/126022015015>. Sotsiaalministri 16.05.2008 määrus nr 27 "Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine". Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/117062011006>.

<sup>23</sup> Lissaboni leping, millega muudetakse Euroopa Liidu lepingut ja Euroopa Ühenduse asutamislepingut. 2007/C 306/01. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=ET>.

<sup>24</sup> Ühenduse tegevuse kohta piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise valdkonnas. Euroopa Parlamendi 15. märtsi 2007. aasta resolutsioon. P6\_TA(2007)0073. <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lng1=en.et&lang=&lng2=bg.cs.da.de.el.en.es.et.fi.fr.hu.it.lt.lv.mt.nl.pl.pt.ro.sk.sl.sv.&val=490654:cs&page=&hwords=null>.

Piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi välja töötamisele eelnenud ettepanekus<sup>25</sup> käsitleti kutsekindlustust juba väga konkreetset punktis 6.1, sedastades, et liikmesriigid peavad looma tervishoiuteenuste osutamisest tuleneva kahju puhul kasutatavad menetlused ja süsteemid. Ravi osutav liikmesriik peab näiteks kutsealase kutsekindlustuse või tagatise või sarnase meetme kaudu tagama, et patsientide jaoks on olemas mehhanismid heastamise ja hüvituse otsimiseks, juhuks kui nad kannatavad piiriülese tervishoiuteenuse saamise järel kahju. Olulisena on rõhutatud, et seega peaks alaliselt teistes liikmesriikides elavatele patsientidele tervishoiuteenuste osutamise korral olema tagatud samaväärne kaitse. Ehk nii siseriiklike kui ka välispatsientide tervishoiuteenustele peaks olema ette nähtud sarnased tagatised.

Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius<sup>26</sup> viitab vajadusele luua kutsekindlustussüsteem nii preambula punktis 21 kui artiklis 4.2.d. Tuleb märkida, et Euroopa Komisjoni esimene aruanne direktiivi 2011/24/EL toimumise kohta<sup>27</sup> ei käsitlenud direktiivis sätestatud kohaste hüvitissüsteemide olemasolu ja efektiivsusega seonduvat. Samas on tervishoiuteenuse osutajate kohane kutsekindlustus oluline faktor välispatsientidele otsustamisel, kas tulla teise riiki, s.h Eestisse, tervishoiuteenuseid tarbima<sup>28</sup>. Väga oluliseks hindas teavet tervishoiuteenuse osutaja kutsekindlustuse kohta koguni üle 60% küsitletutest.

Aastal 2009 võttis Euroopa Nõukogu vastu soovitus, mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet<sup>29</sup>. Soovitus punktis 3.b tehakse liikmesriikidele ettepanek luua või tugevdada kõrvalekaldeid käsitlevaid mittesüülisi aruandlus- ja õppesüsteeme, mis peaks olema eraldatud liikmesriikide tervishoiutöötajate suhtes kehtivatest distsiplinaarsüsteemidest ja –menetlustest. Samuti tuleks vajaduse korral selgitada tervishoiutöötaja vastutusega seotud õiguslikke küsimusi.

Soovituslik konsensusdokument Euroopa patsientide õiguste harta<sup>30</sup> käsitleb II osas asuvas punktis 14 õigust hüvitisele sedastades, et igal inimesel on õigus saada hüvitist mõistlikult lühikese ajavahemiku jooksul iga kord, kui ta on kannatanud tervishoiuasutuse raviprotsessi tõttu füüsilist või moraalset ja psühholoogilist kahju. Tervishoiuasutus peab tagama kompensatsiooni mis tahes raskusastmega kahjude ja nende põhjuste eest (alates ülemäärasest

---

<sup>25</sup> Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. KOM(2008) 414 lõplik. 02. juuli 2008. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414\\_et.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_et.pdf).

<sup>26</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ET:PDF>.

<sup>27</sup> Euroopa Komisjon. Brüssel, 4.9.2015 COM(2015) 421 final. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_operation\\_report\\_dir201124eu\\_et.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_et.pdf).

<sup>28</sup> Impact of information on patients' choice within the context of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Final Report. Euroopa komisjon, Brüssel. August 2014. Lk 62. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/docs/cbhc\\_information\\_patientschoice\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/cbhc_information_patientschoice_en.pdf).

<sup>29</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=uriserv:OJ.C\\_.2009.151.01.0001.01.EST](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2009.151.01.0001.01.EST).

<sup>30</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.google.ee/url?q=http://www.epey.ee/public/files/EUROOPA%2520PATSIENTIDE%2520%25D5IGUSTE%2520HARTA.doc&sa=U&ei=Tpt8T83TMc\\_c8gOWyey2DQ&ved=0CBUQFjAC&usg=AFQjCNHJE0xNI\\_ILSZGP2THskqAA92TQdg](http://www.google.ee/url?q=http://www.epey.ee/public/files/EUROOPA%2520PATSIENTIDE%2520%25D5IGUSTE%2520HARTA.doc&sa=U&ei=Tpt8T83TMc_c8gOWyey2DQ&ved=0CBUQFjAC&usg=AFQjCNHJE0xNI_ILSZGP2THskqAA92TQdg).

ooteajast kuni puudujääkideni meditsiinitoimingutes), isegi kui vastutuspiiri ei ole võimalik täies mahus määratleda.

Euroopa Liidu riikides ei olnud enne direktiivi jõustumist ja ei ole ka selle järel ühtset ja patsientidele selgelt mõistetavat kahjude hüvitamise süsteemi. Erinevates riikides kasutatav meetodika ning menetlused on erinevad nii põhimõtteliselt kui ka detailides. Euroopa riikide käibivaid praktikaid kirjeldatakse käesoleva ülevaate osas IV.

### III Võimalikud variandid kindlustuse tekkeks

Põhimõtteliselt võib Euroopas eristada kaht peamist tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud kahjude hüvitamise süsteemi:

- kahjuhüvitise süsteem, mis põhineb süülisuse kindlaks tegemisel ja mida kaetakse läbi ravivigade kindlustusturu;
- mittesüüline hüvitussüsteem, mille aluseks on tervishoiuteenuse osutamise fakt.

Süülisused süsteemid põhinevad eranditult vajadusel tuvastada hooletus. Väidetavalt ei aita see kaasa näiteks ravikvaliteedi tõstmisele, toob kaasa eelkaitsele suunatud praktikad, pärsib tahet vigadest teavitada ja neist õppida ning samuti vähendab läbipaistvust. Mittesüülisused süsteemid vähendavad mitmete toodud asjaolude esinemist<sup>31</sup>.

Selles kontekstis tuleb rõhutada, et meditsiinilise vastutuse küsimuse erinev lahendamine põhineb paljuski erinevates riikides kasutusel olevatel erinevatel tervishoiuteenuse osutamise ja rahastamise süsteemidel. Riikides, kus enamik tervishoiuteenuse osutajaid saab rahastust riigilt, ei valita enamasti valinud kahjude katmiseks liberaalset ja üldise turu reeglite toimimise kohaselt opereerivat erakindlustusturugu. Sellistel juhtudel on meditsiinvastutuse rahastamine enamasti läbi selleks ettenähtud fondide samuti riigi ülesandeks. Samas riikides, kus tervise sektor on peamiselt eraõiguslik, on ka erakindlustusandjatel oluliselt suurem roll kahju kannatanud patsientidele hüvitise maksmisel.

Enamikus OECD liikmesriikides hinnatakse ravivigade osas tehtud kaebusi lähtuvalt kahjukäsitluse (õiguse või kohtulahendite kaudu) laiendatud tõlgendusest. Kahju hüvitised makstakse sel juhul otse asjassepuutuvate tervishoiuteenuse osutajate poolt, kes omavad enamasti eraõiguslikku kutsekindlustust, mida pakuvad üldised, mitte ainult elukindlustusele orienteeritud kindlustusseltsid. Alternatiiv või täiendus sellele süsteemile on võimalus, et hüvitisi maksavad kas spetsialiseeritud või üldised tervishoiutöötajate kutseühingud<sup>32</sup>. Sellised struktuurid on enamasti kindlustusandjate juures edasikindlustatud<sup>33</sup>.

Tagamaks, et hüvitissüsteemid on kaebajatele atraktiivsed, peavad nad pakkuma kohtumenetlusest tõhusamat menetlust ja hüvitisi. Enamuses riikides võivad kaebajad nõuda

---

<sup>31</sup> Looker, C., & Kelly, H. (2011). No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. Bulletin of the World Health Organization, 89(5), 371–378. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://doi.org/10.2471/BLT.10.081901>.

<sup>32</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 10.

<sup>33</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 11.



kahjude hüvitamist kas kohtu kaudu või läbi kindlustuse, aga mitte kasutades mõlemat varianti. Siiski on näiteks Taanis ja Ühendkuningriigis võimalik pöörduda nii kohtu kui ka kindlustuse poole, kusjuures viimane võtab hüvitamisel arvesse kohtu poolt välja mõistetud summad<sup>34</sup>.

#### Kindlustuse erinevad variandid:

1. Avaliku ja erakindlustuse segu: kohustuslik kindlustus ja ühendused. Näiteks Prantsusmaa kogemuse põhjal võib öelda, et kohustusliku kindlustuse planeerimisel tuleks tugevdada valitsuse osalust või luua struktureeritud koosjagamismehhanismid tagamaks nii teenuseosutajatele kohast kaitset kui ka kindlustajate maksevõimet. Selles osas võivad lahendust pakkuda kõrgema riskiga tervishoiuteenuste puhul esineda võivate ravivigade paindlikum käsitlemine, mis tagab ka selliste juhtumite kindlustatuse, ning samuti süü ja vastutuse mõistete ümberhindamine, mis võimaldaks tagada usaldusväärse hüvitissüsteemi käitamist.

2. Tagatisfondid: aitavad hinnata ja katta kõrgeid nõudeid ja piirata pikas perspektiivis tervishoiuriske. Näiteks Soomes on kindlustusandjate ühendus samas ka tagatisfondiks mõne kindlustusandja pankroti korral.

3. Ravivigade eest vastutamise jagamine avaliku ja erasektori vahel: kui hooletust on raske kindlaks teha või tegevus on viinud väga tõsiste vigastuste tekkeni, finantseeritakse hüvitiste maksmist mõne avaliku või sotsiaalkindlustusfondi rahadest. Siiski säilib väljamaksjatel (näiteks Prantsusmaal) teatud juhtudel tagasinõudeõigus tervishoiutöötaja/teenuse osutaja vastu. Lisaks on avalikest, m.h sotsiaalhoolekande vahenditest, rahastatavad kindlustussüsteemid kasutusel teatud kategooria teenuseosutajate, nagu näiteks avalik-õiguslikud, puhul.

4. Kiire pakkumise mudel: kasutusel eelkõige USAs. Mudeli eesmärgiks on vähendada soovi pöörduda kohtusse. Isikul, kelle vastu kaebus esitatakse, on võimalus 180 päeva jooksul nõustuda korvama patsiendile tekkinud majanduslikud kahjud perioodiliste maksetena. Sellisel juhul kaotab patsient aga õiguse edaspidi sama juhtumi eest täiendavaid hüvitisi nõuda. Kiire pakkumise mudeli eesmärgiks on luua mõlemale poolele stiimul kiireks kokkuleppeks ja seeläbi õiguslike vaidlustega kaasneva ebakindluse ja kulude vältimiseks<sup>35</sup>.

5. Üldine mittesüüline hüvitismehhanism: hüvitis makstakse kohe välja kas avalikust fondist (Rootsis) või erakindlustajate poolt. Sellisel juhul ei tuvastata hooletust formaalselt kohtumenetluse käigus. Selle variandi peamiseks eelisteks on, et kahjukannatajale on võimalik viivitamatu heastamine ning samuti on haldus- ja õigusabikulud oluliselt madalamad, kui kohtuprotsessidel baseeruvate süsteemide korral. Miinustena võib märkida, et mehhanismi kasutuselevõtt võib kaasa tuua nõuete arvu suurenemise ning samuti, et välja makstavad hüvitised võivad jääda väiksemateks, kui süülisusel põhineva süsteemi korral.

---

<sup>34</sup> Looker, C., & Kelly, H. (2011). No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. Bulletin of the World Health Organization, 89(5), 371–378. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://doi.org/10.2471/BLT.10.081901>.

<sup>35</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 43-49.

*Variandid 1-4 on rakendatavad nii süüalise kui ka mittesüüalise hüvitissüsteemi korral. Variant 5 mõistagi seob vastutuse süüst lahti.*

Tervishoiuteenuse osutaja vastutuse ulatus varieerub riigiti – näiteks ei ole mõningates riikides (Austria, Kreeka) haiglad vastutavad haigla ruumides töötavate lepinguliste töötajate tegevuse eest, kui patsiendil puudub ravileping. Teistes riikides, nagu näiteks Holland ja Hispaania, on haigla alati vastutav mistahes kahjude eest, mis tekivad tema territooriumil. Belgias kehtib vahepealne süsteem, kus haiglal on võimalik ravilepingus loobuda lepinguga otseselt mitte seotud kahju hüvitamisest<sup>36</sup>.

Eesti kontekstis on tervishoiuteenuse osutajad, akadeemia, patsientide esindajad, riik jne kindlustust puudutavate arutelude käigus välja toonud järgmised seisukohad<sup>37</sup>: mittesüüalise lahenduse suurim eelis on, et vaidlevate poolte energia ei kulu võitlusele, vaid see võimaldab tervishoiusüsteemil juhtunust õppida ja teha asjakohaseid järeldusi. Patsiendi seisukohalt on tervenemiseks vajalik, et tekkinud kahju saab õigeaegselt hüvitatud ja inimene saab keskenduda tervenemisele, see aitab vältida temaga juhtunusse kinni jäämist. Mittesüüalise süsteemi loomine parandaks töökeskkonda arstide jaoks ning aitaks paremini arste Eestis hoida, samuti väheneks tõenäoliselt ajakirjanduslik võimendus erinevate eksimuste, ravitüsistuste ja ravivigade juhtumite puhul. Haiglatele tekib võimalus kulusid vastutuse osas planeerida ja süsteem aitab kaasa ravikvaliteedi hindamisele, juhtimisele ja tagamisele. Kindlustussüsteemi loomisel on vaja täpsustada uue süsteemi olulised parameetrid (hüvitiste määrad jne). Siinjuures on oluline tagada loodava hüvitustaotlusi menetleva keskuse ja seal toimuva juhtumite hindamise sõltumatus. Süsteemi rakendamisel on oluline ka selgitustöö/kommunikatsioon avalikkusele ja patsientidele, et tegemist ei ole arstide „kaskokindlustusega“, vaid see aitab kvaliteeti parandada ja tagab hüvitised ravivigade puhul.

Täiendavalt tuleb majanduslikkuse ja efektiivsuse vaatenurgast analüüsida vajadust käivitada kas kohustuslik või soovituslik hüvituseelne lepitusmenetlus. Menetluse kulude katmine ja organisatsiooniline ülesehitus sõltub valitavast kutsekindlustuse loomise meetodikast.

#### **IV Ülevaade valiku Euroopa riikide kindlustussüsteemidest**

Piiriüleste tervishoiuteenuste direktiivi kohaselt tuleb igas EL liikmesriigis luua piiriülese tervishoiuteenuse rahvuslik kontaktpunkt, kelle ülesandeks direktiivi artikli 6.3 kohaselt on muuhulgas anda teavet patsiendiõiguste, kaebuste esitamise korra ja kompensatsiooni taotlemise mehhanismide kohta vastavalt kõnealuse liikmesriigi õigusaktidele, samuti vaidluste lahendamise õiguslike ja halduslike võimaluste kohta, sealhulgas piiriülestest tervishoiuteenustest tuleneva kahju korral. Selline teave peab olema hõlpsalt kättesaadav.

---

<sup>36</sup> Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. World Health Organization 2011. Lk 204. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf).

<sup>37</sup> Praxise mõttehommik "Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis". 16.10.2012. Tulemused. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.praxis.ee/vana/index.php-id=1072.html>.

Vaadeldes kontaktpunktide kodulehekülgi<sup>38</sup>, oli hüvitismehhanismide ja kindlustuse osas teabe kättesaadavus järgmine:

- teave puudus – Austria, Bulgaaria, Horvaatia, Kreeka, Luxembourg, Malta, Portugal, Rumeenia, Hispaania<sup>39</sup>, Rootsi, Ühendkuningriik, Island;
- esitatud teave kaebuse esitamise võimaluste kohta ilma täpse protsessi ja meetodika kirjelduseta – Küpros, Soome, Itaalia, Holland, Poola, Slovakkia;
- selge teave kaebuste esitamise süsteemi ja kindlustuse kohta – Belgia, Tšehhi, Taani, Prantsusmaa, Saksamaa, Ungari, Iirimaa, Läti, Leedu, Sloveenia, Norra.

Järgnevalt kirjeldatakse erinevates riikides rakendatavaid hüvitissüsteeme ja olemasolul ka kindlustussüsteeme.

#### IV.I Mittesüüline hüvitussüsteem<sup>40</sup>

Mittesüüline süsteemi puhul on kahjude hüvitamine korraldatud erinevatel alustel. Mõnes riigis tegeleb kahjude käsitlemisega tavaline kindlustus või vastav katusorganisatsioon (Soome, Sloveenia), teisel on asutatud avalik-õiguslik isik (Taani) või on menetluse läbi viijaks sisuliselt riigiasutus (Rootsi, Norra, Ühendkuningriik, Läti, Belgia).

Antud süsteem on kasutusel näiteks Soomes, Rootsis, Taanis ja Norras<sup>41</sup>. Rootsis asendati aastal 1995 kindlustusandjate konsortsium avaliku kahepoolse kindlustusühinguga, mille omanikeks on tervishoiuteenuseid korraldavad regioonid. Soomes ja Taanis on sisuliselt samalaadsed süsteemid korraldatud kindlustusandjate konsortsiumite või fondide kaudu, mille peamiseks eesmärgiks on katta kahjud teatud juhtumite aset leidmise korral<sup>42</sup>. Skandinaaviamaades on ravivastutuse osas esitatavate kaebuste arv suur ning näitab kasvutrendi, samuti rahuldatakse ligi pool hüvitisnõudeid. Siiski on saadavate hüvitiste summad keskmise suurusega (näiteks 10.000 EUR patsiendi kohta Soomes ja 22.610 EUR Taanis).

Mittesüüline süsteemi puhul pöördatakse ravivastutuse kaebustega kohtutesse üldiselt väga vähe<sup>43</sup>. Näiteks Rootsis jõuab kohtutesse igal aastal umbes 0,1% juhtumitest, Soomes 0,3 %,

---

<sup>38</sup> Nimekiri kättesaadav elektrooniliselt aadressil

[http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/docs/cbhc\\_ncp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/cbhc_ncp_en.pdf).

<sup>39</sup> Muudest allikatest on olemas teave Hispaania süüline hüvitussüsteemi töömehhanika kohta. Hispaanias on kohtud alandanud süü tõendamise nõuet sedastades, et tervishoiuteenuste puhul võib ka kerge hooletuse korral pidada süü tõendatuks ning ohtlike erialade puhul on hoolsuskohustus kõrgem, kui võiks oodata iga mõistliku inimese poolt. Samas vastuoluliselt on kohtud järgalt kinni hoidnud kahjukannataja tõendamiskohustusest. Vt ka Koch B A, Koziol H (eds.) Compensation for personal injury in a comparative perspective. Wien ; New York : Springer, 2003. Lk 244-245.

<sup>40</sup> Pikem analüüs mittesüüline hüvitussüsteemi eelistest ja erinevatest kasutusolevatest süsteemidest on elektrooniliselt kättesaadav aadressil <http://www.gov.scot/Resource/0039/00394407.pdf>.

<sup>41</sup> Esimene süsteemi kasutuselevõtja oli Rootsi aastal 1975. Järgnesid Soome 1987, Norra 1988 ja Taani 1992.

<sup>42</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 14.

<sup>43</sup> Nys H. The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe. The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses. Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe 2009. Lk 17-28. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf\\_ml\\_2008.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf).

Taanis alla 1 %<sup>44</sup>. Ühendkuningriigis käsitlevad kohtud umbes 4% hüvituskaebustest, kuid see arv hõlmab ka alaealistega seotud menetlusi, kus kohtumenetlus on kohustuslik<sup>45</sup>.

*Rootsis* tegeleb kindlustusskeemi haldamisega Rootsi Patsiendikindlustuse Assotsiatsioon, kes on avalik ühing. Kindlustusandjaks on Rootsi 21 regiooni poolt loodud ja käitav meditsiinikahjude kindlustusühing. Sissemakseid teevad regioonid ja kindlustussumma sõltub regiooni elanike arvust. Eratervishoiuteenuse osutajad ostavad kindlustuskaitset tavaliste kindlustusseltside käest.

Hüvitatakse kahjud, mille teket oleks olnud võimalik vältida ning mis on tekitatud tervishoiutöötajate poolt. Muuhulgas kaetakse ka diagnoosimise ja ravi tulemused (m.h nakkuste levik, õnnetused, vigased meditsiiniseadmed ja ravimid) ning meditsiiniuuringud. Hüvitist makstakse vaid vajalike kulutuste katteks ja mitte nõ mugavuse hüvitamiseks. Hüvitis võib hõlmata ka tulevase sissetuleku vähenemise kompenseerimist juhul, kui vigastus töö kaasa püsiva tervisekahjustuse ning samuti korvatakse akuutne ja püsiv valu ning kannatused eest, mis sõltuvad haiglaravi või töövõimetuse pikkusest<sup>46</sup>. Hüvitise saajaks võib peamises osas olla vaid patsient ise ja mitte tema lähedased või muud puudutatud isikud. Viimased võivad vaid nõuda matusekulude ning teatud toetuste hüvitamist. Kaebus tuleb esitada 3 aasta jooksul hetkest, mil kahjukannataja sai sellest teada ning nõue aegub igal juhul 10 aasta jooksul.

Assotsiatsioon käsitleb aastas umbes 3000 kaebust, mille põhjal mõistetakse hüvitis välja 6-10% juhtudest<sup>47</sup>.

Alates 1976 aastast ei ole Rootsis lubatud hüvitisemenetluste käigus välja makstud summasid kindlustatutelt sisse nõuda, kuna selline tagasinõudeõigus tähendaks automaatselt süülistamist. Siiski on majanduslanguse valguses hakatud sellise lahenduse otstarbekuses kahtlema<sup>48</sup>.

*Taanis* asutati patsientide kindlustussüsteem aastal 1992. Isikud, kes leiavad, et neile on tervishoiuteenuste osutamisel tekitatud kahju, (ravi, diagnoosimine, meditsiiniseadmed, õnnetusjuhtumid) peavad pöörduma hüvitise saamiseks süsteemi poole, mida opereerib patsiendikindlustuse keskus. Keskus on avalik-õiguslik juriidiline isik, kelle tegevuskulud kaetakse valitsuse poolt.

Kahjukannatajateks võivad olla nii patsiendid kui pereliikmed ja teised lähedased. Alates 01.jaanuarist 2004 katab hüvitissüsteem nii avalikke kui erateenuseosutajaid, doonoreid, ravimiuuringutes osalejaid jne. Hambaarstid, terviseedendajad, kiropraktikud jne on samuti kutsekindlustusega kaetud<sup>49</sup>. Lisaks käsitletakse ravimitega seonduvaid harvaesinevaid ja

---

<sup>44</sup> Insurance and malpractice. Final report of HOPE's Sub-Committee on Co-ordination. Brussels, April 12, 2004. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil

[http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/71\\_malpractice/71\\_malpracticereport\\_2004.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/71_malpractice/71_malpracticereport_2004.pdf) .

<sup>45</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/uk.php> .

<sup>46</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 15-16.

<sup>47</sup> Wallensten R. Legislation covering all medical malpractice in Sweden. J Bone Joint Surg Br 2006 vol. 88-B no. SUPP I 14. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.bjjprocs.boneandjoint.org.uk/content/88-B/SUPP\\_I/14.1](http://www.bjjprocs.boneandjoint.org.uk/content/88-B/SUPP_I/14.1) .

<sup>48</sup> Koch B A, Koziol H (eds.) Compensation for personal injury in a comparative perspective. Wien ; New York : Springer, 2003. Lk 295.

<sup>49</sup> Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union.

tõsiseid kõrvalmõjusid. Patsiendikindlustuse keskuse ülesandeks on kindlaks teha, kas pöörduja vastab hüvitise saamise nõuetele. Kui isik ei ole keskuse otsusega rahul, võib ta esitada kaebuse vastavalt kuuluvusele kas patsiendiõiguste ja kaebuste agentuurile, patsiendikahju edasikaebeorganile või ravimite kõrvalmõjude edasikaebeorganile<sup>50</sup>. Kaebeõigus aegub 5 aasta jooksul kahjust teada saamisest või 10 aasta jooksul tekkimisest.

*Norras* võib kahjukannatanu esitada hüvitistaotluse patsiendikahjude hüvitamise süsteemile. Süsteem opereerib Tervise ja Hoolekandeministeeriumi haldusalas.

Kahju hüvitamise eelduseks on järgmised asjaolud:

- ajutine või alaline kahju peab olema tekkinud ravi, läbivaatuse, diagnoosimise või kontrolli tagajärjel. Terviserike, mille osas ravi läbi viidi, ei ole iseenesest hüvitamise aluseks;
- kahju peab olema tekkinud osutatud ravi ebakohasuse tagajärjel. Väga harvadel juhtudel on võimalik hüvitise määramine ka siis, kui teenuse osutamisel ei ole aset leidnud eksimust. Selline võimalus on juhul, kui kahju on eriti oluline või ootamatu iseloomuga;
- juhtumi tagajärjel on tekkinud majanduslik kahju. Hüvitis katab tervishoiuteenusega, ravimitega, transpordiga jne kaasneva suurenenud kulu. Samuti on võimalik saamatajäänud tulu või kaotatud ülalpidamise hüvitamine. Kahju alampiiriks süsteemi puhul on 5000 NOK, sellest väiksema kahju hüvitamiseks tuleb pöörduda teenuseosutaja poole;
- kahju ei või olla aegunud (vanem, kui 3 aastat tekkimisest või teada saamisest).

Kahju hüvitis võib olla ühekordne makse või teatud juhtudel ka alaline perioodiline makse (suurema, kui 15% puude määra korral). Kahju hüvitised põhinevad igakordsel hinnangul ja on kahjuspetsiifilised<sup>51</sup>.

*Soomes* on kindlustamine kohustuslik, kindlustusvõtjaks on kas tervishoiutöötaja või avalik/eraõiguslik tervishoiuteenuse osutaja. Kindlustamise kohustus laieneb eriharidusega tervishoiuteenuse osutamisel osalevale isikule (massöörid, lasteõded, füsioterapeudid jne), tervishoiuga seotud transporditeenuse osutajatele (näiteks Päästeamet ja ka siis, kui teenuste osutamisel ei osale tervishoiutöötajad) ja apteekidele (retseptiravimite müüki puudutavas osas). Kindlustusvõtjaks võib olla ka kutseliit. Kindlustusmaksete suurus oleneb töötaja või teenuseosutaja riskiastmest (eristatakse näiteks kirurgiat, laboratooriume, hambaarste jne). Väljamakse miinimumsumma on 200 eurot, väiksemaid nõudeid ei käsitleta.

Kindlustus katab:

- patsiendi kehavigastustega seonduva kahju;
- kahjud, mis leiavad aset seoses tervishoiuteenuste või protseduuridega;
- mis on aset leidnud Soomes;
- mis on ette nähtud patsiendi vigastuste seaduses<sup>52</sup>.

---

Mapping and analysing practices and policies. World Health Organization 2011. Lk 200. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf).

<sup>50</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [https://www.patientombuddet.dk/Klage-og\\_sagstyper/International\\_Sygesikring/Nationalt\\_kontakt\\_punkt\\_for%20behandling%20i%20EU\\_EOES/A\\_dgang\\_til%20behandling\\_i\\_Danmark.aspx](https://www.patientombuddet.dk/Klage-og_sagstyper/International_Sygesikring/Nationalt_kontakt_punkt_for%20behandling%20i%20EU_EOES/A_dgang_til%20behandling_i_Danmark.aspx).

<sup>51</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.npe.no/en/Patient/How-do-I-claim-compensation/>

Lisaks võib hüvitist taotleda tervishoiuteenuse osutamise käigus saadud nakkuste ning õnnetusjuhtumiga või meditsiinitehnika kasutamise kaasnud kahjude eest.

Kindlustushüvitis katab vigastuse, lisakahjud (tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevad kulud, sissetulekute kaotus (nii kahjukannataja kui ka põetaja oma), matusekulud), mittevaralise kahju (valu ja kannatused, püsiv funktsioonide kahjustus, püsiv kosmeetiline kahjustus). Hüvitisi ei saa nõuda murede, kibestumise või ajakao eest<sup>53</sup>.

Patsiendi kindlustuskeskus<sup>54</sup>:

- käsitleb kaebusi ja maksab hüvitisi;
- annab liikmetele juhiseid;
- edastab teavet, viib läbi uuringuid;
- korraldab edasikindlustust.

Keskus maksab välja kahjud ka juhul, kui teenuseosutaja ei ole täitnud kindlustamiskohustust. Kaebus tuleb keskusele esitada 3 aasta jooksul kahju tekkimisest.

Kahjujuhtumi menetlus koosneb järgmistest etappidest:

- kahjuavalduse registreerimine;
- kahju tekkimise asukohas asjassepuutuvate isikute selgituste kogumine;
- selgituste kogumine teistest asjassepuutuvatest raviasutustest;
- ekspertarsti arvamuse andmine.<sup>55</sup>

Kindlustusandjaks võib olla iga Soomes tegevusluba omav kindlustusselts. Kõik patsiendikindlustust pakkuvad kindlustusandjad peavad olema patsiendi kindlustuskeskuse liikmed. Keskus on kindlustusandjate poolt moodustatud ning tema ülalpidamiskulud kaetakse kindlustusmaksetest. Keskuse tegevuskulud ja maksete suurus tervishoiuteenuse osutajate poolt määratakse valitsuse poolt.

*Ühendkuningriigis* on arstid, kes töötavad riikliku tervishoiuteenistuse (NHS) haiglates otseselt kaetud riigi poolt rahastatud kindlustusskeemiga. Skeemi käitab NHS Litigation Authority, kes on tegelikkuses NHS osa. Kõik NHS süsteemi kuuluvad tervishoiuteenuse osutajad peavad tegema skeemi iga-aastaseid sisse makseid, mille määrab skeem arvestades teenuseosutaja suurus, tegevust ja tema vastu esitatud kaebuste arvu. Seega on teenuseosutaja riskide arvestamisel kasutusel ka ravivigadest raporteerimise andmebaasi andmed.

Selle skeemi poolt makstakse hüvitisi juhul, kui kaebaja on näidanud ära kliinilise hooletuse ja sellega seonduva rahalise kahju. Sellest skeemist väljaspool asuvad tervishoiutöötajad on enamasti kaetud kolme peamise meditsiinkaitse organisatsiooni (MDO) poolt. Lisaks on olemas ka mõningad kindlustusseltsid, kes pakuvad tervishoiutöötajatele kutsekindlustust<sup>56</sup>.

---

<sup>52</sup> Potilasvahinkolaki. 25.7.1986/585. Kättesaadav elektroonilisel aadressil <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.

<sup>53</sup> Täpsemalt vaata [http://www.pvk.fi/www/page/pvk\\_www\\_1529](http://www.pvk.fi/www/page/pvk_www_1529) ja [http://www.pvk.fi/www/page/pvk\\_www\\_1568](http://www.pvk.fi/www/page/pvk_www_1568).

<sup>54</sup> Tegevuste kirjeldus [http://www.pvk.fi/www/page/pvk\\_www\\_2379](http://www.pvk.fi/www/page/pvk_www_2379).

<sup>55</sup> Vt täpsemalt [http://www.pvk.fi/www/page/pvk\\_www\\_2336](http://www.pvk.fi/www/page/pvk_www_2336).

<sup>56</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 12.

Alates aastast 2010 võivad isikud, kes on kannatanud tervishoiuteenuste tagajärjel kahju, pöörduda *Belgias* tervishoiu õnnetusjuhtumite fondi poole. Fond nõustab tasuta ja leppimise eesmärgil kahjukannatajaid teenuseosutajate kindlustusega seonduvates küsimustes. Teatud juhtudel maksab fond kaebajale kohest hüvitist – seda eelkõige tõsiste vahejuhtumite korral. Muudel puhkudel teeb fond tervishoiuteenuse osutaja kindlustusandjale ettepaneku kahjude hüvitamiseks<sup>57</sup>.

*Läti* süsteem on seotud otseselt piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi jõustumise ajaga, kuna vaadatakse läbi kaebusi kahjude osas, mis on tekkinud alates 25.oktoobrist 2013. Raviriskide fondi ülesandeks on pakkuda patsientidele võimalust kaitsta oma õigusi ja saada abi kohtuväliselt lihtsamalt ja kiiremini. Tervishoiuvaldkonna asjaosalised omakorda saavad kaitset nende erialaga seotud riskide ja nende tagajärgede vastu. Fond asub Läti Terviseameti juures. Raviriski fondi teevad makseid tervishoiuteenuse osutajad Terviseameti poolt esitatud arve alusel. Kindlustussumma arvestatakse kindla valemi alusel, mis võtab arvesse töötajate arvu ja nende jagunemist riskialadel<sup>58</sup>.

*Sloveenias* on tervishoiuteenuse osutajatel ja tervishoiutöötajatel kohustus omada kutsekindlustust. Arstid, kes töötavad tervishoiuteenuse osutajate juures (näiteks haiglad), on kindlustatud teenuseosutaja poolt. Kui hüvitisnõue põhineb erialasel eksimusel, kannab kulud kindlustusandja. Patsient võib esitada hüvitisnõude kas tervishoiuteenuse osutajale või otse kindlustusele. Kindlustusmaksete miinimumsuuruse määrab iga-aastaselt kindlaks Sloveenia arstide liit<sup>59</sup>.

Kokkuvõtlikult võib välja tuua, et Põhjamaade ehk mittesüülise kutsekindlustussüsteemi peamised eelised on järgmised:

- kaebused lahendatakse kiiresti ja ligipääs kaebuste süsteemile on lihtne ja laialdane;
- peamine hüvitamise kriteerium on “välditavus”;
- kaebuste esitamine ja menetlemine on tasuta;
- süsteemide peamiseks eesmärgiks on kahjukannatajate ja teenuseosutajate vaheliste heade suhete säilitamine.

Hoolimata eeltoodud mittesüülise süsteemi mitmetest eelistest tuleb ära märkida ka puudused. Erialakirjanduse andmetel võivad need olla järgmised:

---

<sup>57</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil

[http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder\\_healthcare/foreignvisitors/patient-rights/Compensation/index.htm#.Vi6KNnXskrl](http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder_healthcare/foreignvisitors/patient-rights/Compensation/index.htm#.Vi6KNnXskrl) . Belgias tõid hüvitismenetlusi arutavad kohtud korduvalt välja vajaduse minna süüliselt süsteemilt üle mittesüülisele. Seejärel riik kohustas kõiki tervisevaldkonnas tegutsevaid isikuid tagama endale kindlustuskaitse tsiviilnõuete rahuldamiseks. Vt ka Koch B A, Koziol H (eds.) Compensation for personal injury in a comparative perspective. Wien ; New York : Springer, 2003. Lk 64.

<sup>58</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.vmnvd.gov.lv/en/cross-border-healthcare-contact-point/treatment-risk-fund> .

<sup>59</sup> Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli/!ut/p/b1/04\\_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOLNDHwdPTwNDD38Q\\_yNDTzDvAxc3U39jCz8TIEKlpEVWHibOQEVuPobhJo6GroHGxDS76UflZ6TnwS0Klw\\_CIUxFrPACgxwAEcD\\_CZYGJjr-3nk56bqF-RGVAZ76joCACRAMmU!/dl4/d5/L2dJQSEvUU3QS80SmtFL1o2XzQxRUIHM08wSTBOUjAwQUdLMFZMRTQwMFEEx/](http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli/!ut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOLNDHwdPTwNDD38Q_yNDTzDvAxc3U39jCz8TIEKlpEVWHibOQEVuPobhJo6GroHGxDS76UflZ6TnwS0Klw_CIUxFrPACgxwAEcD_CZYGJjr-3nk56bqF-RGVAZ76joCACRAMmU!/dl4/d5/L2dJQSEvUU3QS80SmtFL1o2XzQxRUIHM08wSTBOUjAwQUdLMFZMRTQwMFEEx/)

- kulukus, eriti suurema rahvaarvuga riikides. Kohast hüvitist on võimalik pakkuda vaid hästirahastatud sotsiaalsüsteemide puhul;
- hüvitiste määrad on madalamad, kui kohtumenetluste puhul;
- vähene võimalus soodustada isiklikku/ametkondlikku vastutust ära hoitavate ravivigade ning ebaturvaliste praktikate eest. Hüvitamismenetluses kogutud infot ei kasutata kahjutekitajate vastutusele võtmiseks ka siis, kui selleks on vajadus ja põhjus<sup>60</sup>;
- oluline nõuete arvu tõus ja kaebamiskultuuri teke;
- määratud väljamaksetel põhinevad hüvitissüsteemid ei võta piisavalt arvesse erinevate patsientide vajadusi;
- võimalik piiratud juurdepääs kohtule ei taga piisavalt inimõiguste kaitset ja soodustab patsientide pöördumist kriminaalkohtutesse kahjutekitajate vastutusele võtmiseks<sup>61</sup>.

#### IV.II Süüline süsteem

**Kahju tekitamisel** põhinev süsteem, kus peamiseks õiguskatsevahendiks on kohtusse pöördumine, on kasutusel Tšehhis<sup>62</sup>, Prantsusmaal<sup>63</sup>, Saksamaal<sup>64</sup>, Ungaris<sup>65</sup>, Itaalias<sup>66</sup>, Poolas<sup>67</sup>, Slovakkias<sup>68</sup> ja Leedus. Neis riikides on tarvitusele võetud erinevaid kohtueelseid lepitusmeetmeid, mille kasutamine erineb maade kaupa<sup>69</sup>.

Nii näiteks peavad *Leedus* kõik tervishoiuteenuse osutajad ja tervishoiutöötajad olema kaetud kohustusliku kindlustusega. Hüvitamisele kuuluvad varalised ja mittevaralised kahjud, mis leiavad aset tervishoiuteenuse osutamise käigus teenuseosutaja või tema töötajate süüliku tegevuse tagajärjel. Kuigi on sisse seatud kohtueelne kohustuslik menetlus kahjude käsitlemiseks, on kaebajal vaja ära näidata süü ja põhjuslik seos. Hüvitise saamiseks peab

---

<sup>60</sup> Farrell A-M, Devaney S, Dar A. No-fault compensation schemes for medical injury: a review. Scottish Government Social Research 2010. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.gov.scot/Resource/0039/00394407.pdf>.

<sup>61</sup> Farrell A-M, Devaney S, Dar A. No-fault compensation schemes for medical injury: a review. Scottish Government Social Research 2010. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.gov.scot/Resource/0039/00394407.pdf>.

<sup>62</sup> Vt <http://www.cmu.cz/en/travel-healthcare/foreign-in-cz/complaints-remedies>.

<sup>63</sup> Vt [http://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/litige\\_en.html](http://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/litige_en.html).

<sup>64</sup> Vt [http://www.eu-patienten.de/en/behandlung\\_deutschland/nach\\_der\\_behandlung/behandlungsfehler/hilfe\\_bei\\_behandlungsfehlern/hilfe\\_bei\\_behandlungsfehlern.jsp](http://www.eu-patienten.de/en/behandlung_deutschland/nach_der_behandlung/behandlungsfehler/hilfe_bei_behandlungsfehlern/hilfe_bei_behandlungsfehlern.jsp).

<sup>65</sup> Vt <http://www.patientsrights.hu/investigating-patients-complaints.html>.

<sup>66</sup> Vt [http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_1.jsp?lingua=english&id=181](http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=english&id=181). Itaalia osas tuleb siiski mainida, et hoolimata süülisest süsteemist on kohtud omaalgatuslikult asunud eristama keerulisi ja vähemkeerulisi meditsiinilisi sekkumisi. Keerulisemate puhul on kahjukannatajal vaja näidata vaid ebakohasus, kahju või põhjuslik seos ning selle põhjal toimub asja arutamine. Seega on hüvitissüsteemi sisse toodud mittesüüliku vastutuse elemente. Vt ka Koch B A, Koziol H (eds.) Compensation for personal injury in a comparative perspective. Wien ; New York : Springer, 2003. Lk 184.

<sup>67</sup> Vt <http://www.kpk.nfz.gov.pl/en/right-to-pursue-claims-in-poland.html>.

<sup>68</sup> Vt [http://www.nkm.sk/en\\_GB/web/guest/postup-pri-odvolani-a-moznosti-napravy](http://www.nkm.sk/en_GB/web/guest/postup-pri-odvolani-a-moznosti-napravy).

<sup>69</sup> Nys H. The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe. The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses. Directorate General of Human Rights and Legal Affairs Council of Europe 2009. Lk 17-28. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf\\_ml\\_2008.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf).



kahjukannataja esitama taotluse vastavale Tervishoiuministeeriumi juures töötavale komisjonile. Komisjon on tuvastab kahju tekkimise ja selle suuruse<sup>70</sup>.

Süü tuvastamisel põhineva süsteemi puuduseks on ebakindlus kahjude ja vastutuse ulatuses ning pikaajalised ravivigade kaebuste menetlusprotsessid. Riske kergendavate asjaolude ja tõrjeefekti esinemise osas ei ole leidunud otseseid tõendeid, et vastutuse nõue võiks iseenesest olla parema riskihindamise initsiaatoriks ning tuua kaasa teenuseosutajate ja töötajate ravitegevuse paranemise. Lisaks keskendub süsteem individuaalsete teenuseosutajate väärtegadele, aga ravivead on sageli põhjustatud ravisüsteemi laiematest puudujääkidest. Kahju tekitamise süsteem võib omada patsienditurvalisusele vastupidist mõju ning pärssida tervishoiutöötajate initsiatiivi raporteerida ravivigade aset leidmisest, mis aitaks analüütikutel selgitada, miks vead aset leiavad<sup>71</sup>.

#### IV.III Segasüsteem

Lisaks eeltoodud nõ puhastele variantidele on mõned Euroopa riigid loonud kahjude hüvitamise süsteemid, mis põhinevad **erinevate metoodikate segamisel**.

Näiteks *Iirimaa* on muutnud erialase kutsekindlustuse kohustuslikuks vaid juhtudel, kui teenuseid osutatakse piiriülese tervishoiuteenuse direktiivi raames. Sellised teenuseosutajad peavad kindlustuspoliisi esitama asjakohasele ametkonnale. Kindlustuseta teenuseosutamine direktiivi raames on karistav kriminaalkorras vangistuse, rahatrahvi või mõlemaga. Patsient võib taotleda hüvitist, kui:

- kahju elule või tervisele (kaasa arvatud moraalne kahju) on tekkinud seoses tervishoiutöötaja tegevuse või tegevusetusega või ravi tingimustega;
- patsient on pidanud kandma kulusid seoses elule või tervisele tekitatud kahjude või kõrvalmõjude aset leidmisega ravi käigus.

Patsient on õigustatud hüvitist saama hoolimata sellest:

- kas tervishoiuasutus on maksnud kindlustusmaks;
- milline on teenuseosutaja omandivorm;
- kes maksab teenuse eest.

Määratud on maksimaalsed hüvitissummad nii tervisekahjude kui ka kaasnevate kulude hüvitamiseks. Kindlustusega seonduvaid menetlusi viib läbi Rahvuslik Terviseteenistus, hüvitissummad kalkuleerib ja määrab Terviseamet<sup>72</sup>.

#### IV.IV Üleminek süüliselt mittesüülisel süsteemile Šotimaa näitel

Eraldi tähelepanu väärivad viimase aja arengud *Šotimaal*. Aastal 2014 viidi seal läbi uuring, mille eesmärgiks oli hinnata võimalust minna üle mittesüülisel hüvitissüsteemile võttes eeskujuks Rootsi mudeli<sup>73</sup>. Konsultatsioonidesse olid kaasatud nii patsientide kui ka

---

<sup>70</sup>Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.lncp.lt/en/healthcare\\_in\\_lithuania/patients\\_rights](http://www.lncp.lt/en/healthcare_in_lithuania/patients_rights).

<sup>71</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 28.

<sup>72</sup>Vt <http://hse.ie/eng/services/list/1/schemes/cbd/pli/>.

<sup>73</sup> Consultation Report - Consultation on recommendations for no-fault compensation in Scotland for injuries resulting from clinical treatment. Aprill 2014. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.gov.scot/Publications/2014/04/6437/5>.

tervishoiusektori esindajate ühendused, äriühingud ja eraisikud. Muuhulgas otsiti vastust mittesüülise süsteemi rakendamisega seonduvate aspektide ning uue meetoodika kasutuselevõtu osas.

Konsensuslikult otsustati, et loodav mittesüüline kutsekindlustuse süsteem peab lähtuma järgmistest põhimõtetest:

- süsteem võimaldab patsiendil, perekonnal ja hooldajatel saada kohase hüvitise;
- süsteem vastab Euroopa Inimõiguste Konventsiooni standarditele;
- süsteemi sisenemine ja selle kasutamine on lihtne ning ilma ülemääraste piiranguteta (näiteks kulud või puuduv juurdepääs nõustamisele ja tugiteenustele);
- isikutel on võimalus saada süsteemi kasutamiseks sobivat ja asjatundlikku nõustamist;
- otsused hüvitiste osas langetatakse mõistliku aja jooksul;
- isikud, kes on süsteemi kasutanud, tunnevad, et neid koheldi võrdselt;
- süsteem on kulutõhus;
- süsteemi aja- ja resursikasutus on proportsionaalne;
- süsteemi halduskulud (majanduslikud ja aeg) ning väljamõistetavad hüvitised on kohases tasakaalus;
- otsused hüvitiste kohta võetakse vastu kasutades lihtsaid ja erapooletuid menetlusi;
- süsteemil on iseseisev vaidlustussüsteem;
- süsteem kohtleb patsiente õiglaselt ja võrdselt;
- hüvitiste välja maksmisele on seatud mõistlik ajapiir;
- süsteem tõrjub ebakohaseid või spekulatiivseid nõudeid;
- süsteem julgustab patsiente ja töötajaid käituma vastutustundlikult;
- avalikkus (kaasa arvatud rahastajad, tervishoiuteenuse osutajad, töötajad ja teised) usuvad, et süsteemi väljundid on õiglasel;
- süsteem soodustab läbipaistvust kliinilises otsustamises;
- süsteem peab olema võimeline tegelema isikutega, kelle kahju oli seotud isikuandmete ebakohase käitlemisega.

Huvigrupid rõhutasid eraldi, et „mittesüüline“ ei või tähendada „vastutustundetu“ ning hoolsuskohustusest kõrvalekaldumine ei ole aktsepteeritav. Samuti leidsid menetluses kaasatud, et tuleks anda selge kirjeldus kahjustest, mis ei kuulu mittesüülise skeemi alusel hüvitamisele.

Kuigi Šotimaal oli uue süsteemi kontseptsiooni välja töötamise lähtekohaks Rootsi mudel, siis selle mudeli üle võtmist toetas lõpuks siiski vaid 49% kaasatutest. Peamiseks vastuväiteks oli, et Šotimaa sotsiaal- ja tervisesüsteem ei ole nii arenenud, kui Rootsis ja seetõttu on kaheldav, et samalaadne süsteem Šotimaal käesoleval ajal edukalt ja efektiivselt rakenduks. Muret tunti ka pikaajaliselt kaasnevate kulude ja kuluefektiivsuse osas.

Eraldi arutati küsimust, kas süsteem peaks rakenduma tagasiulatavalt. Leiti, et tuleb täiendavalt arutada, millal ja kuidas toimub üleminek uuele süsteemile, mis saab selleks hetkeks esitatud kaebustest ning nõuetest, mille aluseks on mittesüülisele süsteemile eelnevalt tekkinud kahjud.

Samuti väärnis pikemat arutelu see, kuidas suhestub mittesüüline kindlustusel põhinev süsteem ja kohtumenetlus. Mitmed kaasatud leidsid, et isik võib valida vaid ühe kaebuse esitamise tee – kas mittesüülise vastutuse rakendamine või pöördumine kohtusse tsiviilnõudega.

## V Võimalikud variandid kindlustuse reformiks

Eestis käesoleval ajal kehtiva kahju tekitamisel põhineva süsteemi reformimise osas võib tuua kolm kõige levinumat viisi.

Esimene variant proovib piirata massilist pöördumist kohtutesse ja lühendada lahendamiseks kuluvat aega. Tegevusteks võib olla näiteks lühemate menetlustähtaegade ette nägemine ning muudetud menetlusmetodoloogia, samuti kohtueelsete läbivaatus- või lepitusmehhanismide (nagu näiteks ombudsman) poole pöördumise soodustamine.

Viimase osas võib esile tuua Hollandi ombudsmani tegevuse. See amet pakub lühemaid menetlusaegu ja võimalust vältida avalikkuse tähelepanu, mis tervishoiuteenuste osas kaebamisega seotud kohtumenetlustega sageli kaasneb. Ka Skandinaavia süsteem näeb kahjude menetlemiseks ning hüvitisskeemi otsuste vaidlustamiseks ette haldusmenetluse, mille kulud on tunduvalt madalamad, kui kohtusse pöördumise korral. Lisaks lahendatakse enamik kaebusi aasta jooksul.

Teine reformide variant muudab vastutuse reegleid. See hõlmab tavapäraselt süü/hooletuse definitsioonide harmoniseerimist, samuti kaebuste koguarvu ja väljamakstavate hüvitiste reguleerimist (näiteks ühise ja kaasvastutuse korral).

Üldiselt tuleb eeldada, et vähemalt Euroopa Liidus on ravistandardid ja sellega seonduvad hooletuse kriteeriumid sarnased. Võrdlusuuringud näitavad, et näiteks Taanis, Soomes ja Rootsis, kus on kasutusel mittesüüline vastutussüsteem, on ravistandardid kõrgemad: patsiendid saavad hüvitist juhul, kui kahju tekkimist oleks võinud ära hoida juhul, kui sekkumine oleks olnud asjatundlik. Samas Ühendkuningriigis, Hollandis ja Portugalis on ravistandardid ja neil põhinev hooletuse defineerimine tunduvalt madalama lävega<sup>74</sup>.

Kolmas reformidekogumik käsitleb hüvitiste suurust seades kahjudele ülempiiri. Näiteks Itaalias on kasutusele võetud standardsed puude hüvitise tabelid (nagu eksisteerivad ka liikluskindlustuse puhul), mille eesmärgiks on tagada välja makstavate hüvitiste ühtsus kogu riigis. Rootsis on liikluskindlustussüsteemis rakendatavad hüvitistabelid kasutusele võetud ka tervisekahjude hüvitamise juhtudel nii kindlustusandjate kui ka kohtute poolt<sup>75</sup>. Ühendkuningriigis on kasutusel nn Ogden tabelid, mis on abimaterjaliks neile, kes peavad välja arvestama hüvitise määrad saamatajäänud tulu arvestamiseks isikukahju ja surmaga lõppenud õnnetuste korral<sup>76</sup>.

Väljamakstavate hüvitiste määramisel tuleb lisaks otsustada, kas hüvitamine toimub ühekordse või perioodiliste maksetena, millised kulud hõlmatakse (õigusabikulud jne), ülempiiri seadmine vaid mitterahalistele hüvitistele, muudest allikatest saadavate hüvitiste mahaarvamine (näiteks sotsiaalkindlustus jne). Ülempiiride või tabelite koostamisel ja

---

<sup>74</sup> Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. World Health Organization 2011. Lk 202. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf).

<sup>75</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 37-38.

<sup>76</sup> Tabel ja kommentaarid kättesaadavad elektrooniliselt aadressil [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/245859/ogden\\_tables\\_7th\\_edition.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/245859/ogden_tables_7th_edition.pdf). Täiendavalt väljamakse ülemmäära piiramisest <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690332/>.

hüvitamisele kuuluvate kululiikide määramisel tuleb igal juhul kindlaksmääratud summasid ja nende arvutuskäike põhjendada<sup>77</sup>.

Šotimaal läbi viidud mittesüülisele hüvitussüsteemile üleminekule eelnevate konsultatsioonide käigus avaldati arvamust, et kindlaksmääratud hüvitised (kas tabeli alusel või ülempiiridena) ei võimalda personaalselt lähenemist. Igal juhul ei tohiks sellised automaatsed hüvitised olla väiksemad kohtu kaudu saadavast kompensatsioonist. Vastasel korral võib enamik kahjukannatajaid endiselt nõuetega kohtusse pöörduda<sup>78</sup>.

Kahjudele ülempiiri seadmine vähendab üldiselt kindlustusmaksid, kuid ei mõjuta nõ igaks juhuks läbi viidavate sekkumiste arvu<sup>79</sup>. Ülempiir on pandud hüvitistele näiteks Austrias ja Saksamaal<sup>80</sup>.

Erialakirjanduses on väidetud, et süüküsimus ei ole üldjuhul tervishoiuteenuse osutaja vastutuse kaasustes määrav, sest väga raske on ette kujutada juhtumit, kus tervishoiuteenuse osutaja rikub kohustust olukorras, kus ta on olnud piisavalt hoolikas, ja et seetõttu võib väita, et tervishoiuteenuse osutaja vastutab oma kohustuse rikkumise eest alati, kui ei esine vääramatut jõudu<sup>81</sup>. Seega võib väita, et tervishoiuteenuse osutamise lepingu puhul ei oma süü presumpatsioon, mille eesmärgiks on kahjustatud isiku tõendamiskoormise kergendamine, võib-olla nii suurt tähendust kui teiste lepingute puhul, kus teenuse osutamist ei dokumenteerita või kui dokumenteeritaksegi, siis ei ole need dokumendid lepingu teisele poolele kättesaadavad. Seega võib sedastada, et süü sätestamine vastutuse eeldusena lepingulistest suhetes teenib eelkõige kohustust rikkunud isiku elukutseliste riskide maandamise eesmärki<sup>82</sup>.

Langetades valikuid, kas tervishoiuteenuse osutaja/tervishoiutöötaja kutsekindlustus peaks olema vabatahtlik või kohustuslik, tuleb silmas pidada, et vabatahtliku ja kohustusliku kutsekindlustuse regulatsioon on erinev: kohustusliku kutsekindlustuse korral on kannatanul enamasti otsenõue kindlustusandja vastu ning kahju tekitaja poolne rikkumine ei anna kindlustusandjale õigust keelduda kahju hüvitamisest, vaid annab õiguse nõuda hüvitatud kahju sisse kahju tekitajalt eneselt. Vabatahtliku kutsekindlustuse eesmärk on kahju tekitaja kaitsmine maksejõuetuse eest, samas kui kohustusliku vastuskindlustuse mõte on kannatanule kompensatsiooni tagamine. Kuna kutsekindlustuse kohustuslikuks muutmise peamine eesmärk on kannatanu kaitse, on selle kindlustuskatte rakendamine kannatanu kasuks ja kahju

---

<sup>77</sup> Näide erinevate kulude arvutuskäigust kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.gov.scot/Publications/2012/06/2348/5>.

<sup>78</sup> A Study of Medical Negligence Claiming in Scotland. Appendix: expenditure implications of proposed no-fault scheme. June 2012. P a4. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <http://www.gov.scot/Publications/2012/06/2348/5>.

<sup>79</sup> Kaitsev meditsiin ehk võimalikult paljude sekkumiste läbi viimine eesmärgiga ära hoida süüdistusi puudulikus ravis.

<sup>80</sup> Koch B A, Koziol H (eds.) Compensation for personal injury in a comparative perspective. Wien ; New York : Springer, 2003. Lk 415.

<sup>81</sup> Luik-Tamme I, Pormeister K. Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon?. Juridica, 2014, nr 10, lk 773. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://juridica.ee/get\\_doc.php?id=2162](http://juridica.ee/get_doc.php?id=2162).

<sup>82</sup> Luik-Tamme I, Pormeister K. Kas süü tervishoiuteenuse osutaja lepingulise vastutuse eeldusena on iseseisev või sisutühi kontseptsioon?. Juridica, 2014, nr 10, lk 774-775. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://juridica.ee/get\\_doc.php?id=2162](http://juridica.ee/get_doc.php?id=2162).

tekitaja kahjuks õigustatud. Samas vabatahtlikku (ja mitte üldlevinud) kutsekindlustust ei peaks rakendama kindlustusvõtja kahjuks<sup>83</sup>.

Rahalisest aspektist lähtudes võib teiste riikide kogemuste põhjal sedastada, et lühiajaliselt ning süsteemi käivitamise alguses võib kindlustatuse tagamiseks aidata tervishoiuteenuse osutajatel kindlustusmakseid tasuda. Näiteks Prantsusmaal tõsteti perearstidele makstavat tasu muuhulgas ka seetõttu, et nii oli arstidel võimalik soetada kohane kindlustuskaitse. Mõned valitsused on otsustanud katta osa kindlustusmaksetest keerulisemate (riskialtimate) erialade puhul<sup>84</sup>.

## VI Tervishoiuteenuse osutaja kutsekindlustus Eestis

Eelnevalt siht- ja sidusgruppidega läbi viidud konsultatsioonide<sup>85</sup> käigus jõuti järeldusele, et tervisekahjude hüvitamine loodavas süsteemis peab lähtuma mittesüülise vastutuse põhimõttest. Juhul, kui kahjukannatanu ei rahuldu välja mõistetud hüvitisega, säilib tal põhiseaduslik õigus pöörduda kohtusse asja lahendamiseks tsiviilkohtumenetluses ette nähtud viisil.

Kahjude hüvitamise süsteemi muutmine tsiviilõiguslikust vaatenurgast ei too kaasa karistusõiguslike reforme, kuna süü küsimus ja vastutus erinevates õigusvaldkondades on erinev. Käesoleval ajal KarSis ette nähtud ning eelkirjeldatud raskete isikuvastaste tegude eest vastutusele võtmine on kehtiv kutseülele ja ei ole seotud spetsiifiliselt tervishoiuteenuse osutamisega. Samuti ja nagu ülal selgitatud, tooks tervishoiuteenuste osutamisega seotud tegevuse osas erisuste tekitamine üldise karistusõigusliku vastutuse osas kaasa võimaliku vastuolu Euroopa Inimõiguste Konventsiooniga.

Peamisteks alternatiivvariantideks kindlustuse loomisel on riiklik riskifond (A1) ja kohustuslik eraõiguslik kutsekindlustus (A2). Mõlemat varianti ning nendega kaasnevaid kulusid selgitatakse järgnevalt.

**Variandi A 1 korral luuakse avalik-õiguslik patsiendikahjude hüvitamise süsteem ehk riiklik riskifond** (õiguslikult sundkindlustuse süsteem<sup>86</sup>), mis hüvitab kahjukannatajale tervishoiuteenuse osutamise käigus tekitatud kahju, kui seda oleks olnud tõenäoliselt võimalik vältida. Kahju hüvitatakse seadusega kehtestatud korras ning kaalutakse vajadust kehtestada eelnevalt kindlaksmääratud hüvitiste suurused sõltuvalt tervisekahju raskusest või alternatiivina hüvitise ülemmäär. Kahju hüvitamise aluseks on põhjuslik seos tervishoiuteenuse osutamise ja kahju vahel. Hüvitamise põhjendatust hindavad erapooletud riskifondi eksperdid. Seadusega kehtestatakse teenuseosutajatele kohustuslik sissemakse fondi, neist maksetest koguneb süsteemi eelarve. Maksekohustuse tõttu tõusevad

---

<sup>83</sup> Oksaar M. Kindlustuse mõju deliktiõiguslikule kahju hüvitamise kohustusele. Kahjuhüvitise vähendamine ja tagasinõudeõigus. Juridica VI 2005. Lk. 376-384. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil [http://juridica.ee/juridica\\_et.php?document=et/articles/2005/6/90923.PRN.prv.php](http://juridica.ee/juridica_et.php?document=et/articles/2005/6/90923.PRN.prv.php).

<sup>84</sup> Policy Issues in Insurance No. 11. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD Publishing, 2006. Lk 42-43.

<sup>85</sup> Viide. Muuhulgas vt ülal II peatükk.

<sup>86</sup> Tulenevalt kindlustustegevuse seaduse §-st 10 on sundkindlustus kindlustus, mille puhul isikul on seadusega sätestatud kohustus tasuda kindlustusmakset või -maksu ja hüvitamise kohustus on pandud riigile või muule isikule.

tervishoiuteenuste hinnad nii ravikindlustuse eelarves kui tasuliste teenuste turul. Tõusu suurus sõltub kehtestatava sissemakse määrast, mis on erinevatel tervishoiuteenuse osutajatel sõltuvuses riskist/osutatavate teenuste liigist/kutsest (arst, õde, ämmaemand) ja arsti(de) eriala(de)st (kirurg, sisemeditsiini erialade arstid, hambaarst), kuid mille tase on riigi poolt läbi õigusloome kontrollitav. Tulevikus hakkab sissemaksete suurus sõltuma väljamakstavate hüvitiste mahust.

Tuginedes väljakujunenud praktikatele tuleb riiklik riskifond luua avalik-õigusliku juriidilise isikuna<sup>87</sup>. Fondi tegevuse korraldamiseks on võimalikud järgmised variandid:

1. fond tegutseb mõne olemasoleva ja ülesannetelt sarnase asutuse juures või asutuse poolt opereerituna. Eelkõige võiks sellisteks asutusteks olla kas Eesti Haigekassa (kui ravi rahastaja, tervishoiuteenuse osutamise kulude katmise lepingute sõlmija, kvaliteedikontrolli teostaja) või Terviseamet (tegevuslubade välja andja ja kontrollija, võimalik tulevane ravivigade registri pidaja). Seaduses ja alamaktides nähakse ette fondi tegevuse alused, ulatus, väljamaksetesse ja kuludesse puutuv. Seega on riigil võimalus fondi majandus- ja muud tegevust efektiivselt kontrollida. Tegevus toimub olenevalt seaduses sätestatud fondi tegevusest ja volitamise ulatusest halduslepingu või halduskoostöö korras.

2. fondi haldamine antakse halduslepinguga üle eraõiguslikule juriidilisele isikule. Eelkõige võiks selliseks isikuks olla Eesti Kindlustusseltside Liit/ Eesti Liikluskindlustuse Fond<sup>88</sup>. Seaduses ja alamaktides nähakse ette fondi tegevuse alused, ulatus, väljamaksetesse ja kuludesse puutuv. Samas kaasneb halduslepingu sõlmimisega läbirääkimiste protsess, mille käigus eraõiguslik täitja soovib ilmselt tagada majandustegevuse kasumi võimalikult suures ulatuses.

3. fond tegutseb sarnaselt olemasoleva Tagatisfondiga iseseisva juriidilise isikuna. Sellise variandi korral oleks läbi juhtorganite olemas täielik riiklik kontroll fondi tegevuse üle. Samuti oleks fond sõltumatu teistest isikutest, siht- ja sidusrühmadest (erinevad riigiasutused, ametid jne), peamiseks eesmärgiks ei oleks kasumi teenimine. Samas võib uue juriidilise kehendi loomine olla seotud täiendavate halduskuludega<sup>89</sup>.

Tabel riikliku riskifondi korralduse hindamiseks:

	<b>Fondi tegevust korraldab avalik asutus</b>	<b>Fondi tegevust korraldab eraõiguslik juriidiline isik</b>	<b>Fond on iseseisev juriidiline isik</b>
<b>Mõju riigiasutuste korraldusele</b>	Valitud asutuse (Eesti Haigekassa või	Otsene mõju puudub. Kaudselt tuleb luua	Luuakse uus eraldiseisev, riigile

<sup>87</sup> Sarnaste kahjukäsitlemismenetluste puhul on võimalik valida põhimõtteliselt 2 variandi olemasoleva mudeli vahel – Tagatisfond, mis on avalik-õiguslik juriidiline isik ja teistest asutustest eraldiseisev ja Eesti Liikluskindlustuse Fond, mis on avalikku ülesannet täitev mittetulundusühing ning mille liikmed ja opereerija on eraõiguslikud.

<sup>88</sup> Haldusleping kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/117092014014&leiaKehtiv>. LKF on käivitanud ka vaidluste kohtueelse lahendamise, mille rakendamine ka tervisekahjude hüvitamise kontekstis on soovitatav.

<sup>89</sup> Tuleb märkida, et ka juhul, kui fondi ülesanded antakse halduslepingu alusel üle ei tähenda see automaatselt, et täitjal on olemas kogu vajalik taristu (tervise- ja kindlustuseksperdid, võimekus, lepitajad jne) või et täitja peaks olemasolevat ressursi uue fondi ülesannete täitmiseks tasuta kasutama. Seega sõltuvad süsteemi kulud ja nende optimeerimise võimalused eelkõige sellest, millised funktsioonid fondile antakse, kui isikustatud on kahjude arvestamine, millised on menetlustähtajad jne.

	<p>Terviseamet) töökoormus suureneb lisanduva kindlustuse pakkumise ja kahjude käsitlemise ning vaidemenetluste läbi viimise tõttu. Töö- või töövõtuhete alusel tuleb tagada piisava hulga ekspertide olemasolu. Tööle tuleb võtta põhikohaga juhtumite menetlejad ja muu vajalik halduspersonal. Riskifondile tuleb tagada kohane taristu.</p>	<p>süsteemid andmevahetuseks tegevuse korraldaja ja riigi poolt peetavate andmebaaside vahel (e-tervis, sotsiaalkindlustus jne), koostöö riskifondi ja asjassepuutuvate ametkondade vahel, samuti järelevalve läbi viimine.</p>	<p>kuuluv isik. Seega tuleb arvestada kogu taristu loomisega. Otsustamist vajab ligipääsja koostöö erinevate andmebaasidega ning teiste riigiasutustega.</p>
<b>Mõju riigieelarvele (kulud)</b>	<p>Fond peab katma kulud oma tulude arvelt. Tulud moodustuvad kindlustusmaksetest, mis kaetakse kas Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud maksete või THT osutaja omavahendite arvelt. Seega on ette näha Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud THT maksumuse tõusu.</p>	<p>Fond peab katma kulud oma tulude arvelt. Eraõiguslik juriidiline isik võib oma kuluarvestusse sisse planeerida ka kasumi. Tulud moodustuvad kindlustusmaksetest, mis kaetakse kas Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud maksete või THT osutaja omavahendite arvelt. Seega on ette näha Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud THT maksumuse tõusu.</p>	<p>Fond peab katma kulud oma tulude arvelt. Tulud moodustuvad kindlustusmaksetest, mis kaetakse kas Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud maksete või THT osutaja omavahendite arvelt. Seega on ette näha Eesti Haigekassa hinnakirjas toodud THT maksumuse tõusu.</p>
<b>Mõju tervishoiusektorile</b>	<p>Toob kaasa tegevusloa kehtivuse eeldusena kohustuse olla kaetud kutsekindlustusega. TH sektor peab leidma vahendid kindlustuse kulude katteks.</p>	<p>Toob kaasa tegevusloa kehtivuse eeldusena kohustuse olla kaetud kutsekindlustusega. TH sektor peab leidma vahendid kindlustuse kulude katteks.</p>	<p>Toob kaasa tegevusloa kehtivuse eeldusena kohustuse olla kaetud kutsekindlustusega. TH sektor peab leidma vahendid kindlustuse kulude katteks.</p>

<b>Mõju välissuhtlusele</b>	Kindlustuse olemasolu suurendab välispatsientide usaldust Eestis pakutavate TH teenuste osas.	Kindlustuse olemasolu suurendab välispatsientide usaldust Eestis pakutavate TH teenuste osas.	Kindlustuse olemasolu suurendab välispatsientide usaldust Eestis pakutavate TH teenuste osas.
-----------------------------	---	---	---

**Variandi A 2 korral kehtestatakse kohustuslik kutsekindlustus.** Kindlustust pakuvad Eestis tegutsevad kindlustusfirmad, kes moodustavad kindlustuskeskuse. Kindlustatakse tervishoiuteenuse osutaja vastutus kahjukannataja ees. Kindlustusjuhtumiks on isikule tervishoiuteenuse osutamise käigus tekitatud kahju, kui seda oleks olnud tõenäoliselt võimalik vältida. Kannatanu pöördub kahjunõudega kindlustuskeskuse poole, kes teeb kindlaks kindlustusjuhtumi toimumise, kahju ning selle raskusastme. Kindlustuspreemiate suurus sõltub kindlustusfirmade poolt hinnatud riski astmest ning preemiate tase mõjutab tervishoiuteenuste hindu hoolimata rahastajast. Hüvitiste suurust võimalik kontrollida maksimaalse kindlustussumma kehtestamisega. Süsteemi kuludes sisaldub erinevalt A 1-st kasum, mis tõstab kulusid (sh kui väljamakstavate hüvitiste maht, mida esialgu on keeruline prognoosida, on väiksem kui kogutud maksed, kujuneb sellest kindlustaja kasum). Teenuseosutajaid hinnastatakse riskiastet eristades variandist A 1 täpsemalt. Samas võib hindadele lisanduda ka edasikindlustuse täiendav kulu. Ekspert hinnangu alusel selle süsteemi suurimaks eeliseks poliitiliste mõjude puudumine ja väiksem bürokraatia<sup>90</sup>. A 2 eeliseks peetakse tavapäraselt konkurentsiefekti, mille tekkimine tulenevalt Eesti kindlustusturu väiksusest (käive vahemikus 2-10 miljonit eurot) on siiski kaheldav.

**Tabel alternatiivlahenduste ja mõjude hindamiseks:**

<b>Kriteeriumid</b>	<b>Alternatiiv 1 Riiklik riskifond patsientkahjude kompenseerimiseks</b>	<b>Alternatiiv 2 Erakindlustusel põhinev kohustuslik kutsekindlustus koos kindlustuskeskusega</b>
<b>Kindlustusjuhtum</b>	Mittesüüline  Kindlustusperioodil tervishoiuteenuse osutaja poolt tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel isikule tekitatud kahju, eeldusel, et seda oleks olnud tõenäoliselt võimalik vältida.	Mittesüüline  Kindlustusperioodil tervishoiuteenuse osutaja poolt tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel isikule tekitatud kahju, eeldusel, et seda oleks olnud tõenäoliselt võimalik vältida.
<b>Kindlustusmakse eeldatav suurus</b>	Kehtestatakse õigusaktidega, maksete tase seotakse riskiastmega ning edaspidi väljamakstud hüvitiste mahuga	Seotud otseselt tervishoiuteenuse riskiastmega ja väljamakstavate hüvitiste mahuga.

<sup>90</sup> Viide



		Vead/eksimused suurendavad makseid.
<b>Mõju tervishoiutöötajate käitumisele ja teenuste ohutusele</b>	Motivatsioon vigu ja eksimusi raporteerida sõltub vastavast kohustusest.	Motivatsioon vigu ja eksimusi raporteerida sõltub vastavast kohustusest. Motivatsioon vigu mitte raporteerida võib olla suurem kui variandil A1, kui kindlustusmaksete suurus sõltub vigadest.
<b>Kindlustusjuhtumite eeldatav arv</b>	Tõenäoliselt suurem kui käesoleval ajal.	Tõenäoliselt suurem kui käesoleval ajal.
<b>Kindlustusjuhtumite eeldatav hind ehk väljamakstava hüvitise eeldatav suurus</b>	Võimalik kontrollida. Kehtestatakse kahjude "hinnakiri". Võivad tekkida kumuleeruvad kulud (kallid juhtumid – nt noor inimene jääb ravivea tagajärjel töövõimetuks elu lõpuni).	Võimalik kontrollida. Hüvitise suurus sõltub isiku kahjust, võimalik kontrollida kehtestatava ülempiiriga. Võivad tekkida kumuleeruvad kulud (kallid juhtumid – nt noor inimene jääb ravivea tagajärjel töövõimetuks elu lõpuni).
<b>Kulud riigieelarvele</b>	Riigieelarve osa (mõjutab riigieelarve tasakaalu ravikindlustuse eelarve kaudu) .	Puuduvad.
<b>Kulu ravikindlustuse eelarvele</b>	Kulud suurenevad - kindlustusmaksed sisalduvad tervishoiuteenuste hindades lähtuvalt regulatsioonist, kulu suurus sõltub ka väljamakstavatest hüvitistest (väiksem kui A2, hüvitised kehtestatud õigusaktidega).	Tõstab kulusid enam kui A1, surve hindade tõstmisele (lisaks kindlustuspreemiatele, mis sisalduvad teenuste hindades, lisandub erasüsteemis eelduslikult suurem palgakulu, edasikindlustus ja kasumi marginaal). Kulu suurus sõltub väljamakstavatest hüvitistest , seotud tegelike kuludega patsiendil (kumuleeruv kulu).
<b>Halduskoormus riigile süsteemi loomisel, rakendamisel ja üleväljapidamisel</b>	Vajadus luua täiesti uus süsteem.	Halduskoormus veidi väiksem kui A1. Kindlustusandjatel olemas eelnev kogemus mh reguleerimiseks ja toimiv analoog olemas. Kindlustuskeskuse loovad ja peavad üleväljapidamisel kindlustusandjad.
<b>Risk süsteemi käivitumisele ja jätkusuutlikkusele</b>	Paremini kontrollitud kulud, rahalises mõttes ilmselt jätkusuutlikum kui A2.	Risk jätkusuutlikkusele – juhtumid kallid, perspektiivis võib väheneda kindlustusfirmade huvi teenuse pakkumiseks

		(rahvusvaheline kogemus) ja tervishoiuteenuse osutajate huvi riskantseid teenuseid pakkuda. Tervishoiuteenuse riskiastet on keeruline täpselt mõõta. Kasumile orienteeritus tekitab kindlustusvõtjale olukorra, kus risk on, aga kindlustust sellele ei pakuta või on kindlustusmakse liialt kõrge.
--	--	---

Mõlema variandi puhul kaasneb esiteks oluline mõju ravikindlustuse eelarvele läbi tõenäoliselt suurenevate tervishoiuteenuste hindade ning teiseks patsientide omaosalusele läbi suurenevate tasuliste teenuste hindade.

Kindlustatute poolt tehtavatest sisse maksetest peab olema võimalik katta süsteemi järgmised kulud: hüvitised; tegevuskulud (sh töötajate palgakulu); kasum (sisaldub A 2 kuludes); edasikindlustuskulud (A 2 puhul).

#### A 1 ja A 2 valikuvariantide orienteeruvad kulud

Käesolevad arvutused on tehtud tuginedes Soome kogemusele. Soomes makstakse aastas hüvitist ligikaudu 2400 juhtumi eest ning keskmiseks hüvitise suurus on 16 000 eurot. Kohandades arvandmeid Eesti rahvaarvu ja elatustasemega on Eestis eeldatav hüvitamiste arv aastas umbes 500 juhtu ja keskmine hüvitise suurus 4000-5000 eurot.

Süsteemi kogukulu saadakse tegevuskulu, hüvitiste kulu ja muude kulude (sh kasum, edasikindlustus) liitmisel. Tegevuskuludeks on eelkõige tööjõukulu (kahjumenetlejaid, eksperdid) ja keskmine ruumikulu aastas. Variandi A 1 korral on keskmiseks tegevuskulukuks 170 000 eurot ja variandi A 2 korral 210 000 eurot. Erinevus on tingitud eelkõige palgakulust arvestades käesoleval ajal avalikus teenistuses ja kindlustussektoris makstavaid töötasusid. Mõlema variandi puhul on võimalik välja makstavaid hüvitisi limiteerida kehtestades kas hüvitiste hinnakirja (A 1) või kindlustussumma ülempiiri (A 2).

Tulenevalt eeltoodust võivad süsteemide kogukulud kujuneda järgnevalt:

<b>A1 kogukulu</b>	$500 \times 4000 = 2\,000\,000 + 170\,000$ eurot aastas
<b>A2 kogukulu</b>	$500 \times 4000 = 2\,000\,000 + 210\,000 + \text{kasumimarginaal } X\% + \text{edasikindlustus } X$ eurot aastas

Täiendavad mõjutavad faktorid võivad olla:

- A1 ei ole suunatud kasumi teenimisele, seevastu A2 eesmärgiks on majanduslik kasu;
- A2 puhul sõltub järgmise perioodi makse eelmise perioodi väljamaksetest. Seega on nii kindlustusandja kui –võtja huvitatud kulusid kontrolli all hoidma;
- A2 puhul on olemas edasikindlustuse vajadus;
- A1 puhul kahjude hinnakirja või kahjude ülemmäära kohasus.

## **VII Kokkuvõte**

**Tulenevalt käesolevas dokumendis toodust on kõik tervisesektori osapooled jõudnud ühisele arusaamale, et käesoleval ajal kehtivat kahjude menetlemise süsteemi on vaja muuta. Lisaks on jõutud konsensusele, et tulevikus peaks Eestis kehtima sarnaselt Skandinaavia ja mõnede muude Euroopa Liidu liikmesriikidega mittesüüline kindlustussüsteem. Mittesüüline süsteem on tervishoiuteenuse tarbimise tagajärjel kahju kannatanud isikute õiguste tagamise seisukohast efektiivsem ning samuti hoiab ära tervishoiuteenuse osutajat puudutavad pikaajalised ja kulukad, süü tuvastamisele keskendunud, kohtumenetlused.**

**Lähtuvalt loodava süsteemi jätkusuutlikkusest, kaasnevatest lisakuludest riigi- ja ravikindlustuse eelarvele ning mõjudest patsiendihutuse ja kvaliteedisüsteemile on kindlustusandja puhul eelistuseks riiklik riskifond (A 1).**

Kogu kutsekindlustuse ja seda opereeriva riikliku riskifondi toimimise aluseks on uus õigusakt<sup>91</sup> ning fond on avalik-õiguslik juriidiline isik. Seaduses tuuakse süsteemi detailne regulatsioon ning samuti fondi opereerimise alused.

Täiendavalt võiks uute õiguslike regulatsioonide välja töötamisel saada inspiratsiooni ülalkirjeldatud Šotimaa hüvitissüsteemi lähtekriteeriumitest<sup>92</sup>. Fondi enda opereerimise osas võib vaadelda näiteks Läti ja Taani süsteemide toimimist. Põhjamaade süsteemi üle võtmine on vähemalt esialgu majanduslikult keerukas. Väljamaksete ja samuti kindlustusmaksete kontrolli all hoidmiseks tuleb kaaluda kahjude hinnakirja või hüvitiste ülempiiri kehtestamist, kuid hüvitised peavad olema tekitatud kahjudega tasakaalus.

Uue süsteemi loomisega kaasnevad peamised kontseptuaalsed muudatused oleks järgmised:

- kõik Eestis tervishoiuteenust osutavad isikud peavad olema hõlmatud asjakohase kutsekindlustusega;
- kindlustuse eesmärgiks on tagada kahjukannatajale võimalus saada kohast hüvitist;
- vastutus kahjude eest on lepinguväline ehk ei eelda ilmtingimata VÕS-s ette nähtud tervishoiuteenuse osutamise lepingu olemasolu. Seega puudub edaspidi vajadus tervishoiutöötaja solidaarseks vastutuseks kahjukannataja ees;
- kindlustusega on kaetud kõik tervishoiuteenuse osutamisega seotud olukorrad – sõltumata teenuseosutaja omandivormist (k.a riigi poolt kinnipidamiskohtades osutatav tervishoiuteenus) ja rahastajast;
- tervishoiuteenuste ekspertkomisjon kaotab oma senise pädevuse kaebeorganina ning komisjoni edasine tegevus ilmselt lakkab;
- luuakse avalik-õiguslik juriidiline isik, kes hakkab koordineerima kutsekindlustust, menetlema hüvitistaotlusi ja täitma muid ettenähtud ülesandeid.

Lisaks eeltoodule tuleb võtta vastu otsused järgnevate küsimuste osas:

- kutsekindlustusega hõlmatud riskifaktorid – kas kindlustus katab vaid tervishoiuteenuse osutamise või ka näiteks ravimite ja meditsiiniseadmetega seonduva,

---

<sup>91</sup> Sarnaselt tagatisefondi seadusega <https://www.riigiteataja.ee/akt/119032015038> .

<sup>92</sup> Ülal lk 14.

vaktsineerimised, taastusravi ja toetavad teenused jne. Kindlustuse laienemine tervishoiuteenuse osutamise asukohas või sellega seondult aset leidnud muudele kahjudele (transport, õnnetusjuhtumid jne) ning muudele isikutele (tervishoiuteenuse osutaja poolt kasutatavad turvatöötajad, lepingulised teenuseosutajad jne);

- kutsekindlustusega hõlmatud isikute ring – kas lisaks tervishoiuteenuse osutajatele ka näiteks apteegiteenuse osutajad, tervishoiuteenuse osutamist toetavate teenuste osutajad (rehabilitatsioon jne);
- hüvitise kujunemine – otsene varaline kahju, saamatajäänud tulu, moraalne kahju, ülalpidamine. Muude väljamaksjate poolt makstavad hüvitised, mille maksmine annab kindlustusandjale õiguse väljamakseid vähendada. Inflatsiooni mõju hüvitisele. Valik, kas kirjeldada kahjusid, mis kuuluvad hüvitamisele või kahjusid, mille hüvitamine ei ole kindlustusega hõlmatud;
- hüvitise maksmise viis – ühekordne, perioodiline jne;
- isikute ring, kellel on õigus nõuda kahjude hüvitamist – patsient, ülalpeetavad, perekonnaliikmed jne<sup>93</sup>;
- tervishoiuteenuste ekspertkomisjoni roll ja vajadus. Võimalus ja vajadus kasutada olemasolevaid eksperte uues süsteemis;
- välja makstavate hüvitiste arvestamise meetodika, vajadus ülempiiri seadmise (kas üldine või kahjude kaupa) või kahjude tabeli järele. Käesoleval ajal on VÕS üldosas asuva § 127 lõike 1 kohaselt kahju hüvitamise eesmärk kahjustatud isiku asetamine olukorda, mis on võimalikult lähedane olukorrale, milles ta oleks olnud, kui kahju hüvitamise kohustuse aluseks olevat asjaolu ei oleks esinenud – vajadus põhimõtte muutmiseks juhul, kui tervishoiuteenuse osutamisel makstavate hüvitiste aluseks on eelnevalt kehtestatud ja üldiselt kohaldatav kahjude tabel;
- vajadus käivitada kas kohustuslik või soovituslik hüvituseelne lepitusmenetlus<sup>94</sup> (kulude katmine ja organisatsiooniline ülesehitus);
- hüvitamismenetluse ajalimiidid;
- edasikaebemenetlus hüvitisotsuste peale – kas otse kohtusse pöördumine või kohustuslik/vabatahtlik kohtueelne vaidemenetlus;
- kindlustusandja ja hüvitismenetluste läbiviija/hüvitiste väljamaksja juurdepääs patsiendi terviseandmetele (läbi e-tervise või muul viisil). Andmesubjekti nõusoleku vajadus ja ulatus<sup>95</sup>;
- süsteemi rakendumise hetk - millal ja kuidas toimub üleminek uuele süsteemile, mis saab selleks hetkeks esitatud kaebustest ning kaebustest, mille aluseks on mittesüülisele süsteemile eelnevalt tekkinud kahjud.

Uue süsteemi loomine ja käivitamine eeldab järgmiste õigusaktide muutmist:

- tervishoiuteenuste korraldamise seadus:
  - kohustuslikku kutsekindlustuse nõuet reguleerivad sätted<sup>96</sup>;

---

<sup>93</sup> Käesoleval ajal on VÕS § 770 kohaselt hüvitise nõudmise õigus vaid patsiendil.

<sup>94</sup> Sarnaselt lepitusseaduses tooduga. Kättesaadav elektrooniliselt aadressil

<https://www.riigiteataja.ee/akt/13240243> .

<sup>95</sup> Isikuandmetele juurdepääsu kindlustustegevuses reguleerib hetkel kindlustustegevuse seaduse (<https://www.riigiteataja.ee/akt/107072015005> ) § 14<sup>7</sup>, kuid seda vaid kliendi enda andmetega seondult ja seetõttu ei kata olemasolev regulatsioon patsientide või muude kahjukannatajate delikaatsete isikuandmete töötlemise puutuvat.

- riikliku riskifondi tegutsemise alussäte ning tegevuse eesmärk ja alused;
  - tervishoiuteenuste ekspertkomisjoni tegevust puudutava sätte kehtetuks tunnistamine/ ekspertkomisjoni ümber kujundamine;
  - terviseandmete kasutamine hüvitusmenetluse läbi viimisel;
  - rakendussätetes reguleerida uuele süsteemile üle minekuga seonduv.
- Eesti Haigekassa seadus - juhul, kui süsteemi käivitamisega kaasnevad muudatused haigekassa tegevuses<sup>97</sup>;
  - võlaõigusseadus - muutmine tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiutöötaja vastutust puudutavas osas;
  - ravimiseaduse ja meditsiiniseadme seadus - juhul, kui kindlustus katab ka ravimite ja meditsiiniseadmete kasutamise tagajärjel teekinud kahjude hüvitamise;
  - ravikindlustuse seadus - tervishoiuteenuste rahastamise printsiipide üle vaatamine seoses teenuseosutajatele kohustuslikuks muutuvate kutsekindlustuse maksetega;
  - uus seadus, millega asutatakse avalik-õiguslik riskifond. Seaduses antakse volitusnormid fondi tegevuse, sisemaksete ja hüvitiste määrade jms täpsemaks korraldamiseks ning järgnevad alamaktid. Samuti sätestatakse hüvitamise põhiprintsiibid (hüvitatavad kahjud, meetoodika, mahaarvestused jne)<sup>98</sup>. Rakendussätetes tuleb reguleerida uuele süsteemile üle minekuga seonduv.

Väga oluline on uue regulatsiooni kehtestamisel välja töötada selged ja praktilised juhendmaterjalid võimalikule kahjukannatajale süsteemi kasutamise selgitamiseks. Samuti tuleb teenuseosutajatele piisavalt ja jätkuvalt selgitada kahjude menetlemisega ja hüvitamisega seonduvat, et tagada patsientidele adekvaatse teabe saamine otse teenuseosutajalt.

---

<sup>96</sup> Vt näiteks krediitiasutuste seadus tagatisfondi puudutavas osas (§ 104 jm). Kättesaadav elektrooniliselt aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/119032015041>.

<sup>97</sup> Silmas tuleb pidada, et tulenevalt KindITS § 3 võib kindlustusandjaks olla vaid aktsiaselts või Euroopa äriühing. Seega ei saa riiklik tagatisfond oma tegevuses lähtuda eelnimetatud seadusest. Pigem on siin sarnasus tagatisfondiga, mille tegevust reguleerib tagatisfondi seadus

(<https://www.riigiteataja.ee/akt/13111370?leiaKehtiv>). Tagatisfond on avalik-õiguslik juriidiline isik.

<sup>98</sup> Sarnaselt näiteks advokatuuriseaduse §-le 48 (<https://www.riigiteataja.ee/akt/121062014050>) ja notariaadiseaduse §-le 15 (<https://www.riigiteataja.ee/akt/119032015015>). s