

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
KRIMINAALÕIGUSE, KRIMINOLOOGIA JA KOGNITIIVSE PSÜHHOLOOGIA
ÕPPETOOL

Krõõt Olo

**PATSIENDISEADUSE EELNÕU ANALÜÜS ARSTI-PATSIENDI
SUHTEST LÄHTUVALT**

Magistritöö

Juhendaja: dr. iur. Ants Nõmper
Kaasjuhendaja: prof. Jaan Sootak

2013

Sisukord

Sissejuhatus	4
1. Peamised muudatused, mida Eelnõu jõustumine kehtivale süsteemile kaasa tooks	8
1.1. Üldist	8
1.2. Patsiendi usaldusisiku mõiste	10
1.3. Patsiendi kohustused	12
1.4. Teisene arvamus	13
1.5. Dokumenteerimine	14
1.6. Üldtunnustamata meetodite kasutamine	18
1.7. Alaealise patsiendi erisused.....	19
1.7.1. Alaealise patsiendi teavitamise ning nõusoleku küsimise vanusepiirid	19
1.7.2. Alaealist patsienti kahjustav otsus.....	21
1.8. Vaidluste lahendamise kord	24
1.8.1. Tervishoiuteenuse peale kaebuse esitamine	24
1.8.2. Tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon ja selle koosseis	26
1.8.3. Kahjunõuded tervishoiuteenuse kvaliteedikomisjonis	28
1.8.4. Patsientide esindusühing ja patsiendinõuniku süsteem	30
1.9. Järelevalve ja vastutus	31
1.9.1. Terviseameti pädevus	31
1.9.2. Vastutus	32
2. Eelnõu eesmärk, sobivus selle saavutamiseks ja võimalikud mõjud	34
2.1. Üldist	34
2.2. Kooskõla kehtivate seisukohtade ja arengusuundadega.....	36
2.3. Süüdlase otsimise mõttekus ning võimalikud tagajärjed.....	38
3. Soome patsiendiseaduse võrdlus Eelnõuga	43
3.1. Kehtiv kord	43
3.2. Tugisüsteemid.....	47
3.3. Analoogne vastutuskindlustuse süsteemi kohaldamisest Eestis	51
Kokkuvõte	57
THE ANALYSIS OF DRAFT OF PATIENT LAW BASED ON THE DOCTOR- PATIENT RELATIONSHIP	63
Töös kasutatavad lühendid	67

Kasutatud allikate loetelu	68
Kasutatud kirjandus	68
Normatiivmaterjalid.....	70
Muud allikad.....	71
Kasutatud veebilehed.....	73
Kohtulahendid	73
EL instrumendid	73
Lisad.....	74
Lisa 1. Eelnõu ja kehtiva õiguse võrdlev tabel.....	74

Sissejuhatus

Käesoleva magistritöö ajendiks on patsiendiseaduse eelnõu arutlusele panek 2011. aasta lõpus. Patsiendiseaduse eelnõu¹ (edaspidi „Eelnõu“) on kolmas omasugune enam kui viieteistkümne aasta jooksul ning vähem kui kaks aastat tagasi panid patsiendiseaduse ettevalmistajad Heljo Pikhof ja Eiki Nestor Eelnõu enne uuesti Riigikogule esitamist avalikule arutelule.² Ehkki ka sel korra jäi Eelnõu vastu võtmata, on Eelnõu autoritel plaan see käesoleval kevadel kohendatud kujul taas Riigikogule esitada.³ Samuti on patsientide õiguste küsimus taas päevakorda kerkinud seoses Euroopa Liidu piiriülese tervishoiuteenuse reguleerimise direktiiviga,⁴ mille kohaldamise kallal käib hetkel Sotsiaalministeeriumis kibe töö.

Patsiendiseaduse viimast eelnõud, ega selle võrdlemisi sarnaseid eelkäijaid pole teadaolevalt varem uuritud. Laiatarbemeedias on avaldatud küll hulgaliselt teemat puudutavaid artikleid ning intervjuusid, ent enamasti on teemakäsitus pinnapealne ning ühekülgne ja paljud eelnõu olulisemad küljed jäetud täiesti tähelepanuta. Näiteks puudub täielikult Eelnõus sätestatud vastutuse käsitus ning Eelnõu autorite poolne põhjendus – lünk, mida käesolev töö muuhulgas üritab täita.

Kehtivas õiguses reguleerivad tervishoiuteenuse osutamist peamiselt võlaõigusseadus⁵ ja tervishoiuteenuste korraldamise seadus.⁶ Võib küsida, kas see on piisav. Patsientide õiguste kaitse ja arstide kontrolli ning vastutuse küsimus kerkib erinevate ravivigade vaidluste ja kohtuasjadega seoses aeg-ajalt päevakorradele. Seletuskiri patsiendiseaduse eelnõu juurde

¹ Patsiendiseaduse eelnõu. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.riigikogu.ee/public/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_eeln_u.pdf (03.11.2011)

² SDE: räägi kaasa patsiendi seaduse koostamisel. (2011) Riigikogu. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.riigikogu.ee/index.php?id=165910> (19.10.2011)

³ Heljo Pikhofi suuline teade autorile 19.04.2013 Tartus.

⁴ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. ELT, 04/04/2011. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ET:PDF> (17.02.2013)

⁵ Võlaõigusseadus. 26.09.2001. – RT I 2001, 81, 487; RT I, 08.07.2011, 21.

⁶ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 09.05.2001. – RT I 2001, 50, 284; RT I, 10.03.2011, 1.

(edaspidi „Seletuskiri“)⁷ väidab, et Eestis puudub senini seadus, mis reguleeriks vajalikul määral tervishoiuteenuste osutajate ning saajate ehk arsti, õe ja teiste tervishoiuteenuse osutajate ning patsientide vahelisi suhteid ning nende õigusi ja kohustusi. Eelnõu eesmärgiks ongi patsiendi huve paremini kaitsta ning neid kaitsevõimalusi teadvustada. Samas on ka neid, kes panevad võrdlemisi vähese reguleerimise arstide usaldamise ning austamise arvele. Kardetakse, et delikaatse arsti-patsiendi suhte täiendaval reguleerimisel läheneme ameerikalikule tervishoiusüsteemile, mida peamise hoiatava näitena välja armastatakse tuua. Sealjuures tuleb nentida, et sarnased kartused valitsesid kümme aastat tagasi VÕS-i jõustumisel, millest nüüd omakorda kiivalt kinni hoitakse.

Iga patsiendiseaduse eelnõu vastuvõtmise katse on saanud elavat vastukaja nii meditsiiniringkondadelt kui patsientide esindajatelt. On neid, kes seda tuliselt pooldavad ning ka neid, kes leiavad, et Eelnõu jõustumine annaks lõpliku kabelimatsu Eesti meditsiinisüsteemile ning kannustaks viimaseid tervishoiutöötajaid üle lahe lahkuma. Käesoleva magistritöö eesmärgiks ongi välja uurida, mida patsiendiseadus praeguses olukorras tegelikult muudaks ning kas muutused oleks tõesti sellised, nagu asjaosalised loodavad ja pelgavad. Selleks uurib autor, milliseid muutusi Eelnõu kehtivas korras üldse kaasa tooks ning millised võiksid olla nende muudatuste plussid ja miinused. Lisaks soovib autor selgusele jõuda, kas Eelnõus valitud vahenditega oleks võimalik püstitatud eesmärgid üldse saavutada. Veel uurib käesolev töö analoogset seadust Soomes, mis ka Eesti Eelnõu koostamisel eeskujuks oli ning selle laiemat tausta. Eelneva analüüsi põhjal otsib töö autor vastust küsimusele, kas patsiendiseadust sellisel kujul on üldse vaja ning mida võiks selle valdkonna reguleerimisel silmas pidada.

Oluline on tähele panna, et uurimistöö kirjutamisel on lähtepunktiks tervishoiuvaldkonna kõige käegakatsutavam tasand, ehk nõ arsti-patsiendi suhe. Muidugi on taoline määratlus tinglik, sest tervishoiuteenuse pakkumisel tegeleb patsiendiga peale arsti ka terve ansambel muid tervishoiutöötajaid ning abilisi. Liiatigi on viimase kümne aasta jooksul, seoses võlaõigusseaduse vastuvõtmisega hakatud tervishoiuteenuse osutamist nägema pigem teenuse osutamisenä tervishoiuasutuse ning patsiendi vahel. Tõsi, Eelnõu vastuvõtmisega kaasneks selle käsitluse mõningane nihe, sest rohkem keskendutakse konkreetselt tervishoiutöötaja kohustustele ning sätestatakse ka võimalik vastutus. Eelnõuga kaasnevate muudatuste

⁷ Seletuskiri patsiendiseaduse eelnõu juurde. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.riigikogu.ee/public/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_seletuskiri.pdf (03.11.2011)

analüüsimisel ongi ennekõike silmas peetud otseseid mõjusid patsiendile ning tervishoiutöötajale.

Käesolev magistritöö ei hõlma teadusuuringute teemat, sest autori hinnangul on tegemist liiga mahuka, keerulise ning olulise valdkonnaga, et seda reguleerida muude küsimuste vahel mõne sättega. Teadusuuringute küsimuse reguleerimine patsiendiseaduse raames, tundub juurde poogitud võõrkehana, sest teadusuuringuid tehakse ka muudes valdkondades, kui vaid tervishoiuvaldkonnas. Kuigi teadusuuringute korraldamist on tulevikus kindlasti vaja reguleerida, tasub vältida paljude erisisuliste sätete sisaldumist erinevates seadustes. Tõsi küll, kui tulevikus on teadusuuringute regulatsioon loodud, on mõeldav patsiendi kaasamise erisätete loomine vastava valdkonna seadusesse.

Tulenevalt püstitatud eesmärgist ja põhiprobleemidest on töö jagatud kolme peatükki. Esimene peatükk uurib märkimisväärsemaid muutusi, mida Eelnõu jõustumine tervishoiuteenuste senisesse korraldusse kaasa tooks. Seni on neist enim kajastust saanud näiteks usaldusisiku mõiste loomine, alaealise patsiendi otsustusõiguse küsimus ning teise arvamuse võimalus, ent vähem olulised pole ka näiteks muudatused vaidluste lahendamise korras, patsiendi kohustused jne. Selleks võrdleb autor Eelnõud kehtivate seadustega, toob välja otsesed ning sisulised kattuvused ja analüüsib erisusi muuhulgas praktilisest ning päevakajalisest vaatenurgast. Teine peatükk käsitleb Eelnõu kooskõla Eelnõu autorite püstitatud eesmärkidega, hindab võimalusi nende saavutamiseks ja toob välja võimalikud suurimad probleemkohad. Analüüs tugineb eelnevas peatüki olulisematele järeldustele. Kolmandas peatükis on kirjas võrdlus Soome patsiendiseadusega, peamised erinevused Soomes käibel oleva süsteemi ning Eelnõu poolt ette pandud lahenduse vahel, Soome süsteemi laiema tausta ning tugisüsteemide avamine ja autori nägemus analoogse süsteemi kohaldamise võimalikkusest Eestis.

Magistritöö koostamisel on kasutatud peamisi traditsioonilisi õigusteaduse uurimismeetodeid, näiteks analüütilist, võrdlevat ja süstemaatilist-loogilist õigusteaduslikku uurimismeetodit. Läbivalt on töös kasutamist leidnud võrdlev uurimismeetod, mis on vajalik kehtivate õigusaktide kõrvutamiseks Eelnõuga, samuti Soome vastava regulatsiooniga võrdlemiseks. Süstemaatilis-loogiliselt on analüüsitud näiteks Eelnõu kohaldamisala ning üritatud täita lünki, mis Eelnõus ja Seletuskirjas arusaamatuks jäävad.

Olulisemateks allikateks töö koostamisel on kasutatud patsiendiseaduse eelnõud ja seletuskirja, kehtivate seaduste tekste ning kommentaare, Eelnõu kohta käivaid artikleid ja arvamusi, Riigikohtu analüüse, samuti eesti- ning võõrkeelset kirjandust õiguse ja meditsiini valdkonnast, mis on kättesaadav Eesti raamatukogudes, Tartu Ülikooli arvutivõrgus ning Internetis. Analüüsimisel olid abiks ka erinevad Soome ja Eesti patsientidele suunatud leheküljed, Soome patsiendiõigustega seotud regulatsioonid ning kohalike erialaliitude poolt koostatud materjalid. Tagamaks võrdlusmaterjali ning seisukohtade võimalikult suurt aktuaalsust, on valdavalt kasutatud materjale, mis on koostatud või välja antud viimase viie aasta jooksul. Vanemaid materjale on peamiselt kasutatud püsivate põhimõtete või tausta selgitamiseks.

1. Peamised muudatused, mida Eelnõu jõustumine kehtivale süsteemile kaasa tooks

1.1. Üldist

Patsiendiseadus on Riigikogu menetluses olnud juba kolmel korral – 1996. aastal,⁸ 2002. aastal⁹ ja 2011. aastal. Viimased kaks eelnõud on hoolimata ligi 10-aastasest vahest peaaegu identsed. Vahepeal on jõustunud võlaõigusseadus,¹⁰ isikuandmete kaitse seadus¹¹ ning perekonnaseadus,¹² mis reguleerivad ära suure osa patsiendiseaduse eelnõus käsitletud küsimustest. Võlaõigusseaduse tervishoiuteenuse osutamise lepingu sätteid kordab eelnõu kohati lausa sõna-sõnalt ning topeltreguleeritud on kõiki tervishoiuteenuse pakkumise sisulisi sätteid.¹³ Kordamata on jäetud vaid otseselt lepinguõiguslikud teenuse eest tasu maksmist (VÕS § 761), aegumistähtaega (VÕS § 771), lepingu lõppemise erisusi (VÕS § 772) ning sätete kohustuslikkust (VÕS § 773) reguleerivad paragrahvid.¹⁴

Eelnõu § 1 lg 1 sätestab seaduse reguleerimisala järgmiselt: „Käesolev seadus sätestab patsiendi ja temale tervishoiuteenust osutava isiku õigused ja kohustused ning reguleerib tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidluste lahendamise korda.“

Patsiendi mõiste tuleneb Eelnõu §-st 2, kui „isik, kes on pöördunud või kelle nimel on pöördutud tervishoiuteenuse saamiseks või kellele osutatakse tervishoiuteenust“. Patsiendi mõistet on praegu kasutusel 16-s kehtivas seaduses,¹⁵ ent mõistet on seletatud vaid

⁸ Patsiendi õiguste kaitse seaduse eelnõu. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=427&assembly=8&u=20130205090538>

(05.03.2013)

⁹ Patsiendiseaduse eelnõu. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=1009&assembly=9&u=> (05.03.2013)

¹⁰ VÕS (viide 5).

¹¹ Isikuandmete kaitse seadus. 15.02.2007. – RT I 2007, 24, 127; RT I, 30.12.2010, 11.

¹² Perekonnaseadus. 18.11.2009. – RT I 2009, 60, 395; RT I, 21.12.2010, 4.

¹³ Vt. Käesolev töö, lisa 1, lk 74.

¹⁴ VÕS (viide 5).

¹⁵ Otsingutulemused. Riigi Teataja. Arvutivõrgus kättesaadav:

https://www.riigiteataja.ee/terviteksti_tulemused.html?pealkiri=&tekst=patsient&valjDoli1=Riigikogu+-

võlaõigusseaduses tervishoiuteenuse osutamise kontekstis¹⁶ ja otsene definitsioon seni puudub.

Seletuskiri viitab „tervishoiuteenuse“ mõiste sisustamisel Tervishoiuteenuste korraldamise seadusele. TTKS § 2 lg 1 ütleb järgmist: „Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.“ Tervishoiutöötajad on TTKS-i tähenduses arst, hambaarst, õde ja ämmaemand.¹⁷ Samas tervishoiuteenuse osutaja¹⁸ on TTKS § 4 järgi tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik.¹⁹ See tähendab, et kuigi tervishoiuteenuse mõiste puhul räägitakse üksnes tervishoiutöötaja tegevusest, võiks süstemaatilise tõlgendamise järgi Eelnõu § 1 lg 1 hõlmata ka tervishoiuteenust osutavat juriidilist isikut.

Seletuskirja 2. peatükk ütleb seaduse eesmärgi kohta järgmist: „Eelnõu eesmärk on reguleerida patsiendi ja tervishoiutöötaja õigusi ning kohustusi...“ Veel on reguleerimisala kohta öeldud: „Seega on riiklik regulatsioon olemas nii tervishoiuteenuse osutajale, tervishoiujuhtidele kui ka tervishoiuteenuste eest tasumise põhimõtetele, kuid Eestis puudub senini seadus, mis reguleeriks vajalikul määral tervishoiuteenuste osutajate ja saajate ehk arsti, õe ja teiste tervishoiuteenuse osutajate ning patsientide vahelisi suhteid ning nende õigusi ja kohustusi.“ Siit nähtub, et Eelnõu autorid on justkui silmas pidanud kitsalt patsiendi ning tervishoiutöötaja vahelist suhet, jättes vaatluse alt välja tervishoiuteenuse osutaja laiema käsitluse. Samas on Eelnõu 7. peatükis vastutuse all ette nähtud erinevad karistuse määrad nii

[+seadus&valjDoli2=&valjDoli3=&nrOtsing=tapne&aktiNr=&minAktiNr=&maxAktiNr=&kehtivusKuupaev=03.11.2011& valislepingud=on& valitsuseKorraldused=on& riigikoguOtsused=on&kehtivuseAlgusKuupaev=&kehtivuseLoppKuupaev=](#) (03.11.2011)

¹⁶ VÕS (viide 5).

§ 758. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu mõiste

(1) Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja) osutama oma kutsetegevuses teisele isikule (**patsient**) tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite järgi tema tervise huvides läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamise otseselt seotud tegevust.

¹⁷ TTKS (viide 6).

¹⁸ Eelnõu § 1 lg 1 sõnastus „ tervishoiuteenust osutav“ vs TTKS § 4 „tervishoiuteenuse osutaja“

¹⁹ TTKS (viide 6).

füüsilistele kui juriidilistele isikutele.²⁰ Seega jääb puhtalt Eelnõu ning Seletuskirja teksti põhjal selgusetuks, millist suhet Eelnõu autorid on reguleerida soovinud. Kui tervishoiuteenuse osutamise nõuete sätestamisel on kitsam lähenemine veel mõistetav – patsienti teavitab ning temaga tegeleb siiski konkreetne tervishoiutöötaja, mitte abstraktne juriidiline isik – siis vastutuse küsimuses võib tervishoiutöötaja põhine lähenemine probleeme tekitada. Ehkki Heljo Pikhof on kinnitanud, et kohaldamisalana on Eelnõu autorid silmas pidanud nii arsti kui haigla kohustusi, ent vastutuse all pigem arsti isiklikku vastutust,²¹ siis tegeliku näo omandaks eelnõu praktikas, kus taoline sõnastus võib töö autori hinnangul segadust tekitada.

1.2. Patsiendi usaldusisiku mõiste

Eelnõu § 3 lg 1-ga luuakse patsiendi usaldusisiku mõiste: „Patsiendi usaldusisik on patsiendi poolt nimetatud täisealine teovõimeline isik, kellele käesolevas seaduses sätestatud juhtudel laienevad patsiendiga võrdsed õigused. Usaldusisiku võib endale nimetada üksnes teovõimeline patsient.“ Eelnõus reguleeritakse usaldusisiku õigusi alljärgnevalt:

- Patsient võib kutsuda tervishoiuteenuse osutamist puudutava teabe saamise juurde oma usaldusisiku. Patsiendi soovil tuleb nimetatud teave edastada tema usaldusisikule (§ 13 lg 2).
- Täisealise piiratud teovõimega patsiendi puhul tuleb tervishoiuteenuse osutamisega seonduvatest asjaoludest teavitada patsiendi seaduslikku esindajat või usaldusisikut (§ 16 lg 1).
- Kui tervishoiuteenuse osutamisel tekib kahtlus, et patsient on otsustusvõimetu, kutsutakse patsiendi seisundi hindamiseks kokku vähemalt kolmest arstist koosnev komisjon. Komisjoni kirjalik otsus edastatakse viivitamatult patsiendile ning patsiendi esindajale või usaldusisikule (§ 16 lg 4).
- Täisealise piiratud teovõimega patsiendi eest annab nõusoleku tervishoiuteenuse osutamiseks patsiendi seaduslik esindaja või usaldusisik (§ 19 lg 1).
- Kui usaldusisiku poolt antud nõusoleku andmisest keeldumine kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida (§ 19 lg 3).

²⁰ Vt. käesolev töö lk 35.

²¹ Heljo Pikhof (viide 3).

- Usaldusisiku kaudu saab vältimatu abi olukorras välja selgitada patsiendi eeldatavat tahtet. Samuti tuleb võimalusel usaldusisikut teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest (§ 20 lg 1).
- Täisealise piiratud teovõimega patsiendi eest annab nõusoleku Eelnõu § 28 lg 2-s sätestatud info väljastamiseks isikule, kes ei ole seotud patsiendile tervishoiuteenuse osutamisega (§ 28 lg 3).
- Võib täisealise piiratud teovõimega patsiendi või otsustusvõimetu patsiendi eest esitada tervishoiuteenuse osutamisega seotud kaebuse (§ 39 lg 3).

Valdav osa usaldusisiku kohta käivatest sätetest reguleerivad olukorda, kus usaldusisik täidab täisealise piiratud teovõimega patsiendi seadusliku esindaja ülesandeid. Kuna usaldusisiku võib endale nimetada ainult teovõimeline patsient, on ainus võimalus sellise olukorra tekkimiseks see, kui isik muutub peale usaldusisiku nimetamist piiratud teovõimega isikuks.

Üle jääb vaid patsiendi eelneva tahte selgitamise funktsioon, mida praegu reguleerib VÕS § 767.²² Seletuskirja kohaselt ei ole tänapäeval peresuhted tingimata alati otsustava tähendusega ning tihedamad suhted võivad olla hoopis sõprade vahel. Sisuliselt on ka elukorralduse erisused kaetud VÕS § 767 lg 2 teise lausega. Võlaõigusseaduse kommentaarides on öeldud, et omaste loetelu ei ole § 767 lg 2-s lõplik ega hierarhiline. Kõik sõltub patsiendi elukorraldusest. Elukorraldusest tulenevalt võib lähedaseks olla ka vabaabielukaasa, patsienti põetav hooldustöötaja, vangis oleva isiku kambrikaaslane jne.²³ Tegemist on hinnangulise küsimusega ning pole selge, kes langetab otsuse, kui lähedaste vahel läheb vaidluseks. Partneri tervisega seotud otsuste probleemi on mainitud ka vabaabielus ning samasooliste

²² VÕS (viide 5) § 767. Tervishoiuteenuse osutamine otsustusvõimetule patsiendile (1) Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahtet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka patsiendi nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist. **Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahtet tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste kaudu.** Patsiendi omakseid tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik.

(2) Omasteks käesoleva peatüki tähenduses loetakse patsiendi abikaasat, vanemaid, lapsi, õdesid ja vendi. Omasteks võib lugeda ka muid patsiendile lähedasi isikuid, kui see tuleneb patsiendi elukorraldusest.

²³ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi (koost). Võlaõigusseadus III, kommenteeritud väljaanne. – Tallinn, Juura, 2009, lk 309.

paaride õigusi kaitsva kooseluseaduse kontseptsiooni väljatöötamisel.²⁴ Kindla usaldusisiku määramise võimalus aitaks võimalikke probleeme lähedaste sõnaõiguse osas leevendada.

1.3. Patsiendi kohustused

Eelnõu §§ 11-12 sätestavad patsiendi kaasaaitamiskohustuse. § 11 kordab VÕS §-is 764 sätestatud teabe andmise kohustust. Samuti sätestab VÕS § 764 patsiendi kaasabi osutamise kohustuse.²⁵ Kaasabi osutamise kohustus hõlmab kõiki toiminguid, mida patsient peab tegema või taluma selleks, et tervishoiuteenust osutada saaks. Kõik alates suu avamisest hambaarsti juures kuni kipslahase kandmiseni on kaasabi osutamine.²⁶ Eelnõu §-s 12 on kaasaaitamiskohustus selgesõnaliselt lahti kirjutatud ning selle kohaselt on patsient kohustatud järgima tervishoiuteenuse osutaja antud ennetustegevus- ja ravijuhiseid ning osalema raviprotsessis, mille suhtes ta on andnud nõusoleku. Samas puuduvad Eelnõus viited igasugustele patsiendipoolse kohustuse mittetäitmise tagajärgedele. Seda on probleemiks pidanud Eesti Arstide Liit oma kommentaarides.²⁷

Teabe andmise kohustust on võimalik käsitleda mittetäieliku kohustusena VÕS-i § 4 mõttes, mille võlgnik võib täita, kuid mille täitmist ei saa võlausaldaja nõuda. Eelkõige on see kohustus kehtestatud patsiendi enda huvides. Samas kuigi kohustuse täitmist ei ole võimalik nõuda, on tegemist kohustusega, mida on võimalik patsiendil rikkuda ning sellisel juhul tekib tervishoiuteenuse osutajal võimalus kasutada õiguskaitsevahendeid. Ka kaasabi osutamise kohustus on mittetäielik kohustus, mille täitmist tervishoiuteenuse osutaja nõuda ei saa. Küll aga saab kasutada õiguskaitsevahendeid kuni lepingu ülesütlemiseni välja.²⁸ Siiski on patsiendipoolse rikkumise puhuks ka praegu ette nähtud mõned käegakatsutavamad tagajärjed – näiteks sätestab ravikindlustuse seadus, et kui patsient ise ravile kaasa ei aita, ei ole tal ka õigust ravikindlustushüvitisele, mille ennetamiseks või mille vastu oli määratud ravi otseselt

²⁴ Kooseluseaduse eelnõu kontseptsioon. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.just.ee/35424> (03.03.2013)

²⁵ VÕS (viide 5) § 764. Patsiendi teabe andmise kohustus

Patsient peab tervishoiuteenuse osutajale avaldama oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud ja osutama kaasabi, mida tervishoiuteenuse osutaja lepingu täitmiseks vajab.

²⁶ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi (koost) (viide 23), lk 302.

²⁷ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid. Eesti Arstide Liit. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.arstideliit.ee/web/patsiendiseaduse-eelnou-ning-arstide-liidu-kommentaariid> (06.03.2013)

²⁸ A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura, Tallinn, 2007, lk 112-113.

suunatud.²⁹ Tõsi, praktikas võib selle tõestamine ning rakendamine olla problemaatiline ning ei ole teada, kui palju seda tegelikult kasutatud on.

1.4. Teisene arvamuse

Eelnõu § 23 sätestab patsiendi õiguse saada teisest arvamust, teisese arvamuse mõiste ning protseduurinõuded patsiendile ja tervishoiuteenuse osutajale. Põhiline erinevus praeguse olukorraga, kus iga patsient võib igal juhul pöörduda teise arsti poole, on esmase tervishoiuteenuse osutaja selgesõnaline kohustus kontrollida osutatud teenuse kvaliteeti ning anda patsiendile selle kohta selgitus. Kui patsient seejärel siiski teisest arvamust soovib, tuleb talle kaasa anda vajaminevad tervishoiuteenuse osutamisega seonduvad dokumendid. Teisest arvamust saab nõuda viie aasta jooksul tervishoiuteenuse osutamisest.

Käesoleval ajal on teisest arvamust reguleeritud ravikindlustuse ning teisese arvamuse tasu maksmise kohustuse kontekstis ravikindlustuse seaduse § 40-ga³⁰ ning selle alusel kehtestatud sotsiaalministri määrusega.³¹ Seega pole päris õige Seletuskirjas öeldu, et § 23 kehtestab patsiendile olulise õiguse – saada teisest arvamust. Tegelikult on taoline võimalus patsientidel kogu aeg olemas olnud – tõsi küll, reguleeritud keskmisele patsiendile üsna raskesti leitavas kohas.

Märkimisväärne erinevus on küll eelnimetatud määruse ning käesoleva Eelnõu teisese arvamuse saamise tähtaegade vahel. Kui Eelnõu järgi on teisese arvamuse saamiseks talle tervishoiuteenust osutanud isiku poole pöördumise tähtaeg viis aastat tervishoiuteenuse

²⁹ Ravikindlustuse seadus. 19.06.2002. – RT I 2002, 62, 377; RT I, 25.10.2012, 1.

§ 28. Ravikindlustushüvitiste saamise piirangud

(1) Kui kindlustatud isik ei täida arsti või pereõe määratud meditsiiniliselt põhjendatud ravi, kaotab ta õiguse ravikindlustushüvitisele seoses haigusjuhtumiga, mille ennetamiseks või mille vastu oli määratud ravi otseselt suunatud.

³⁰ RaKS (viide 29).

§ 40. Teisese arvamuse võimaldamine

(1) Haigekassa võtab kindlustatud isikult üle teisese arvamuse saamise eest tasu maksmise kohustuse vastavalt haigekassa tervishoiuteenuste loetelule, kui teisese arvamuse saamise eesmärk on välja selgitada diagnoosi õigsus, samuti ravimi või tervishoiuteenuse vajalikkus, alternatiivid ja oodatav mõju ning teenuse osutamisega seotud riskid.

³¹ Eesti Haigekassa poolt kindlustatud isikult teisese arvamuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 24.09.2002. a määrus nr 111. Avaldatud RTL 2002, 111,1615.

osutamisest, siis sotsiaalministri määruses on teise arvamuse saamise tähtjaks 180 päeva haigusjuhu lõppdiagnoosist või ravi määramisest, teise arvamuse korduval saamisel mitte hiljem kui 60 päeva jooksul teise arvamuse esmasest saamisest.³² Esiteks tuleb märkida, et määruses on hoopis selgemalt määratletud tähtaja kulgemise algus,³³ samuti on tähtaeg Eelnõu omast põhimõtteliselt kümme korda lühem. Eelnõu pikka tähtaega on kritiseerinud ka neurokirurg Andres Ellamaa, kes arvab, et ilmselt ei ole seaduseelnõu autorid teinud endale selgeks, et teise arvamuse on ikkagi vajalik edasise ravi planeerimiseks ja mitte takkajärele tarkuseks. Mida võikski muuta teise arvamuse, mis antakse 5 aastat pärast haigust.³⁴

1.5. Dokumenteerimine

Dokumenteerimise, teabe ja andmekaitse küsimusi reguleerivad Eelnõu paragrahvid 25-28. Eelnõu § 25 järgi on tervishoiuteenust osutav isik kohustatud dokumenteerima tervishoiuteenuse osutamise Eelnõus ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse paragrahvi 4²-s sätestatud korras. Eelnõus endas on sätestatud järgnevad dokumenteerimiskohustused, mis tuleb kanda tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti:

- Patsiendi usaldusisiku nimi, elukoht ja sidevahendite numbrid, millele patsient annab oma allkirja. Usaldusisik kinnitab oma nõusolekut allkirjaga (§ 3 lg 2).
- Kanne usaldusisiku vahetamise või usaldusisikust loobumise kohta, mida patsient kinnitab oma allkirjaga (§ 3 lg 3).
- Kanne patsiendi teavitamise kohta (§ 13 lg 4).
- Kanne § 14 lõikes 1 nimetatud alustel teabe andmisest keeldumise või selle osaliselt andmise põhjuste kohta (§ 14 lg 2).
- Kanne patsiendi nõusoleku kohta tervishoiuteenuse osutamiseks (§ 17 lg 2).
- Kanne kõrge ohuriskiga raviprotseduuride ja keeruliste invasiivsete tervishoiuteenuste osutamiseks antud nõusoleku kohta, mida patsient kinnitab oma allkirjaga (§ 17 lg 3).
- Kanne nõusoleku andmisest keeldumise ja patsiendi võimalikest tagajärgedest teavitamise kohta. Tervishoiuteenust osutava isiku nõudmisel peab patsient nõusoleku andmisest keeldumist tõendama oma allkirjaga (§ 17 lg 4).

³² Eesti Haigekassa poolt kindlustatud isikult teise arvamuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimused ja kord (viide 31).

³³ Määruses „haigusjuhu lõppdiagnoosist või ravi määramisest“, vs Eelnõu „tervishoiuteenuse osutamisest“.

³⁴ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid (viide 27).

- Kanne nõusoleku tagasivõtmise ja tervishoiuteenuse osutamisest loobumise kohta. Tervishoiuteenust osutava isiku nõudmisel peab patsient nõusoleku andmisest keeldumist tõendama oma allkirjaga (§ 17 lg 5).
- Vähemalt 10-aastase patsiendi arvamus tervishoiuteenuse osutamise kohta (§ 18 lg 4).
- Teise arvamuse taotluse saanud esmase tervishoiuteenuse osutaja tehtud kvaliteedikontrolli tulemused ja antud selgitus (§ 23 lg 4).
- Kanne patsiendi teavitamise kohta tervishoiuteenuse osutamise lõppemisel või haiglast väljakirjutamisel (§ 24 lg 1).
- Kanne tervishoiuteenuse osutamisega seotud kaebuse kohta, mis esitatakse patsiendile vahetult tervishoiuteenust osutavale tervishoiutöötajale suuliselt (§ 39 lg 4).
- Kanne kaebuse lahendamiseks võetud meetmete või kaebuse rahuldamata jätmise ja selle põhjuste kohta (§ 40 lg 2).

Kehtivalt sätestab dokumenteerimiskohustuse VÕS § 769 esimene lause.³⁵ Täiendavaid juhiseid dokumenteerimiskohustuse täitmiseks seaduses pole ning idee kohaselt peaks arstiteadus ja tervishoiukorraldus ise paika panema, missuguses mahus tervishoiuteenuse osutamist dokumenteeritakse.³⁶ Eestis on see kord sotsiaalministri määrusega detailselt paika pandud.³⁷ Asjaolu, et täpsemad nõuded dokumenteerimisele ei tulene VÕS-ist ega ole kehtestatud VÕS-i alusel vastu võetud määrusega, ei tähenda, et tegemist oleks tervishoiuteenuse osutajale pandud avalik-õigusliku kohustusega. Dokumenteerimiskohustus on ikkagi tervishoiuteenuse osutaja lepinguline kohustus, mille sisu on täpsustatud muude õigusaktidega.³⁸

Suuri muudatusi Eelnõu dokumenteerimise korda ning andmete käitlemisse ei too. Sätted kattuvad kas võlaõigusseaduse vastavate sätetega või on juba kaetud isikuandmete kaitse seaduses sätestatud korraga. Tervishoiuteenusega seotud andmed on delikaatsed isikuandmed IKS § 4 lg 2 mõttes ja seetõttu niigi kõrgendatud kaitse all.³⁹ Eelnõu isegi sätestab § 46 p 2-s,

³⁵ VÕS (viide 5) § 769. Dokumenteerimiskohustus

Tervishoiuteenuse osutaja peab patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama.

³⁶ A. Nõmper, J. Sootak (viide 28), lk 104.

³⁷ Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. 18.09.2008 nr 56. – RTL 2008, 80, 1115; RT I 07.07.2011, 2.

³⁸ A. Nõmper, J. Sootak (viide 28), lk 105.

³⁹ IKS (viide 11).

§ 4. Isikuandmed

et järelevalvet patsiendi delikaatsete isikuandmete kaitse üle teostab Andmekaitse Inspeksioon IKS-is sätestatud korras.

Eelnõu § 26 sätestab patsiendi õiguse saada tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest teavet. Üldsõnaliselt reguleerib seda VÕS § 769 teine lause, mille kohaselt on patsiendil õigus enda kohta käivate dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ära kirju.⁴⁰ Kuna tervishoiuteenuse osutaja vastutab dokumendi säilimise eest, siis ei ole antud patsiendile õigust saada dokumente enda kätte.⁴¹ Patsiendil on ainult õigus tutvuda ja saada endale koopiaid, kuid mitte dokumentide originaale. Patsiendi õigus nõuda endale originaale ei tulene ka omandiõigusest, kuivõrd patsiendi dokumendid on dokumentide koostaja ehk tervishoiuteenuse osutaja omad. Samas ei saa aga dokumentide omaja välistada patsiendi juurdepääsu dokumendis sisalduvatele andmetele ja õigust saada andmetest koopiaid.⁴² Erinevalt Eelnõust on võlaõigusseaduse sättes ka ära öeldud, et väljavõtte tegemise kulud peab katma patsient. Eelnõus on kulude katmise küsimus jäetud lahtiseks ning selle kohustuse täielik panek tervishoiuteenuse osutaja õlule võib muutuda ebamõistlikult koormavaks või panna patsiente koopiaid liiga kergekäeliselt nõudma.

IKS § 19 lg 2 järgi on patsiendil (andmesubjektil) õigus saada tervishoiuteenuse osutajalt (isikuandmete töötlejalt) enda kohta käivaid isikuandmeid. Andmeid tuleb väljastada eelkõige viisil, milles andmesubjekt on neid soovinud (nt elektronposti teel vms). Kui andmesubjekti poolt soovitud viisil ei ole võimalik andmeid väljastada või oleks see isikuandmete töötleja jaoks ebaproportsionaalselt koormav, valib andmete väljastamise viisi töötleja. Seejuures peab isikuandmete töötleja valima andmesubjekti jaoks võimalikult mugava viisi, et andmetega tutvumine oleks lihtne, kiire ja mõistlike kuludega. Paberkandjal andmete väljastamise eest (nt koopia või väljatrükina) võib isikuandmete töötleja nõuda andmesubjektilt tasu alates 21. leheküljest kuni 19 senti iga väljastatud lehekülje eest, kui seadusega ei ole teabe väljastamise eest riigilõivu ette nähtud.⁴³

(2) Delikaatsed isikuandmed on:

3) andmed tervises seisundi või puude kohta

⁴⁰ VÕS (viide 5).

⁴¹ Välja arvatud teisese arvamuse küsimise puhul (Vt. käesolev töö lk 13).

⁴² A. Nõmper, J. Sootak (viide 28), lk 106.

⁴³ A. Lauren (koost). Isikuandmete kaitse seadus. Isikuandmete kaitse seaduse seletuskiri. Tallinn, Agitaator, 2007, lk 92.

Esmapilgul tekib vastuolu Eelnõu § 25 lg 3 ja § 26 lg 7 vahel. Nimelt sätestab esimene kohustuse tervishoiuteenuse osutamist tõendavaid dokumente täita viisil, mis välistab võimaluse andmete hilisemaks muutmiseks, kustutamiseks või lisamiseks. Teine säte annab patsiendile õiguse nõuda tervishoiuteenuse osutajalt täienduste või täpsustuste tegemist tema isiku- või temale tervishoiuteenuse osutamist kajastavatesse andmetesse, kui need on ebatäpsed, mittetäielikud, mitmetähenduslikud või vananenud. Samas sätestab ka IKS § 6 punkt 7, et andmesubjektil on õigus nõuda ebatäpsete või eksitavate andmete parandamist.⁴⁴ Vastuolu selgitamisel tuleb appi IKS-i seletuskiri, mille kohaselt tuleb isikuandmete töötlemisel tagada andmete turvalisus ja eelkõige välistada andmete omavolilise töötlemise võimalus. Turvameetmete piisavuse hindamisel peab arvesse võtma ka konkreetse töötlemisviisiga seotud riske ja kaitstavate andmete laadi. Mida delikaatsemat laadi andmed ning suurem tahtmatu või volitamata töötlemise oht, seda tõhusamad peavad olema ka rakendatavad turvameetmed.⁴⁵

Järelikult tuleb tervishoiuteenuse osutamist dokumenteerida nii, et andmeid ei saaks nõ järgi jätmata muuta. Samas on patsiendil õigus nõuda temale tervishoiuteenuse osutamise kohta käivate andmete muutmist. Siinkohal tekib küll küsimus – ning ka Seletuskiri ei tee täiendavaid täpsustusi – millises ulatuses patsiendil muutmisõigus on ning kuidas tuleks lahendada võimalikud tekkinud probleemid, kui patsient ning tervishoiuteenuse osutaja on täpsustuste õigsuses või vajalikkuses eri meelt. Kuna võimalike tervishoiuteenuse osutamist puudutavate vaidluste puhul on teenuse osutamist kajastavad dokumendid sisuliselt tõendusmaterjal, on patsiendi ning tervishoiuteenuse huvid siin ilmselt vastukäivad.

Veel üks senisest erinev kohustus on Eelnõu § 26 lg 5-s sätestatud patsiendi õigus nõuda tema kohta käivatest tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest tervishoiutöötaja allkirjastatud kirjalikku kokkuvõtet, samal ajal ka kohustust koostada see viisil ja sõnastuses, mis on arusaadav meditsiinalase ettevalmistuseta isikule. Taaskord jätab Seletuskiri sätte kohaldamisvõimalused ning piirid täpsustamata. Kahtlemata tekitab kirjaliku kokkuvõtte koostamise kohustus tervishoiuteenuse osutajale tööd juurde, samuti on vaieldav meditsiinilise ettevalmistuseta isiku arusaamise võime määratlemine. Koormav on juba kirjalik vorm, sest selle puhul peab arst dokumendile alati omakäeliselt alla kirjutama. Veel on vaieldav, kas patsiendil on õigus nõuda kokkuvõtet kogu raviloost, mis võib olla väga mahukas, või ainult konkreetsest toimingust? Kas kokkuvõtte peaks koostama

⁴⁴ IKS (viide 11).

⁴⁵ A. Lauren (koost) (viide 43), lk 53.

tervishoiuteenuse vahetu igakordne osutaja või kogu raviloo kohta üks tervishoiuteenuse osutaja? Seda küsimuste rodu võiks jätkata veel. Kokkuvõtte koostamise kohustuse praktiline eesmärk on jäetud Eelnõus selgitamata ning tundub, et ka praktiline rakendamine ning võimalikud tagajärjed põhjalikult läbi mõtlemata.

1.6. Üldtunnustamata meetodite kasutamine

Eelnõu §-s 29 reguleeritud üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi kasutamist on seni peaaegu samasisuliselt käsitletud VÕS § 763.⁴⁶ Põhilised muudatused on teavitamise ning nõusoleku andmise vorminõuete karmistumine (patsienti tuleb kirjalikult teavitada ja nõusolek peab olema kirjalikus vormis) ning üldtunnustamata meetodit võib kasutada vaid eetikakomitee eelneval loal. Sisuliselt on üldtunnustamata meetodite kasutamise protseduur sätestatud analoogselt teadusuuringus osalemisega.⁴⁷ Kuna ka erialakirjanduses on rõhutatud teadusuuringu ning üldtunnustamata ravimeetodite piiritlemise raskust ning samas olulisust, samuti vajadust rangemate patsiendi teavitamise nõuete järele,⁴⁸ on samasugune menetlemine põhjendatud. Sellisel juhul on patsiendi kaitse igatahes tagatud ka piiripealsete juhtumite puhul.

Sealjuures ei anna ei Eelnõu ega Seletuskiri täpsemat seletust, mida üldtunnustamata ravimeetodi all täpselt silmas peetakse. Võlaõigusseaduse kommentaarides on öeldud, et üldtunnustamata on need meetodid, mis ei kuulu arstiteaduse üldise taseme hulka tulenevalt oma uudsusest (eksperimentaalsed ravivõtted), järeleproovimatusest (ravimid, mille suhtes pole tehtud kliinilist uuringut) või alternatiivsusest (nt mitmesugused Hiina meditsiini võtted). Samas näiteks nõelravi kuulub praeguseks juba üldtunnustatud meetodite hulka.⁴⁹ Riigikohus on öelnud, et ka üldtunnustamata ravimeetod võib vastata arstiteaduse üldisele tasemele ja tõdeb, et üldtunnustamata ravimeetodid ja nende rakendamine on meditsiini enda määratlenda.⁵⁰

⁴⁶ VÕS (viide 5).

⁴⁷ Eetikakomiteede moodustamine ongi täpsemalt sätestatud eelnõu 4. peatükis „Teadusuuring ja kliiniline õppetöö“. Eetikakomiteed moodustatakse eriala asjatundjatest ja avalikkuse esindajatest, komiteel on 11 liiget. Eetikakomitee liige peab olema oma valdkonna tunnustatud esindaja, kellel on eetikakomitee liikme kohustuste täitmiseks vajalikud teadmised ja laitmatu reputatsioon ning kes on oma otsustes sõltumatu.

⁴⁸ T. E. Chan. Legal and regulatory responses to innovative treatment. – *Medical Law Review*, 0, 2012, pp. 1-39.

⁴⁹ P. Varul, I. Kull, V. Kõve, M. Käerdi (koost) (viide 23), lk 301.

⁵⁰ RKKo 3-1-1-79-10 (Kriminaalasi Carmen Heinvälja (Heinväli) süüdistuses KarS § 13 lg 1 ja § 119 lg 2 järgi).

Põhimõtteline erinevus on kehtiva regulatsiooni ning Eelnõu vahel selles, millal üldtunnustamata meetodit kasutada võib. Eelnõu § 29 lg 1 järgi on kasutamine lubatud tingimusel, et traditsioonilised meetodid „puuduvad või need ei ole taganud edu“. VÕS § 763 lg 1 kasutab aga sõnastust „juhul, kui tavapäraseid meetodid lubavad väiksemat edu“. Eelnõu sõnastus viitab sellele, et olemasolevad traditsioonilised meetodid tuleb enne üldtunnustamata meetodite poole pöördumist ammendada, mis igas olukorras ei pruugi olla mõistlik. Samuti tagab üldtunnustamata meetodite kasutamise korra karmistumine autori arvates, et neid kergekäeliselt kasutusele ei võeta. Ühest küljest võib väita, et iga kord eetikakomisjonilt loa küsimine võib pärssida uute ravimeetodite kasutuseletulekut ning meditsiini üldist loomulikku arengut. Teisest küljest annab selge reeglistik ning eetikakomisjoni kinnitus arstile kindlustunde, et protseduurireeglite järgimise korral on patsiendil hoopis vähem alust hiljem kahjunõudeid või süüdistusi esitada.

1.7. Alaealise patsiendi erisused

1.7.1. Alaealise patsiendi teavitamise ning nõusoleku küsimise vanusepiirid

2010. aastal jõustunud uus perekonnaseadus⁵¹ sätestas võrreldes varasema perekonnaseadusega⁵² täpsemad regulatsioonid alaealiste ja piiratud teovõimega täiskasvanute hoolduse ning esinduse osas. Alaealiste ja piiratud teovõimega täiskasvanute isikuhoolduse raames sätestati mitmel juhul kohustus arutada hooldusküsimusi lapse või eestkostetavaga, kui tema arengutase seda võimaldab.⁵³ Alaealise patsiendi puhul toob Eelnõu sisse selged

⁵¹ PKS (viide 12).

⁵² Perekonnaseadus. 12.10.1994. – RT I 1994, 75, 1326; RT I 2006, 14, 111.

⁵³ PKS (viide 12).

§ 116. Vanema hooldusõiguse põhimõtted

(3) Last hooldades ja kasvatades arvestavad vanemad, et tema võime ja vajadus iseseisvalt ja vastutusvõimeliselt tegutseda suureneb. Kui lapse arengutase seda võimaldab, arutavad vanemad lapsega hooldus- ja kasvatusküsimusi.

§ 179. Eestkostja ülesanded ja vastutus

(4) Eestkostja küsib ja arvestab eestkostetava arvamust eestkoste teostamisel, kui see on lapse vanust ja arengutaset arvestades asjakohane.

§ 202. Kohaldatavad sätted

Täisealise eestkoste kohaldatakse lapse eestkostet reguleerivaid sätteid, kui sellest peatükist või täisealiste eestkoste sisust ei tulene teisiti.

teavitamise ja nõusoleku saamise vanusepiirid ning vastava arengutaseme korral alaealise patsiendi ainuteavitamise ning iseseisva nõusoleku andmise õiguse.⁵⁴ Täisealiste piiratud teovõimega patsientide puhul Eelnõu sisuliselt midagi ei muudaks.

Eelnõu §§ 15 ja 18 sätestavad Eestis esmakordselt alaealise teavitamise tervishoiuteenuse osutamise asjaoludest ning alaealise nõusoleku või arvamuse küsimise tervishoiuteenuse osutamiseks. Alaealise patsiendi teavitamisel ja nõusoleku saamisel on vanusepiiriks seatud 15 aastat. Vähemalt 15-aastast alaealist võib üldjuhul teavitada ainuisikuliselt ning ta võib nõusoleku tervishoiuteenuse osutamiseks iseseisvalt. Siiski pole see õigus absoluutne, vaid alaealine peab olema võimeline vastutustundeliselt kaaluma tervishoiuteenuse osutamisega seotud pool- ja vastuväiteid. Samuti tuleb vähemalt 10-aastase patsiendi arvamus märkida tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti ning seda võimalusel arvesse võtta.

Vanusepiirid 10 ja 15 eluaastat on Eesti õiguskorras levinud arusaamis- ning otsustusvõime hindamisel. Vähemalt 10-aastase lapse nõusolekut küsitakse näiteks lapsendamisel⁵⁵ ning last puudutavates perekonnasjades üldüldiselt kuulab kohus vähemalt 10-aastase lapse ära isiklikult.⁵⁶ Vähemalt 15-aastase alaealise teovõimet võib tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 9 kohaselt laiendada, kui see on alaealise huvides ning alaealise arengutase seda võimaldab.⁵⁷

Käesoleva töö autori arvates on alaealiste suurem kaasamine ka enda tervist puudutavatesse otsustesse kooskõlas üldiste arengusuundadega alaealiste õiguste valdkonnas. ÜRO lapse õiguste konventsiooni kohaselt on lastel, kes on võimelised oma arvamust kujundama, õigus vaateid ka väljendada ja last puudutavates otsustes tuleb neid vaateid arvesse võtta. Viimastel aastakümnetel on suurenenud laste otsustusõigus näiteks hariduse või perekonnaõiguse valdkonnas, ent alles hiljaaegu on hakatud teadvustama laste õigust osaleda oma tervist puudutavate otsuste langetamises. 2009. aastal ütles ÜRO lapse õiguste komitee tervishoiuotsuste kontekstis, et: „Lapsed, sealhulgas noored lapsed, tuleb hõlmata otsustamisprotsessi kooskõlas nende areneva otsustusvõimega.“ Sealjuures on „hõlmamist“ oluline eristada täiesti autonoomsest otsuselangetamisest. Hõlmamisel on erinevad astmed alates lapse ärakuulamisest kuni lapse täieõigusliku õiguse ning vastutuse otsust langetada.

⁵⁴ Vt. Käesolev töö, lisa 1, lk 74.

⁵⁵ PKS (viide 12).

⁵⁶ Tsiviilkohtumenetluse seadustik § 552¹ lg 1. 20.04.2005. – RT I 2005, 26, 197; RT I, 10.11.2011, 5.

⁵⁷ Tsiviilseadustiku üldosa seadus. 27.03.2002. – RT I 2002, 35, 216; RT I, 06.12.2010, 1.

Seega ei piirdu lapse hõlmamine otsustusprotsessi vaid alaealistega, kes vastavad kompetentsi nõuetele, vaid kõigi lastega, olenemata east või küpsusest.⁵⁸

Siiski võib mõte lapse otsustamisse kaasamisest ning isegi teavitamisest alguses tunduda võõrastav. Näiteks Iirimaa haiglates viidi läbi uuring, kus küsitleti sel teemal 120 last vanusest 8-15 ning täiskasvanuid, kes nende eest hoolitsesid. Lastest suur enamik oli teavitamise poolt ning arvasid, et info aitaks neil küsimustele vastuseid saada ja seeläbi ärevust leevendada, paremini kohaneda ning mõista, mis nendega toimub. Samas mõistsid lapsed selgelt, et vanemate kaasamine on sama oluline ja enamik lapsi leidis, et otsustajaks peaksid ikkagi pigem olema vanem ning arst üheskoos ning nad ei soovinud olla ainuotsustajad. Vanemad seevastu suhtusid laste kaasamisse tervishoiuteenuse osutamise otsuse langetamisse vastumeelselt ning arvasid, et kaitsevad seeläbi oma lapsi hirmu ning ärevuse eest.⁵⁹

1.7.2. Alaealist patsienti kahjustav otsus

Eelnõu § 18 lg 5 reguleerib olukorda, kui alaealise patsiendi enda või tema seadusliku esindaja poolt antud nõusolek või selle andmisest keeldumine kahjustab ilmselt patsiendi huve – sel juhul ei tohi tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.⁶⁰ Arvatavasti on antud sättega peamiselt peetud silmas tuntud Jehoova tunnistajate kohtuasja⁶¹ laadset olukorda. Samas puuduvad täpsemad juhised selle sätte kohaldamiseks. (Eelnõu § 21 puudutab küll olukorda, kus otsustajaks on vanem, kes keeldub nõusoleku andmisest ning selline nõusolek kahjustab

⁵⁸ M. Donnelly, U. Kilkelly. Child-friendly healthcare: delivering on the right to be heard. – Medical Law Review, Winter 2011.

⁵⁹ Samas.

⁶⁰ Analoogse keelu seadusliku esindaja või usaldusisiku nõusoleku andmisest keeldumise kohta sätestab Eelnõu § 19 lg 3, kus samuti peab tervishoiuteenuse osutaja hindama, kust maalt jookseb piir patsiendi huvide ilmse kahjustamise ning tavapärase raviotsuse vahel.

⁶¹ 1997. aasta juunis ei osutanud arstid meditsiinilist abi eluohtlikus seisundis olnud vastsündinule, mille tagajärjel vastsündinu suri. Vastsündinu vanemad olid Jehoova tunnistajad, kes keeldusid usulistel põhjustel vereülekandest. Arstide ütluste kohaselt pidasid nad vanemate tahte vastest ravimist keelatuks. Kuigi ükski süüdistatud arstidest ei osanud öelda, millisel õigusnormil selline arusaam põhineb, pidas prokurör sellist seisukohta meedikute hulgas valitsevaks ning üldlevinud valearvamuse süüksarvamist üksikisikule ebaõiglaseks. Arstide eksimus on määruse kohaselt vabandataav ka seetõttu, et tollane õiguslik regulatsioon, millest tulenes arstide abi andmise kohustus, ei olnud üheselt mõistetav.

A. Nõmper. Jehoova tunnistajate lapse arstide kriminaalajast. – Juridica, 2000, nr 4, lk 212.

patsiendi huve – sel juhul lahendab küsimuse kohus hagita menetluses.) Seletuskirjas on säte vaid ümber sõnastatud. Kust jookseb piir patsiendi huvide ning vanemlike õiguste vahel ja kui oluline peab lapse huvide rikkumine olema, et tervishoiutöötaja võiks vanema otsusest kõrvale kalduda?

Kui Jehoova tunnistajate asjas oli olukord selge – ilma vereülekangeta kahjustati patsiendi õigushüve suurimal määral (tulemuseks oli patsiendi surm)⁶² – siis eksisteerib hulk hoopis piiripealsemaid olukordi. Üsna igapäevaseks küsimuseks on saanud laste immuniseerimine, mille vajaduse ning ohutuse üle toimub elav arutelu. Kui Eestis on praegu immuniseerimine vabatahtlik ning lubatud lapsevanema kirjalikul nõusolekul,⁶³ siis erialakirjanduses on juba leitud, et potentsiaalselt surmavate haiguste puhul tuleks riskide hajutamise huvides loobuda võimalusest jätta laps vaktsineerimata vanema isiklike uskumuste tõttu.⁶⁴

Omapärane näide tegeliku elu keerukuse kohta on kurtide perekonda sündinud kurtidele lastele kuulmisimplantaadi paigaldamine. Nimelt tõstatas kohalik meedia paar aastat tagasi küsimuse, miks ei ole seni ükski kurtide vanemate perekond lasknud oma kurdilt sündinud lapsele kuuljaks tegevat implantaati paigaldada, kuigi nimetatud implantaate on Eestis pandud umbes sajale inimesele ning ainuüksi 2010. aastal sündis Eestis kurtide vanemate peredesse seitse last. Oluline põhjus, miks kurdid vanemad ei pea vajalikuks oma lapsi kuuljaiks teha, on uhkus oma kogukonna üle. Teine põhjus, miks kurdid ei taha kuuljatest lapsi, on alateadlik hirm lapsest ilma jääda – laps võib võõranduda ja pidada vanemaid teistsugusteks.⁶⁵ Analoogne probleem on tekkinud ka USA-s, kus nõ „Kurdi kultuuri“ liikumine ei pea kurtust mitte puudeks, vaid omaette unikaalseks kultuurigrupiks.⁶⁶ Kuna Eestis sündivatel beebidel

⁶² A. Nõmper (viide 61), lk 212.

⁶³ Immuniseerimise korraldamise nõuded. Sotsiaalministri 31.10.2003. a määrus nr 116. – RT L 2003, 115, 1829; RT I, 08.12.2011, 6.

⁶⁴ J. D. Lantos, M. A. Jackson, C. J. Harrison. Why we should eliminate personal belief exemptions to vaccine mandates. – Journal of Health Politics, Policy & Law, February 2012, pp. 131-140

⁶⁵ H. Kaio. Miks kurdid tahavad, et nende lapsed ei kuuleks? – Eesti Ekspress, 06. jaanuar 2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/elu/miks-kurdid-tahavad-et-nende-lapsed-ei-kuuleks.d?id=37893151> (21.11.2012)

⁶⁶ A. B. Zimmerman. Do you hear the people sing? Balancing parental authority and a child's right to thrive: the cochlear implant debate. – Journal of Health & Biomedical Law, 2009.

Liikumine leiab, et kuulmispuude miinused tulenevad ühiskondliku korralduse puudujääkidest ning on hõlpsasti kõrvaldatavad – näiteks üldkohustusliku viipekeele õppega koolides. Teistes puudega inimeste kogukondades, näiteks pimedate kogukonnas, taolist suhtumist täheldatud pole. USA-s sünnib kurtidele

esineb pärilikku kurtust sagedamini kui lastel teistes Euroopa riikides, on küsimus seetõttu eriti oluline.⁶⁷

Kuulmisimplantaatide paigaldamise küsimuse teebki keeruliseks patsiendi vanus. Et implantaadiga lapsest saaks tavaline kõneleja, peaks ta saama selle võimalikult noorelt ehk soovitatavalt enne kolmandat eluaastat.⁶⁸ Hiljem hakkab kuulmisnärvisüsteem pöördumatult nõ "surema". Seega ajaks, kui laps juba õiguslikult enda eest rääkida saab, pole funktsionaalse kuulmise taastamine enam võimalik ning laps on otsustusvõimalusest sisuliselt ilma jäetud. Samuti isegi kui kuulmisimplantaat paigaldada, on konkreetse näite puhul ülioluline teha järeldravi, milleks on ikkagi vanema koostööd vaja.⁶⁹ Eestis on implantaate edukalt paigaldatud ka üle 10-aastastele lastele⁷⁰ ja just sellest vanusest tuleks Eelnõu § 18 lg 4 kohaselt juba lapse oma arvamust võimaluse korral arvesse võtta.⁷¹ Samas on töö autori arvates ebatõenäoline, et laps ise oskab sel ajal midagi vanemate tahtest ning senisest elust nii kardinaalselt erinevat tahta.

Üldjuhul kaitstakse vanemlikku autonoomiat usuküsimustes ja muudes veendumustes, sest ühelt maalt saab laps täiskasvanuks ning iseseisvaks ja saab enda eest ise otsustada. Antud juhul pole selline hilisem valikuvabadus võimalik. Samas on võimalik hilisem vastupidine valikuvõimalus, sest implantaadi peavälise osa eemaldamisel on laps jälle kurt.⁷² Vanema õiguste kõrval tuleb kaaluda ka lapse õigusi, sest kurtidel lastel on raskem omandada kvaliteetset haridust ning leida hilisemas elus tasuvat töökohta, samuti on nende igapäevaelu võimalused kuulmispuude tõttu märkimisväärselt piiratud.⁷³

vanematele vastavalt umbes 1200 kurti last aastas ning ka nende hulgast vaid väikesele osale paigaldatakse kuulmisimplantaat.

⁶⁷ H. Kaio (viide 65).

⁶⁸ Samas.

⁶⁹ A. B. Zimmerman (viide 66).

Nimelt tuleb implantaadi saanud lapsega palju aktiivselt tegelda, helisid nõ kaardistada ning teha kuulmisteraapiat, et operatsioon tõesti edukas oleks. On tõenäoline, et vanemad, kelle laps nende tahte vastaselt on implantaadi saanud, pole kõige koostööaltimad ka hilisemas raviprotsessis. Kui vanemad pole lapse ravile pühendunud, suureneb tõenäosus, et laps jääb ebaefektiivse implantaadiga, mis lõppkokkuvõttes võib olla hullem, kui täielik kurtus

⁷⁰ H. Kaio (viide 65).

⁷¹ Vt. käesolev töö lk 20.

⁷² H. Kaio (viide 65).

⁷³ A. B. Zimmerman (viide 66).

Kõik vabadusõigused, sh ka õigus kehalisele puutumatusetele, sisaldavad endas õigust objektiivselt valedele otsustele. Nii nagu ka enesetapp, on ka enesekahjustamine karistusõiguslikult tähtsusetu, kuna põhimõtteliselt pole keegi kohustatud olema elus või terve. Samas ei ole lapse elu vanemate oma, vaid neile võõras, kuigi pärineb otseselt vanematest. Seetõttu on vanemate otsustusõigus oluliselt kitsam lapse (patsiendi) omast, s.t enesemääramisõigus on mahult suurem kui võõrmääramisõigus.⁷⁴ Meditsiiniõiguse karistusõiguslikku poolt analüüsiva, teedrajava monograafia autor P. Bockelmann on seisukohal, et põhimõtteliselt peab küll vanemate usulisi veendumusi austama, kuid see ei tohi viia võõra elu ohverdamiseni. Vanemad peavad tagama oma lastele võimaluse saada täiskasvanuks, et siis ise enda elu ja tervise ning usu üle otsustada.⁷⁵ Siinkohal jääbki õhku küsimus, kui suure osa lapse tulevasest elukvaliteedist võivad vanemad oma veendumuste nimel ohverdada. Ehkki kuulmisimplantaatide näide on küllaltki äärmuslik, illustreerib see autori arvates hästi, kui keeruliste probleemide ette võib tervishoiuteenuse pakkuja esialgsel olukorra hindamisel ning vaidlusi lahendav kohus meditsiini üha kasvavaid võimalusi arvestades sattuda.

1.8. Vaidluste lahendamise kord

1.8.1. Tervishoiuteenuse peale kaebuse esitamine

Eelnõu § 39 lg 1 kohaselt võib tervishoiuteenusega rahulolematu patsient pöörduda kaebusega tervishoiuteenuse osutaja, tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni või kohtu poole. Sisuliselt on patsiendil samad võimalused ka praegu, kuigi tervishoiuteenuse kvaliteedikomisjon on praegu moodustatud TTKS § 50² järgi tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni nime all.⁷⁶ Eelnõuga on tervishoiuteenuse osutajale kaebuse esitamine lihtsalt ära reguleeritud – kaebusega saab tervishoiuteenust osutava isiku poole pöörduda viie aastase tähtaja jooksul ning kaebus esitatakse üldjuhul kirjalikult. Vahetult võib kaebuse esitada ka tervishoiutöötajale suuliselt, mis tuleb jäädvustada tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti. Piiratud teovõimega patsiendi nimel võib kaebuse esitada seaduslik esindaja või usaldusisik. Sõna „võib“ tähendab, et kaebuse võib esitada ka piiratud teovõimega patsient ise, aga puuduvad täpsemad juhised, kuidas neid kaebusi praktikas menetleda. Hüpoteetiliselt

⁷⁴ A. Nõmper (viide 61), lk 213-215.

⁷⁵ A. Nõmper, J. Sootak (viide 28), lk 216.

⁷⁶ TTKS (viide 6).

võib iga väiksemagi kaebuse menetlemine viia absurdini. Siinkohal tuleks autori arvates kohaldada mõistlikkuse printsiipi ning jätta tervishoiutöötajatele siiski kaalumisõigus, kas kaebus on mingilgi määral asjakohane.

Kaebuse saanud tervishoiuteenuse osutaja peab kaebuse viivitamatult läbi vaatama ning kui kaebus on põhjendatud, võtma kasutusele meetmed patsiendi rahulolematuse põhjuse kõrvaldamiseks. Hiljemalt kümne päeva jooksul peab kaebuse esitajat ja patsienti teavitama võetud meetmetest või kaebuse rahuldamata jätmisest ning selle põhjustest. Eelnõust jääb selgusetuks, kas tervishoiuteenuse osutajale kaebuse esitamine mõjutab või piirab kuidagi tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumist. Eelnõu § 39 lõiked 1 ja 2 kasutavad tervishoiuteenuse osutaja ning tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni vahel sõna „või“, mida saab tõlgendada nii teist varianti välistavas kui mittevälisavas tähenduses.⁷⁷

Huvitav nüanss on Eelnõu § 40 lg-s 3 sätestatud võimalus, et sotsiaalminister võib määrata tingimused, millele vastav tervishoiuteenuse osutaja peab moodustama patsientide kaebuste läbivaatamiseks pädeva struktuuriüksuse ja määrama selles kaebuste lahendamise korra. Ilmselt on siin silmas peetud näiteks suurhaiglaid, kuhu tuleks kaebuste esitamise puhuks moodustada vastav ekspertkomisjon. Kaebuse lahendamiseks võetud meetmete või kaebuse rahuldamata jätmise ja selle põhjuste kohta tuleb teha kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.

Igatahes on nii tervishoiuteenuse kui tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumisel kaebetähtaja kulgemise alguseks tervishoiuteenuse osutamine ning tähtaeg viis aastat. 5-aastase tähtaja sätestab ka VÕS § 771 patsiendi kahju hüvitamise nõudele, ent „alates ajast, mil ta sai teada tervishoiuteenuse osutaja või arsti poolt kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest”.⁷⁸ Õiguslalases kirjanduses on leitud, et kohustuse rikkumisest teadasaamiseks VÕS sätte kontekstis saab pidada näiteks tervishoiuteenuse osutaja sellekohast teadet, teisese

⁷⁷ Eelnõu § 39. Tervishoiuteenuse osutamisega seotud kaebus

(1) Tervishoiuteenusega rahulolematu patsient võib pöörduda kaebusega temale tervishoiuteenust osutava isiku **või** käesoleva seaduse paragrahv 41 alusel Terviseameti juurde moodustatud tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole. See ei välista ega piira patsiendi õigust pöörduda tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidlusega kohtusse.

(2) Kaebusega tervishoiuteenust osutava isiku **või** tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumise tähtaeg on viis aastat tervishoiuteenuse osutamisest.

⁷⁸ VÕS (viide 5).

arvamuse kinnitust või arstiabi kvaliteedi komisjoni otsust.⁷⁹ See tähendab, et hagi esitamise võimalus võib aeguda hiljem, kui Eelnõus sätestatud kaebevõimalused ning tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni positiivne otsus pikendaks kaebeõigust omakorda veelgi. Seega oleks patsiendil strateegiliselt parim samm pöörduda esiteks kaebusega komisjoni poole ning edu korral juba hagi kohtusse. Kas ka § 40 lg-s 3 sätestatud komisjonide otsused oleks tsiviilmenetluses tõenditena kasutatavad, on ilma vastava praktikata ebaselge.

1.8.2. Tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon ja selle koosseis

Peamine erinevus kahe komisjoni vahel seisneb koosseisu moodustamise nõuetes ning Eelnõu § 41 lg 9-s sätestatud komisjoniliikme ametisoleku 5-aastasest ülempiiris. TTKE-sse kuuluvad 14 liiget:

- sisehaiguste ekspert;
- kirurgia ekspert;
- sünnitusabi ja günekoloogia ekspert;
- patoloogia ekspert;
- hambaravi ekspert;
- onkoloogia ekspert;
- uroloogia ekspert;
- neuroloogia või neurokirurgia ekspert;
- psühhiaatria ekspert;
- õenduse ekspert;
- üldarstiabi korralduse ekspert;
- patsiendiõiguste ekspert;
- Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna esindaja;
- Eesti Haigekassa esindaja;
- Terviseameti esindaja.

Lisaks eelloetletud ekspertidele võib sotsiaalminister nimetada teiste erialade eksperte komisjoni ajutisteks liikmeteks.⁸⁰

⁷⁹ M. Lillsaar, M. Sedman. Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Riigikohus, õigusteabe osakond. Tartu, 2012, lk 7.

⁸⁰ Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine. 16.05.2008. a määrus nr 27. – RTL 2008, 41, 575; RT I, 17.06.2011, 3.

TK-sse hakkaks kuuluma 7 liiget:

- TÜ arstiteaduskonna arstikutsega esindaja;
- arstide esindusühingute arstikutsega esindaja;
- õdede esindusühingu õekutsega esindaja;
- Eesti patsientide esindusorganisatsioonide esindaja;
- Terviseameti esindaja;
- kaks juristi, kelle nimetab justiitsminister.

Märkimisväärselt on muudetud erinevate erialade ekspertide osakaalu komisjonis. Seletuskirja kohaselt on arvestatud kõiki pädevaid institutsioone, kes võiksid seista hea selle eest, et õiged ja sõltumatud, oma eriala asjatundjad oleksid kvaliteedikomisjonis. Kui TKE-st moodustavad valdava enamuse tervishoiutöötajate esindajad (10/17, ehk ca 59%), siis uue jaotuse järgi moodustaks arsti- ja õekutsega liikmed alla poole liikmeskonnast (3/7, ehk 43%). Sisuliselt tõuseks küll õdede sõnakaal, sest kuigi mõlemas komisjonis on õdedel üks esindaja, oleks nende sõna väiksema liikmete arvu puhul paremini kuulda. Sarnane lugu on patsientide esindajaga ja Terviseameti esindajaga. Täiesti uuenduslik on juristide kaasamine komisjoni ning Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa esindajate kaotamine. Komisjoniliikmete sõltumatust tagab see, et kõik liikmed nimetavad ametisse Sotsiaalministeeriumist sõltumatud ringkonnad – näiteks juristid nimetab ametisse justiitsminister.

Komisjoni koosseisu vähem arstidekeskseks muutmise aitaks autori hinnangul kaasa komisjoni õiglasem välispildi loomisele ja hoidmisele ning nõ arstide ringkaitse süüdistuste ennetamisele. Praegusel juhul on meditsiinieksperptide suur osakaal seletatav kõigi põhiliste meditsiinivaldkondade esindamisega, mis aitab kindlasti kaasa spetsiifiliste probleemide mõistmisele. Samas ei pea iga valdkonna eksperdid tingimata olema komisjoni püsiliikmed, vaid täpsemaid selgitusi on võimalik saada ka eksperti komisjoni ette kutsudes. Kuna TTKS-i puhul reguleerib komisjoni koosseisu sotsiaalministri määrus, siis oleks õiglasema liikmete osakaalu küsimust võimalik hiljem üsna lihtsalt lahendada määruse muutmise teel.

1.8.3. Kahjunõuded tervishoiuteenuse kvaliteedikomisjonis

Eelnõu § 39 lg 1-e järgi ei välista ega piira tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumine patsiendi õigust pöörduda tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidlusega kohtusse. Villu Kõve on tsiviilvaidluste kohtuvälise lahendamise küsimusest rääkides käsitlenud ka arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni.⁸¹ Käesoleval hetkel sellise nimega organit küll enam ei eksisteeri, vaid tegutseb peaaegu analoogne tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon. Nii Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni⁸² kui tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni⁸³ eesmärk on patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamine ning mõlema organi pädevuses erinevatele asjassepuutuvatele ametkondadele ettepanekute tegemine.

Kõve on välja toonud, et praegune ekspertkomisjoni vorm ei lahenda tegelikult vaidlust, sest ei saa teha täitmiseks kohustuslikke lahendeid ega kinnitada poolte kokkuleppeid.⁸⁴ TKE ei käsitلة tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahelisi vaidlus- ja rahaküsimusi ning TKE ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohusta arsti või raviastutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. Rahalise hüvituse taotlemiseks peab patsient kohtusse pöörduma, kui ei õnnestu saavutada kohtuvälisest kokkulepest teenuseosutajaga. Kauakestvate ja kulukate kohtumenetluste ennetamiseks on TKE korduvalt soovitanud rahulolematutel patsientidel ja raviaastutusel kulude hüvitamise suhtes kohtuvälisele kokkuleppele jõudmiseks läbirääkimistesse asuda.⁸⁵ Juba 2005. aastal on Kõve leidnud, et põhimõtteliselt võiks säilitada ekspertkomisjoni töö senises vormis, s.t komisjon hindab üksnes ekspertidena tervishoiuteenuse osutamise vastavust üldistele nõuetele. Kuna aga ka selles valdkonnas tekib

⁸¹ V. Kõve. Tsiviilvaidluste kohtuvälisest lahendamisest Eestis. – Juridica, 2005, nr 3, lk 152-166.

⁸² Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni põhimäärus. Sotsiaalministri 08.11.2000. a määrus nr 73. – RTL 2000, 117, 1832.

⁸³ TTKS (viide 6).

⁸⁴ V. Kõve (viide 81), lk 159.

⁸⁵ Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon menetles 2012. aastal 132 arstiabi osutamise kvaliteedi kohta esitatud ekspertiisitaotlust. Sotsiaalministeerium. Arvutivõrgust kättesaadav:

<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/tervishoiuteenuste-kvaliteet-ja-jarelevalve.html>

(25.04.2013)

üha rohkem õiguslikke küsimusi, võiks perspektiivis kaaluda komisjoni pädevuse laiendamist ja anda talle ka poolte lepitaja roll.⁸⁶

Eelnõus sätestatud tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjonil juba mõningane lepitajaroll on – § 42 lg 2 järgi võib kvaliteedikomisjon mittevahalise kahju hüvitamise nõude puhul teha pooltele ettepaneku kokkuleppe saavutamiseks mõistliku hüvisesumma maksmise osas patsiendile. Kui komisjon tunnustab osutatud tervishoiuteenuse mittekvaliteetseks, peab Eelnõu § 43 lg 2 järgi tervishoiuteenust osutanud isik andma kümne päeva jooksul kvaliteedikomisjonile teavet selle kohta, mida ta võtab ette olukorra parandamiseks ja patsiendile kahju hüvitamiseks. Samas on siiski tegemist ettepaneku, mitte siduva otsusega ning tegelikus olukorras ei pruugi seeläbi palju muutuda, sest läbirääkimissoovitusi jagab olemasolev TKE praktikas ka praegu.

Õigusalasest kirjanduses on leitud, et mittevahalise kahju hüvitise määrad on olnud siiani suhteliselt madalad ja kohtumenetlusega kaasnevad õigusabikulud suhteliselt suured, mistõttu majanduslikus mõttes ei ole kohtuskäimine tihti ära tasunud. Ka tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste kohta koostatud statistika näitab, et tegelikkuses tuvastatakse TKE-s oluliselt rohkem tervishoiuteenuste osutamise lepingust tuleneva kohustuse rikkumisi, kui on esitatud kaebusi kohtusse. Võib eeldada, et tervishoiuteenuste osutajad eelistavad maksta hüvitisi kohtuväliste kokkulepete kaudu. Kuid ei saa välistada ka võimalust, et patsient on üldse oma nõudest loobunud.⁸⁷ Samas on selline suund mittevahalise kahju hüvitamise puhul olnud teadlik, sest ehkki Riigikohus tunnustab kannatanu õigust nõuda ka mittevahalise kahju hüvitamist, otsustas kohus ka, et mittevahalisest kahjust hingeliste ja füüsiliste kannatuste puhul saab rääkida üksnes juhul, kui inimese üleelamised olid tõesti olulised. Selline lähenemine peaks vältima minemist nõo Ameerika õiguskultuuri, kus mittevahalise kahju hüvitised on väga suured.⁸⁸

⁸⁶ V. Kõve (viide 81), lk 166.

⁸⁷ M. Lillsaar, M. Sedman (viide 79), lk 6-7.

⁸⁸ O. Jaggo, jt. Meditsiiniõiguse kommentaarid. Tartu, Greif, 2003, lk 12.

1.8.4. Patsientide esindusühing ja patsiendinõuniku süsteem

Eelnõu § 44 sätestab patsientide huve esindava ühingu rahastamise põhimõtted – rahastamine peab olema avalik, ega või olla rahastatud tervishoiuteenuste osutajate, ravimite tootjate, vahendajate ja müüjate poolt. Praeguses reaalses olukorras see nõue midagi ei muuda, sest EPEÜ rahastajad on praegugi Sotsiaalministeerium ning erinevad sõltumatud fondid, sihtkapitalid ja kohalikud omavalitsused.⁸⁹ Samas kuigi on reguleeritud, kust raha tulla ei tohi, ei ole selgelt öeldud, kust raha tulema peaks. Patsientide esindusühingu juhataja Pille Ilvese sõnul on EPEÜ rahastust alates 1995. aastast pidevalt suurte kõikumistega ja etteteatamata muudetud ning päris mitu korda on ühing seisnud silmitsi olukorraga, kus raha on soovitud täiesti ära võtta.⁹⁰

EPEÜ rahastamise küsimus kerkib päevakorda ka seoses osade ühingu praeguste funktsioonide muutmisega riiklikuks. EPEÜ pakub patsientide nõustamisteenust Tallinnas ja Pärnus.⁹¹ Eelnõu § 45 sätestab patsiendinõunikute süsteemi loomise Terviseameti alluvusse, kelle poole saaks patsient abi saamiseks pöörduda. Seletuskirja kohaselt käsitletakse patsiendi avaldust tavaliselt kaebusena, mis ei tarvitse üldse nii olla, lisaks pole riigiametnikud kuigi varmad selgitama, millised on patsiendi õigused ja tervishoiuteenuse osutaja kohustused tervisehäirete, haiguste kiiremaks ja efektiivsemaks raviks. Nõuniku funktsioon oleks patsiendile seadusi selgitada ning korraldada seaduse nõuetest kinnipidamise järelevalvet.

Terviseamet ise asub Tallinnas, struktuuriüksused asuvad ka Raplas, Paides, Tartus, Põltsamaal, Rāpinas, Valgas, Viljandis, Võrus, Pärnus, Kuressaares, Kārdlas, Haapsalus, Kohtla-Järvel, Rakveres ja Narvas.⁹² Parima kättesaadavuse nõuniku abile tagaks see, kui patsiendinõunikud oleksid lisaks terviseameti Tallinna kontorile kõigis struktuuriüksustes.

⁸⁹ Organisatsioon. Eesti Patsientide Esindusühing. Arvutivõrgus kättesaadav:

<http://www.epey.ee/index.php?page=109> (12.02.2013)

⁹⁰ M. Teder. Patsientide esindusühingut ähvardab suurkärpimine. – Postimees, 31. oktoober 2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.postimees.ee/616584/patsientide-esindusuhingut-ahvardab-suurkarpimine/> (02.11.2011)

⁹¹ Kontakt. Eesti Patsientide Esindusühing. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epey.ee/index.php?page=68> (12.02.2013)

⁹² Kontaktandmed. Terviseamet. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.terviseamet.ee/info/kontaktandmed.html> (12.02.2013)

Samas jätab Eelnõu patsiendinõunike süsteemi loomise täpsemad alused sotsiaalministri otsustada, mis jätab lõpplahenduse ebaselgeks ning loob ohu Patsientide Esindusühingu rahastamisega sarnase ebakindluse tekkeks.

1.9. Järelevalve ja vastutus

1.9.1. Terviseameti pädevus

Eelnõu 6. peatükk sätestab järelevalve korra Eelnõu täitmise üle. Järelevalvet teostavad Terviseameti ametnikud. Terviseameti põhiülesandeks on põhikirja järgi niigi riiklik järelevalve teostamine ameti tegevusvaldkondi (neist esimesena on nimetatud tervishoidu) reguleerivate õigusaktide nõuete täitmise üle ning riikliku sunni rakendamine nende nõuete rikkumise korral,⁹³ seega Eelnõu täpsustaks Terviseameti juba olemasolevaid tööülesandeid. Eelnõus on sätestatud Terviseametile mitmeid funktsioone:

- tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon louakse Terviseameti juurde (§ 39 lg 1);
- komisjon võib teha Terviseametile ettepanekuid järelevalvemenetluse algatamiseks, tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa kehtetuks tunnistamiseks, tervishoiuteenuse osutajale tegevusloa väljaandmisest keeldumiseks (§ 41 lg 3 p 3, 6 ja 7);
- Terviseamet nimetab kvaliteedikomisjoni ühe liikme (§ 41 lg 7);
- komisjon esitab iga kalendriaasta kohta Terviseametile aruande kõigist komisjonile esitatud avaldustest ning komisjoni hinnangutest (§ 41 lg 12);
- patsiendinõunik on Terviseameti ametnik (§ 45 lg 1);
- kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise ja patsiendi õiguste kaitse üle järelevalvet teostavad Terviseameti ametnikud (§ 46 p 1);
- Terviseamet on Eelnõus sätestatud väärtegade kohtuväline menetleja (§ 60 lg 2).

⁹³ Terviseameti põhimäärus. Sotsiaalministri 06.11.2009. a määrus nr 82. – RTL 2009, 84, 1235; RT I, 07.12.2012, 4.

1.9.2. Vastutus

Eelnõus ei ole viidet Eelnõuga dubleeritud võlaõigusseaduse sätete tühistamisele, seega jääks võlaõiguslik regulatsioon ning sellest tulenev kehtiv vastutuse süsteem alles. Eelnõu on üritanud vaid lihtsustada kahju nõudmise korda tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni algelise vahendaja rolli reguleerimisega.⁹⁴

Samas kehtestatakse Eelnõu 7. peatükiga nii füüsilise kui juriidilise isiku täiendav karistusõiguslik vastutus patsiendiseaduse nõuete rikkumise eest järgmistel juhtudel:

- 1) tervishoiuteenuse osutamise kohustuse rikkumine;
- 2) mittekvaliteetse tervishoiuteenuse osutamine;
- 3) patsiendi teavitamise kohustuse rikkumine;
- 4) patsiendi nõusoleku saamise kohustuse rikkumine;
- 5) üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi kasutamine;
- 6) teadusuuringule esitatavate nõuete rikkumine;
- 7) isiku teavitamata kaasamine teadusuuringusse;
- 8) patsiendi ebaseaduslik kaasamine kliinilisse õppetöösse;
- 9) tervishoiuteenuste osutamise dokumenteerimise kohustuse rikkumine.

§ 60 järgi on Eelnõus sätestatud väärtegade kohtuväline menetleja Terviseamet. Rahatrahvide ülempiirid rikkumiste eest on 100-300 trahviühikut füüsilise isiku puhul, s.o 400-1200 eurot. Juriidiliste isikute puhul on ülempiirid 1000-5000 eurot. Avalik-õigusliku vastutuse sätestamine tervishoiuteenuse nõuete rikkumise eest, on meie meditsiiniõiguse senist suunitlust arvestades uudne. Midagi täpsemat pole sellise valiku põhjenduseks öeldud ka Seletuskirjas.

Kui näiteks üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi kasutamise protseduurireeglite või teavitamiskohustuse rikkumine on selgelt määratletav tegu, siis näiteks mittekvaliteetse tervishoiuteenuse sätte puhul jääb ebaselgeks, kuidas ning mille alusel hakkaks Terviseamet tervishoiuteenuse kvaliteeti hindama. § 41 lg 3-e kohaselt on tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni pädevuses muuhulgas anda hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile ning teha ettepanekuid Terviseametile

⁹⁴ Vt. käesolev töö lk 29.

järelevalvemenetluse algatamiseks tervishoiuteenuse osutaja tegevuse üle. Kas Terviseamet saaks antud sätte järgi trahvi teha vaid kvaliteedikomisjoni hinnangu alusel, on ebaselge. Vähemalt kriminaalrajade puhul on Riigikohus oma 29.11.2010. a otsuses (3-1-1-79-10) öelnud, et erinevalt tsiviilrajadest ei ole kriminaalrajades lubatud praeguse TKE otsust tõendina kasutada.⁹⁵

⁹⁵ M. Lillsaar, M. Sedman (viide 79), lk 28.

2. Eelnõu eesmärk, sobivus selle saavutamiseks ja võimalikud mõjud

2.1. Üldist

Nagu eelmisest peatükist nähtus, ei sätesta Eelnõu iseseisvalt just palju kehtivast korrast erinevaid muudatusi – suurem osa Eelnõust dubleerib kehtivat korda, mõnede täpsustuste, täienduste ning nüansiliste erisustega. Samas ei teinud Eelnõu autorid ka saladust, et üks peamisi eesmärke on patsientidele nende õiguste kaitsevõimaluste teadvustamisele suunatud seaduse loomine, s.t asjassepuutuvate sätete koondamine ühte seadusse. Autor on siinkohal küll arvamusel, et paralleelselt kehtivad sarnased, aga nüansiti erinevad regulatsioonid ei ole tegelikult kooskõlas Eelnõu hüüdlausega, et lihtne, hõlpsasti loetav ja igapäevase arusaadav Patsiendiseadus peaks olema iga inimese laual. Kuna teatud erinevused saaksid selgeks alles hilisema praktika käigus⁹⁶ ning näiteks võlaõiguslike kahjunõuete puhul on võlaõigusseaduse ja Eelnõu sätete omavaheline süsteem üsna raskesti hinnatav, on taolise seaduse loomine keskmise patsiendi jaoks pigem poolik lahendus.

Võib öelda, et peamine iseseisev muudatus on vaidluste lahendamise ning järelevalve korra täiendamine ning lisanduva vastutuse sätestamine Eelnõu lõpus olevate väärtekoosseisude näol. Arusaadavalt on vastutuse küsimus toonud ka kõige elavamast vastukaja tervishoiutöötajate ametiliitidelt.^{97 98} Selgust taolise valiku tagamaadele Eelnõu Seletuskiri ei too ning siinkohal peab töö autor vajalikuks mainida, et Seletuskiri ütleb normide mõtte kohta üldse vähe ning sätted jutustatakse lihtsalt ümber. Samuti piirdub Eelnõu mõjude analüüs napsõnalise tähelepanekuga, et eelnõu vastuvõtmisega kaasnevad peamiselt sotsiaalsed tagajärjed ning eelnõu kaudu laieneb avalike teenistujate ametinimetuste loetelu patsiendinõuniku ametikoha näol.

⁹⁶ Näiteks üldtunnustamata meetodite kasutamise tingimuste praegune „lubavad väiksemat edu“ vs „ei ole taganud edu“.

⁹⁷ Eesti Õdede Liit. Õdede liit soovib patsiendiseadust täiendada. – EÕL pressiteade 17. oktoober 2011.

Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ena.ee/uudised/506-eol-pressiteade-17oktoober-2011> (16.03.2013)

⁹⁸ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid (viide 27).

Kehtiva süsteemi järgi vastutavad tervishoiuteenuse osutajad peamiselt lepingu rikkumise eest võlaõigusseaduse alusel. Karistusõiguslikku vastutust on seni esinenud vaid äärmuslike juhtumite puhul ning Riigikohus on oma hiljutises kohtupraktika analüüsis nentunud, et maa- ja ringkonnakohtud on teinud väga vähe lahendeid kriminaalasjades tervishoiutöötajate suhtes.⁹⁹ Võlaõiguslikult on tervishoiuteenuse osutaja enda või tema töötajate vastutust seadusega piiratud. Nimetatud isikud vastutavad üksnes oma kohustuste süüalise rikkumise või süüalise täitmata jätmise korral. Süü vormideks on hooletus, raske hooletus ja tahtlus.¹⁰⁰ Samuti pole Eestis kahjunõudeid kunagi välja mõistetud arstilt, vaid juriidiliselt isikult, kelle juures eksinud arst töötas. Seega võib Eestis meditsiinilise tegevuse puhul rääkida peamiselt haigla vastutusest, kuid mitte arsti vastutusest. Meditsiiniõiguse ekspert Ants Nõmper on oma hiljutises analüüsis teinud koguni ettepaneku taoline olukord seadustada ning arsti otsesest vastutusest üldse loobuda.¹⁰¹

Eelnõus sätestatud väärtegade puhul ei olene vastutus süü vormist ning vastutada võib nii tervishoiuteenuse osutaja kui konkreetne tervishoiutöötaja. Heljo Pikhof on koguni viidanud, et tervishoiutöötaja isikulist vastutust Eelnõu autorid pigem silmas pidasidki.¹⁰² Kuigi väärteo puhul on karistatav üksnes täideviimine,¹⁰³ on autori hinnangul konkreetsetest tervishoiutöötajatest rääkides tegelikult raske öelda, kes on täideviija. Tänapäevane ravimudel ei põhine ainult arsti sisulisel vastutusel, vaid ravi kvaliteedi ja tulemuslikkuse osas on tegelikult oluline roll kogu meeskonnal (arst, õde, hooldaja, tehnikud, haigla juhtimistasand, abiteenuste pakkujad jne).¹⁰⁴ Samuti ei mängi väärtegade puhul enam rolli süülisus ning väärteona on karistatav nii tahtlik kui ettevaatamatu tegu.¹⁰⁵

⁹⁹ M. Lillsaar, M. Sedman (viide 79), lk 25.

¹⁰⁰ O. Jaggo, jt (viide 88), lk 34.

¹⁰¹ A. Nõmper. Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. – Eesti Arst, 2012, 91, lk 377. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.rln.ee/public/Endorsed_logod/Fotod_ja_failid_uudiste_juurde/Eesti_Arst_A.Nomper_2012.pdf (23.03.2013)

¹⁰² Ehkki praegu on isikuline vastutus võimalik ka VÕS sätete järgi, aga praktikas seda ei kasutata, on Eelnõu tegelik kohaldumine ebaselge ning paralleelne vastutus täiesti võimalik. Vt. käesolev töö lk 10.

¹⁰³ Karistusseadustik. 06.06.2001. – RT I 2001, 61, 364; RT I, 20.12.2012, 3.

¹⁰⁴ 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“. Praxis. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.praxis.ee/index.php?id=1072> (06.03.2013)

¹⁰⁵ KarS (viide 103).

Ants Nõmper on ka öelnud: „Tegelikult on turumajanduses töötaja isiklik vastutus väga erandlik. Reegel on hoopis see, et äriühing saab nii kasumi kui kannab ka riske ja vastutust. Kui näiteks ehitusfirma ehitab ebakvaliteetselt ja lagi kukub kinosaalis alla, siis ei vastuta lohakas töömees, vaid ikka ehitusfirma. Tõsi – ajalooliselt on advokaate ja arste tahetud oma tegevuse eest otse vastutama panna, kuid ilmselt on aeg jätta selline käsitus ajalukku. Tänapäeva meditsiin ei ole enam arsti ja patsiendi suhe, vaid tervishoiuteenus, mida osutab tervishoiuteenuse osutaja, kes seejuures kasutab arste, ravimeid, seadmeid jm.“¹⁰⁶

Praegune praktika, kus tervishoiutöötajad sisuliselt otse ei vastuta, on kujunenud aja jooksul ning miski ei välista võimalust, et ka Eelnõu rakendumisel sarnane praktika jätkuks. Siiski peab autor vajalikuks rõhutada, et praegusel kujul loob Eelnõu terve hulga võimalusi vastutuse tekkeks, mis eriti mõjutaks just tervishoiutöötajate praegust positsiooni.

2.2. Kooskõla kehtivate seisukohtade ja arengusuundadega

Karistuse ähvardusel kvaliteedi nõudmine pole autori arvates enam kooskõlas kaasaegsete tervishoiuvaldkonna arengusuundadega. Euroopa Liidu Nõukogu andis juba 2009. aastal välja soovitused patsiendi ohutuse kohta, kus muuhulgas soovitatakse luua või tugevdada mittesüülisi aruandlus- ja õppesüsteeme, mis kutsuvad avatud, õiglase ja mittekarakteristava iseloomuga aruandluskeskkonna loomise kaudu tervishoiutöötajaid juhtumitest aktiivselt teatama. Kõnealune teatamine peaks olema eraldatud liikmesriikide tervishoiutöötajate suhtes kehtivatest distsiplinaarsüsteemidest ja -menetlustest, samuti tuleks vajaduse korral selgitada tervishoiutöötaja vastutusega seotud õiguslikke küsimusi.¹⁰⁷ 2012. aasta oktoobris toimunud Praxise mõttehommikul osalenud isikud¹⁰⁸ leidsid konsensuslikult, et Eesti patsiendid ja tervishoiusüsteem vajavad läbipaistvat, ühtsetel alustel toimivat ja reguleeritud mittesüülist

¹⁰⁶ A. Nõmper (viide 101), lk 377.

¹⁰⁷ Euroopa Liidu Nõukogu soovitus 2009/C 151/01, 9. Juuni 2009, mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_et.pdf (21.02.2013)

¹⁰⁸ Mõttehommikul osalesid inimesed järgmistest organisatsioonidest: Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, Tartu Ülikooli Arstiteaduskond, Tartu Ülikooli Õigusteaduskond, Eesti Arstide Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Patsientide Esindusühing, Eesti Patsientide Nõukoda, Eesti Haiglate Liit, Ajakiri Eesti Arst, Eesti Kindlustusseltside Liit, Eesti Eratervishoiuasutuste Liit, Rahandusministeerium, Medicine Estonia, Raidla Lejins & Norcous, Praxis. Vt. viide 104.

patsiendikahjude menetlemise süsteemi.¹⁰⁹ Samuti hiljaaegu Sotsiaalministeeriumis koostatud hea tahte koostöökokkuleppe¹¹⁰ esimese eesmärgi – patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamise vahendina on nimetatud patsientide kaitse ning kaebuste kohtueelse mittesüülise lahendamise põhimõtete loomist.¹¹¹

Samal ajal leidis Riigikohtu analüüs juba 2010. aastal, et Eestis esinevad ülekriminaliseerimise tunnused ning seadusandja peaks varakult hakkama astuma samme, et viia need ilmingud miinimumini. Analüüsis mõistetakse ülekriminaliseerimise all eelkõige seda, kui õiguskorra tagamiseks kasutatakse liigselt karistusõiguslikke meetmeid, millega tavaliselt kaasneb ka ülemäärane sekkumine isikute õigustesse. Üldise põhimõttena võib karistusõiguslike vahenditega sekkuda eelkõige juhul, kui isiku toime pandud tegu väärib riiklikult tugevat hukkamõistu ja see on vajalik üldise õigusrahu säilitamiseks. Seejuures peaks isikule juba enne teo tegemist olema selgelt mõistetav, et selline tegevus on taunitav. Seadusandja peab väga hoolikalt kaaluma seda, mis valdkondades toime pandud rikkumised vääriksid karistamist. Karistusõigusega isiku põhiõigustesse sekkumine peaks olema *ultima ratio* ning sellest põhimõttest hälvimine võib tuua kaasa olulised õiguskorra muutused. Samuti on oluline, et karistusest tulenevad piirangud oleks põhjendatud ja proportsionaalsed.¹¹²

Eelnõus on vääртеokoosseisud sõnastatud üldsõnaliselt ning nende sisustamisele ei aita taaskord kaasa ka Seletuskiri. Eelmainitud Riigikohtu ülekriminaliseerimise analüüs näitab, et Eestis on ca 40% eriseadustes olevatest vääртеokoosseisudest sõnastatud kui „nõuete rikkumise eest“ või „eeskirjade rikkumise eest“. Praktikas tähendab see, et vääртеokoosseisu saab sisustada erinevate seaduse alusel antud õigusaktide põhjal, mis mingilgi määral selliseid nõudeid reguleerivad. Selliste normide puhul jääb tihti ebaselgeks, millisest õigusaktist need nõuded tulenevad, s.t millise õigusakti rikkumisel on võimalik isikut vääртеokorras karistada.

¹⁰⁹ 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“ (viide 104).

¹¹⁰ Eesti tervise tuleviku hea tahte koostöökokkuleppe töörühm on koos käinud alates oktoobrist 2012 ja töörühma kuuluvad 22 tervishoiusektori organisatsiooni esindajat.

¹¹¹ Hea tahte koostöökokkuleppe. Sotsiaalministeerium. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.sm.ee/aktuaalne/hea-tahte-koostookkulepe.html> (10.03.2013)

¹¹² T. Reinthal, „Ülekriminaliseerimine. Analüüs. Riigikohus, õigusteabe osakond. Tartu, 2010. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.riigikohus.ee/vfs/995/2010_Lisa%20%20%28Ulekriminaliseerimine_analuus%29.pdf (22.03.2013)

Nullum crimen, nulla poena sine lege põhimõtte kohaselt, mis KarS § 2 järgi laieneb ka väärtegadele, ei ole ebamäärasus karistatavate tegude puhul lubatav. Juhul kui isiku tegu saab sisustada tervete õigusaktidega, on ebamäärasus aga ilmselge.¹¹³ Siinkohal tuleb autori meelest taaskord selgelt välja dubleeritud regulatsioonidega õiguskorra risustamise probleem, sest nii arstil, patsiendil kui kasvõi menetlejal endal on raske hoomata õiguste, kohustuste ja vastutuse tegelikku ulatust.

Karistuse määramise küsimuses tuleb tähelepanu juhtida sellele, et vähetähtsa väärtete kriteeriume ei sätestata seaduses ning see, kas väärtegu on vähetähtis, on kohtuvälise menetleja otsustada. Kui kuritegude puhul on sätestatud, kui suure intensiivsusega õigushüve riive puhul on tegemist näiteks esimese astme kuriteoga ja enam mitte teise astme kuriteoga, siis väärtegade puhul mingeid objektiivseid kriteeriume kehtestatud ei ole. Väärtegu võib subjektiivsete kriteeriumite alusel osutada tähtsaks või vähetähtsaks ning väärtegade puhul on sageli ülemäära ulatuslik kaalutlusruum karistusmäära valikul. Kohtuvälise menetleja ametkondlik killustatus ning see, et karistusi kohaldavad eelkõige juriidilise hariduseta menetlejad, ei taga siinkohal ühtset karistuspoliitikat, sealhulgas karistuste võrreldavust ühetaoliste rikkumiste puhul.¹¹⁴ Trahvimise võimalus tekitab ka meditsiinisektoris umbusku. Muuhulgas on neurokirurg Andres Ellamaa avaldanud kartust, et trahve vaadatakse pigem võimalusena riigikassat täita ning samal ajal viiksid igasugused trahvid ja kompensatsioonid niigi alarahastatud tervishoiusüsteemist raha veelgi välja.¹¹⁵

2.3. Süüdlase otsimise mõttekus ning võimalikud tagajärjed

Enamasti eeldatakse meie ühiskonnas inimeselt mõistlikku, mitte täiuslikku käitumist. Meditsiin on ebatäiuslik teadus ning meditsiiniline abi enamikul juhtudel olemuselt ohtlik. Tervishoiutöötajad tegelevad päevast päeva ohtlike haiguste ning situatsioonidega. Nad peavad kasutama oma teadmisi ning tuginema oma hinnangule, aga neilt ei saa oodata selgeltnägemist. Isegi kui tagantjärele osutuvad tervishoiutöötaja otsused valeks ning viga võis tõesti olla välditav või ennetatav, siis ei tähenda see veel, et tervishoiutöötaja ei käitunud mõistlikult. Iga süsteem, mis peab vastama patsiendi kaebustele, peab olema võimeline

¹¹³ T. Reinthal (viide 112).

¹¹⁴ Samas.

¹¹⁵ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid (viide 27).

uurima ning vahet tegema ravivigadel ja komplikatsioonidel, mis võivad tekkida ning tekivadki ka hooletuse puudumisel.¹¹⁶

Samuti ei saa tervishoiutöötaja teha patsiendi heaks kõike, mis on võimalik – piirangud võivad tuleneda näiteks majanduslikust olukorrast (Eesti Haigekassa poolt hüvitatavate protseduuride hulk on piiratud), tervishoiukorraldusest (kõik haiglad ei saa teha kõiki operatsioone) jne. Vastutus tuleb siduda eelkõige küsimusega, kas tervishoiutöötaja käitus nii, nagu iga teine korralik tervishoiutöötaja oleks käitnud. Lisaks peab alati silmas pidama ka seda, et patsiendi ravimine on alati seotud riskiga. Õigusalasest kirjanduses on leitud, et ühe terviseprobleemi lahendamiseks võib olla mitu võimalust. Näiteks tsiviilasjas nr 2-07-28689 (Harju Maakohus) leiti, et asjaolu, et hagejal diagnoositud haiguse raviks on mitu võimalikku raviviisi, ei tähenda, et tervishoiuteenuse osutaja poolt määratud ravi oleks olnud ebaõige.¹¹⁷ Kindlasti ei tasu unustada ka ühte vähestest patsiendi kohustustest – s.o patsiendi kohustust anda teavet.¹¹⁸ Tervishoiutöötaja saab siiki lähtuda vaid sellest infost, mis talle vaidlusalusel hetkel kättesaadav oli ja kui patsient omapoolseid kohustusi rikub, oleks ebaõiglane tervishoiutöötajat selle tagajärjel karistada.

Põhimõtteliselt kõik kaasaegsed ravivigade vähendamisele suunatud lähenemised põhinevad turvalisel avalikustamisel ning avameelsel diskussioonil seoses üksikute vigadega ning kuidas sarnaseid vigu tulevikus vältida.¹¹⁹ Seni on ravivigade teemaline erialakirjandus keskendunud sellele, kuidas vead tekivad. See lähenemine keskendub süüle ning karistusele, nõ ”mustad lambad” võetakse juriidiliste ning distsiplinaarsete meetodite kaudu vastutusele.¹²⁰ Süüdlase leidmisele keskendumine aga soodustab kaitsepositsioonil ravi,¹²¹ s.t seda, kui arstid

¹¹⁶ R. C. Boothman, A. C. Blackwell, D. A. Jr. Campbell, E. Commiskey, S. Anderson. A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience. – Journal of Health & Life Sciences Law, January, 2009, lk 137.

¹¹⁷ M. Lillsaar, M. Sedman (viide 79), lk 10-11.

¹¹⁸ Vt. käesolev töö lk 12.

¹¹⁹ S. E. Raper. No role for apology: remedial work and the problem of medical injury. – Yale Journal of Health Policy, Law & Ethics, 11, Summer 2011, pp. 316-317.

¹²⁰ O. Quick. Outing medical errors: questions of trust and responsibility. – Medical Law Review, 14, Spring 2006, pp. 38.

¹²¹ Inglise keeles *defensive medicine*, eesti keeles nimetatud ka „ennakkaitseline meditsiin“

keskenduvad tervishoiuteenuse osutamisel enda vastu suunatud ravivigade nõuete ja süüdistuste ennetamisele.¹²²

Isegi kui Eelnõus sätestatud trahvide otsene tasumine jääks haiglate õlule, on arstid siiski äärmiselt ettevaatlikud seoses maine kahjustamisega, mis süüdistusega kaasas võib käia ning mille vastu pole mingit kindlustust – ka see soodustab kaitsepositsioonil ravi osutamist.¹²³ Maine kahjustamine on hell koht juba selles mõttes, et korduvalt on tõstatatud arsti ning haigla kaitse küsimust olukorras, kus patsient või tema lähedased pöörduvad omapoolsete väidetega meediasse. Praegu keelab konfidentsiaalsuskohustus tervishoiuteenuse osutajal omapoolset versiooni avaldada¹²⁴ ning muudatusi ei tooks siinkohal ka Eelnõu. Alles hiljuti kutsus antud teemal üles arutlema ka praegune sotsiaalminister Taavi Rõivas.¹²⁵

Kaitsepositsioonil ravi ilmneb nii kõrge riskiga patsientide ravimise vältimises, kui üleliigses analüüside määramises ning üleravimises, mis võib omakorda viia kõrvalnähtude, ärevuse ning ravivigadeni. Ravimise vältimine on problemaatiline, sest piirab nende isikute ligipääsu ravile, kelle jaoks meditsiinilisest vaatenurgast oleks ravi ka kõrge riskist hoolimata siiski proovimist väärt. Nõ üleravimine on problemaatiline, sest raiskab ressursse ning on teatud juhtudel ka ohtlik. Ühiskondlikust vaatenurgast ei tuleks riske maandada absoluutselt iga hinnaga.¹²⁶

Kaitsepositsioonil ravi kohta on välja toodud, et riiklike ravikindlustussüsteemide puhul ei arvesta arstid ettevaatusmeetmete (näiteks täiendava röntgenpildi) hinda. Suures osas on see tõsi ka eraarstiabi süsteemide puhul. Kuigi mõlemal juhul pole ravi ja analüüside tellimise võimalus piiramatult, on mänguruum olemas. Samuti on arstid ravivea kulude poole pealt võrdlemisi ükskõiksed, sest kulud katab kindlustus või tööandja.¹²⁷ USA-s on olukord jõudnud sinnani, et ligi 90 protsenti arstidest on tellinud lisateste ning protseduure, puhtalt selleks, et kaitsta end vastutuse eest ning peaaegu veerand tervishoiusektori peale kuluvast

¹²² T. Keren-Paz. Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. – *Medical Law Review*, 18, Autumn 2010, pp. 375.

¹²³ Samas, pp. 376-377.

¹²⁴ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid (viide 27).

¹²⁵ L. Velsker. Rõivas: Arst peaks saama end meediarünnaku korral kaitsta. – *Tarbija* 24, 11. aprill 2013. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tarbija24.ee/1198768/roivas-arst-peak-saama-end-meediarunnaku-korral-kaitsta/> (28.04.2013)

¹²⁶ T. Keren-Paz (viide 122), pp. 375.

¹²⁷ Samas, pp. 376.

rahast kasutatakse juriidiliselt, mitte meditsiiniliselt põhjendatud tervishoiutoimingute peale. Kaitsepositsioonil tervishoiuteenusel on samuti märkimisväärne mõju tervishoiuteenuse kvaliteedile ning ohutusele.¹²⁸ Näiteks on leitud, et akušöörid viivad peale nende endi või nende kolleegide vastu suunatud kaebusi mõnda aega läbi rohkem keisrilõikeid.¹²⁹

Arstid on ravivigadest rääkimise puhul mures konfidentsiaalsuse ning õigusliku ilmsikstuleku pärast. See mure on arusaadav, kui ravivigadega tegelev süsteem keskendub süüdlase otsimisele.¹³⁰ Nõ süüdi jäämise võimaluste lisamine ei aita ravivigade ennetamisele kaasa, vaid soodustab nende varjamist ning summutamist. Ehkki Eelnõu üritab tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjonile anda algelist vahendaja ning lepitaja funktsiooni,¹³¹ võib komisjon samal ajal tuua tervishoiuteenuse osutajale kaasa erinevaid ebameeldivusi alates Terviseametile (s.o väärtegade menetlejale) ettepaneku tegemisest järelevalvemenetluse algatamiseks ning lõpetades rahastamise lepingute ülevaatamise ettepanekuga Eesti Haigekassale. Samuti on komisjonil kohustus esitada iga kalendriaasta kohta Terviseametile aruande kõigist komisjonile esitatud avaldustest ning komisjoni hinnangutest, seega võib Terviseamet igatahes alustada menetlust ka iseseisvalt saadud info põhjal.

Siinkohal võib tuua näite Uus-Meremaalt, kus 80ndatel loodi anesteesiasuremuse hindamise komitee. Tervishoiutöötajatel, kes arvasid, et nende poolt läbi viidud anesteesiaprotseduur võis olla seotud patsiendi surmaga, oli seaduslik kohustus sellest koos asjassepuutuva infoga teatada. Komitee eesmärk polnud hinnata süüd, vaid uurida, millisel määral võis anesteesia surmale kaasa aidata ning kas seda oleks saanud vältida. Komitee järeldused edastati anesteesiaga tegelevatele asjapooltele, et järgmisi taolisi juhtumeid ennetada. Komiteele esitatud infot käsitleti konfidentsiaalsena. Komitee tegutsemise esimese aastakümne jooksul menetleti umbes 600 anesteesiaturma. Teatud hetkel toimus juhtumite raporteerimises märkimisväärne langus, kui anesthesioloogid said teada, et ühe juhtumi puhul oli politsei saanud komiteelt infot ning asjassepuutuv anesthesioloog mõisteti surma põhjustamise eest süüdi. Kui 1989. aastal saabus komiteele 68 anesteesiaturma teadet, siis 1991. aastal vaid 18 ning 1992. aastal 12. 1993. aastal teatas komitee esimees, et komitee on sisuliselt seeläbi

¹²⁸ T. M. Pope. Physicians and safe harbor legal immunity. – *Annals of Health Law*, 21, 2012, pp. 124.

¹²⁹ D. Dranove, Y. Watanabe. Influence and Deterrence: How Obstetricians Respond to Litigation against Themselves and Their Colleagues. – *American Law and Economics Review*, 12, 2010, pp. 69-94.

¹³⁰ R. C. Boothman, A. C. Blackwell, D. A. Jr. Campbell, E. Commiskey, S. Anderson (viide 116), lk 129.

¹³¹ Vt. käesolev töö lk 29.

muutunud toimimatuks.¹³² Kui seni hästi toiminud mittesüüline komisjoni vorm lakkas vaid ühe infolekke tagajärjel paari aastaga sisuliselt funktsioneerimast, siis kui suur on lootus, et Eelnõus sätestatud vormis tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon hakkab vahendama patsientide ja meditsiinisektori vahel kaasaegset avameelset dialoogi, kui komisjonil on lausa kohustus kogutud info järelevalveasutusele edastada.

Ehkki nii siseriiklikud huvigrupid, Euroopa Liit kui eksperdid mujal maailmas rõhutavad mittesüülise aruandlussüsteemi vajalikkust ning avameelse dialoogi kaudu ravivigade vältimist, üritatakse käesoleva Eelnõuga minna risti vastupidises suunas. Ükski süsteem pole täiuslik ning kahtlemata ei saa seda selliseks sundida ka karistusega hirmutamise. Tagatipuks on Eelnõus sätestatud väärted hetkel nii üldsõnalised ning laia kasutusvõimalusega, et vaid süvendavad ebakindlust tervishoiusektoris. Hirm süüdistuse ja avaliku hukkamõistu ees soodustab omakorda meditsiinilisest vaatenurgast tarbetut ravi, mis on patsiendile kurnav ja isegi ohtlik – kindlasti pole see kooskõlas Eelnõu eesmärgiga patsientide huve paremini kaitsta. Samuti on nõ üleravimine rahaliselt ja ajaliselt kulukas ning vähendab laiemas plaanis tervishoiuteenuse kättesaadavust üleüldiselt. Olukorras, kus jooksvalt on aktuaalne tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus, tundub tegemist olevat väga läbimõttlemata meetmega.

Individuaalse süü mudeli asemel on kerkinud mujal maailmas süsteemianalüüsi lähenemine. See põhineb inimliku eksimuse vältimatusel ning väitel, et kõigil süsteemidel on teatud hulk vältimatuid vigu, peamiselt juhtimis- ning kommunikatsiooniprobleemide tõttu. Mida keerukam süsteem, seda enam vigu seal tõenäoliselt tekib. Peamine argument süsteemianalüüsi lähenemise kasuks on ennekõike praktiline – süü individualiseerimine viib vigade summutamiseni ning takistab neist õppimist. Kultuuris, mis otsib süüdlasi ning patuoinaid, on raske leida ausust ja avameelsust. Seega vigade käsitlemine võimalusena neist õppida, on strateegiliselt parem samm, et vigu vähendada.¹³³ Autori arvates tuleks keskenduda võimalikult ökonoomse ning efektiivse süsteemi loomisele, mis keskendub patsiendi kannatuste ennetamisele ning hüvitamisele, mitte pookida olemasolevale süsteemile otsa täiendavaid karistusi ja kulutada lisavõhma tarbetule nõiajahile.

¹³² P. D. G. Skegg. Criminal Prosecutions of Negligent Health Professionals: the New Zealand Experience. – Medical Law Review, 6, summer 1998, pp. 242-243.

¹³³ O. Quick (viide 120) pp. 39.

3. Soome patsiendiseaduse võrdlus Eelnõuga

3.1. Kehtiv kord

Seletuskirjas on Eelnõu eeskujuna märgitud Põhjamaid (Soome, Norra, Taani, Island), kus patsientide õiguste valdkonda on reguleeritud eriseadusega. Soome oli esimene Põhjamaa, kes võttis vastu oma patsiendi õiguste seaduse. 1. märtsil 1993 jõustunud patsiendi staatuse ja õiguste seadusega ei olnud Soome mitte üksnes Põhjamaade, vaid kogu Euroopa esimene riik, kus hakati nimetatud õigusi seadusega reguleerima. Tegelikult kirjutas kriminaalõiguse professor Inkeri Attila juba 1944. aastal, et meditsiinilist ravi saab lugeda õigustatuks vaid siis, kui patsiendilt on saadud teadlik nõusolek. 60-ndatel hoogustus patsiendi õiguste alane diskussioon ja 80-ndatel hakati nõudma vastava seaduse koostamist.¹³⁴ Soome seaduse eesmärk polnud kehtestada ammendavat patsiendi õiguste nimekirja, vaid selgitada ning rõhutada keskseid põhimõtteid patsiendi õigustes. Seadus on peamiselt üles ehitatud tervishoiutöötajate ning –ametnike kohustustele.¹³⁵ Soome patsiendiseaduses käsitletakse patsiendina tervishoiu- ja põetusteenuseid kasutavaid või nende objektiks olevaid isikuid.¹³⁶ Soome patsiendiseaduse¹³⁷ ja Eelnõu regulatsioonid patsiendi õiguste ning tervishoiuteenuse osutaja tegevuse osas on sisuliselt peaaegu analoogsed. Esinevad küll mõned erisused, millest märkimisväärsematest alljärgnevalt.

Patsiendi õiguste osas sätestab Soome seadus patsiendi õiguse kohtlemisele, mis ei riiva tema au, väärikust ega privaatsust – Eelnõus on sees vaid privaatsuse säte. Arvestades tervishoiuteenuse osutamise suhte usalduslikku iseloomu – luba kellegil teisel näha, katsuda ja ravida oma keha ning jagada meie saladusi, hõlmab suurt usaldust¹³⁸ – on väärikuse eraldi rõhutamine siinkohal isegi põhjendatud. Soome patsiendiseadus ei nõua patsiendi kirjalikku nõusolekut raviks. Selle asemel on sõnastus leebem: patsienti tuleb ravida temaga vastastikusel arusaamises. Praktikas ei küsita patsiendi selgesõnalist nõusolekut igaks

¹³⁴ I. Pahlman. Patsiendi õigused Soomes. – *Juridica*, 1997, nr 2, lk 66.

¹³⁵ S. Mackenney, L. Fallberg (koost). *Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare*. Radcliffe Medical Press Ltd, United Kingdom, 2004, lk 26.

¹³⁶ M. Arpo, M. Kingisepp. Raviteenuse osutamise tsiviilõiguslikest alustest. – *Juridica*, 2000, nr 7, lk 457.

¹³⁷ Act on the status and rights of patients, No. 785/1992. – Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf> (26.03.2013)

¹³⁸ O. Quick (viide 120), pp. 35.

väikeseks protseduuriks, aga kui patsient keeldub teatud tüüpi meetmest, peavad tervishoiutöötajad leidma teise meditsiiniliselt aktsepteeritava meetodi tema ravimiseks.¹³⁹ Veel üks sümpaatne näide Soome patsiendiseaduses on säte, mis ütleb selgesõnaliselt, et vajadusel tuleb koostada raviplaan ühises arusaamises patsiendi ning tema lähedastega, kus on ajagraafik uuringute, ravi ning rehabilitatsiooni kohta. Eelnõu räägib küll näiteks ravivõimaluste selgitamisest, kui patsient ei vaja vältimatut abi ega kiirabi, samuti edasiste ravijuhiste andmisest teenuse osutamise lõpetamisel, aga raviplaanist Eelnõu ei räägi – samuti pole seda täpsemalt käsitletud teistes tervishoiuvaldkonna seadustes.

Veel üheks erinevuseks on Soome patsiendiseaduse nõue, et ravi käigus tuleb võimaluse piires arvestada patsiendi emakeelega. Samas viidatakse seaduses hiljem patsiendi õigustele kasutada nii soome kui rootsi keelt ja saada valitud keeles ka dokumente – töö autori arvates peabki seadus keelega arvestamise all põhiliselt silmas võimalust saada abi ka Soome teises riigikeeles – rootsi keeles. Lisaks peab tervishoiutöötaja võõrkeeles rääkiva, puudega või kõneedefektiga patsiendi puhul võimalusel kasutama tõlki. Eelnõus võib ligilähedaseks sättes pidada § 13 lg 2-e, mis kohustab tervishoiuteenust osutavat isikut andma patsiendile teavet arusaadaval viisil. Neurokirurg Andres Ellamaa on sättest aru saanud järgmiselt: „Eelnõus on ka kinnitus, et kui arst ja haige ei leia suhtlemiseks ühist keelt, siis on arsti kohus leida tõlk. Eestis pidavat olema üle 130 eri rahvuse, mis tähendab, et tal peaks olema tagataskus ka samapalju tõlke. Tõlgi palkamist arsti kohuseks teha ei saa. Seni, kuni Eesti Vabariigis on riigikeel eesti keel, taolist seadusesätet küll tekkida ei tohiks.“¹⁴⁰ Autori arvates sellist nõuet Eelnõust siiski välja lugeda ei saagi, sest Seletuskiri räägib selle sätte puhul patsiendile arusaadavate mõistete kasutamisest – s.o meditsiinilise keele „tõlkimist“ tavalisele inimesele arusaadavasse vormi. Ehkki praktikas üritatakse Eestis patsiendi emakeelega ka praegu võimalusel arvestada, on see tegelikult küsimus, mis nii riigi elanike rahvuslikku jagunemist, kui kasvõi üha laienevat EL patsientide vaba liikumist arvestades on arutlemist väärt.

Alaealiste ning patsiendi lähedaste teavitamise küsimus on Soome seaduses reguleeritud üsna sarnaselt Eestis praegu kehtiva korraga. Alaealiste arvamust tuleb vastavalt võimalusele ning arenguastmele arvestada, aga konkreetseid vanusepiire pole paika pandud. Soome seaduse koostamisel pakuti välja ka variant 12-aastase vanusepiiri kehtestamiseks, aga otsustati siiski paindlikuma variandi kasuks.¹⁴¹ Küll sätestab seadus arengutasemelt või vanuselt piisavalt

¹³⁹ S. Mackenney, L. Fallberg. (koost) (viide 135), lk 26.

¹⁴⁰ Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid (viide 27).

¹⁴¹ S. Mackenney, L. Fallberg (koost) (viide 135), lk 26.

pädeva alaealise õiguse keelata vanemale või eestkostjale infot väljastada. 15-18-aastaste alaealiste puhul sätestab ainuteavitamisõiguse ka Eelnõu. Usaldusisiku mõistet Soome patsiendiseaduses pole ning räägitakse vaid pereliikmest, seaduslikust esindajast või „muust lähedasest isikust“. Lisaks rõhutatakse korduvalt patsiendi varem avaldatud tahte tähtsust – s.t isegi kui patsient mingil põhjusel enda eest otsustada ei saa, tuleb ennekõike uurida patsiendi varasemat tahet ning alles siis tuleb mängu lähedase otsus.

Patsiendinõuniku analoog Soomes on patsiendi ombudsman. Nimelt on ette nähtud, et tervishoiuasutuste juurde tuleb luua patsiendi ombudsmani ametikoht, kusjuures üks ombudsman võib vajadusel töötada ka kahes või enamas tervishoiuasutuses.¹⁴² Väärib märkimist, et Soomes on patsiendiombudsmani valimine ja määramine jäetud tervishoiuasutuse hooleks¹⁴³ – kohaliku Eelnõu järgi oleks tegemist Terviseameti¹⁴⁴ ametnikuga. Ühest küljest võib Soome variant tekitada patsientidepoolset umbusku nõustaja erapooletuses, teiselt poolt võib Eestis välja pakutud variant muuta kahtlevaks arstid ning haiglad. Eelnõus on nõunike võrgu loomine jäetud lahtiseks,¹⁴⁵ aga kindlasti on suuremates tervishoiuasutustes patsiendinõuniku kättesaadavus patsiendi jaoks parim. Soome ombudsmani funktsioonid on sisuliselt samad patsiendinõuniku omadega – ombudsman peab patsiendile nõu andma seaduse tõlgendamise küsimustes, aitama patsienti kaebuste vormistamisel ja õigusliku vastutuse küsimuste lahendamisel ning ka muul moel. Kõige üldisem patsiendi ombudsmani ametinimetuse oleks sotsiaaltöötaja. Ombudsmani töö edukuse tagavad hea suhtlemisoskus, oskus inimesi ära kuulata ja lepitada.¹⁴⁶ Ka Eelnõus on patsiendinõuniku kutsenõuetes juristi või arsti kutse kõrval nimetatud sotsiaaltöötaja kutse võimalust.

Miinuspoolena on Soome patsiendiombudsmanide süsteemi puhul välja toodud, et kuna väiksemates tervishoiuasutustes pole eraldi täiskohaga töötajal mõtet, siis täidab patsiendiombudsman oma tööülesandeid enamasti oma tavalise töökoha – s.o sotsiaaltöötaja- või õe ameti – kõrvalt. See on aeg-ajalt tekitanud küsimusi patsiendiombudsmanide endi seas, kas nad ei peaks end teatud küsimuste arutamisel nõ diskvalifitseerima. Lisaks ei ole

¹⁴² I. Pahlman (viide 134), lk 68.

¹⁴³ Complaints Procedure. Valvira. National Supervisory Authority for Welfare and Health. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.valvira.fi/en/supervision_guidance/healthcare/complaints_procedure (12.04.2013)

¹⁴⁴ S.o ühtlasi järelevalvet teostava ameti.

¹⁴⁵ Vt. käesolev töö lk 31.

¹⁴⁶ I. Pahlman (viide 134), lk 68.

ombudsmanidele sätestatud konkreetseid haridusnõudeid. Uuringud näitavad, et see võib kaasa tuua täiesti ebapädevate isikute määramist kohale ning samuti on osalise ajaga töötavatel ombudsmanidel probleeme ombudsmani ja põhitöö ülesannete vahel aja jagamisel. Samuti on patsiendiombudsmanide töökoormus väga madal – ühes uuringu järgi veetis enamik ombudsmane vähem kui tund nädalas oma tööülesandeid täites ning neil oli vähem kui kaks patsiendikontakti aasta jooksul. Lisaks ei saa valdav enamik patsiendiombudsmane oma tööülesannete täitmise eest tasu. Kokkuvõttes ei pruugi taoline süsteem garanteerida ühtlast kvaliteeti, ehkki ombudsmanide koolitamine on Soomes kasvanud.¹⁴⁷

Ülejäänud Eelnõuga paralleelide toomise võimalus peaaegu puudub – teadusuuringu ja kliinilise õppetöö küsimust Soome patsiendiseadusega ei reguleerita ning vaidluste lahendamise korra kohta on mainitud vaid võimalust esiteks pöörduda kaebusega tervishoiuteenuse pakkuja poole, samuti tervishoiuteenuse järelevalveorganite poole. Kahju hüvitamise kontekstis on nimetatud hagimenetlust ning patsiendikahju seadusel põhinevat kahjude hüvitamise süsteemi.¹⁴⁸ Ka järelevalve korralduse kohta pole otseselt seaduses midagi öeldud. Ainuke viide karistamisele on Soome seaduses saladuse hoidmise kohustuse rikkumise eest, mis viitab Soome karistuskodeksile. Sarnast rikkumist pole Eelnõu vastutuse osas üldse sätestatud. Küll on delikaatsete isikuandmete¹⁴⁹ töötlemise nõuete rikkumise väärteokoosseis sätestatud isikuandmete kaitse seaduses.¹⁵⁰

Mis puutub Soome kaebuste süsteemi, siis järelevalveorganite poole pöördumise juhendites rõhutatakse ennekõike erimeelsuste lahendamist otse allika juures, ehk tervishoiuteenuse osutaja juures.^{151 152} Järelevalve süsteem koosneb kuuest piirkondlikust järelevalveasutusest ning üleriiklikust tervishoiu järelevalveasutusest nimega Valvira.¹⁵³ Üleriiklik asutus tegeleb vaid raskete vigastuste või surmaga seonduvaid kaebusi ning ülejäänutega tegelevad piirkondlikud asutused.¹⁵⁴ Peamiselt saab Valvira ning piirkondlikud järelevalveasutused teha

¹⁴⁷ S. Mackenney, L. Fallberg (koost) (viide 135), lk 27.

¹⁴⁸ Vt. käesolev töö lk 47.

¹⁴⁹ Mida enamik tervishoiuteenuse osutamise seotud andmetest ka on.

¹⁵⁰ IKS (viide 11).

¹⁵¹ Complaints Procedure (viide 143).

¹⁵² Complaint. Finnish Patient Insurance Centre. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/Patient-rights/Complaint/> (12.04.2013)

¹⁵³ What is Valvira. Valvira. National Supervisory Authority for Welfare and Health. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.valvira.fi/en/valvira> (12.04.2013)

¹⁵⁴ Complaints Procedure (viide 143).

tervishoiuasutusele noomituse või juhtida tähelepanu korrektsele teguviisile. Vajadusel võib kohaldada ka karistuslikku makset või piirata tervishoiuasutuse tööd rikkumise lõpetamiseni või koguni lõplikult. Enamiku kaebuste puhul siiski mittevastavat käitumist ei tuvastata. Üks neljast menetletud kaebusest toob üldse kaasa mingeid tagajärgi ning väga harva on tagajärjed tõsisemad, kui administratiivne suunamine ja tervishoiuteenuse pakkuja kohasele käitumisele tähelepanu juhtimine.¹⁵⁵

3.2. Tugisüsteemid

Soome patsiendiseaduse konteksti mõistmiseks tasub heita pilk ka laiemale taustale, mis aitab ehk aru saada, miks sealse patsiendiseadusega vaidluste lahendamise ning kahju hüvitamise korda ei reguleeritud. Soomes võeti tegelikult juba enne patsiendiseaduse loomist – s.o 1986. aastal vastu patsiendikahju seadus, millega rakendus Soomes tervishoiutöötajate süüd mittearvestav meditsiinikahjude kompenseerimise süsteem.¹⁵⁶ Põhjamaades on mittesüütlised kahju hüvitamise süsteemid levinud lahendus. Algust tegi Rootsi 1975. aastal, ehkki sealse süsteemi näitajaid on aja jooksul kohendatud. Siiski said Rootsi mudelist inspiratsiooni oma mittesüütlise süsteemide loomiseks Soome, Norra (1988. aastal) ja Taani (1992. aastal). Süsteemidel on mõningased erinevused, mis põhinevad riiklikel eelistustel teatud küsimustes.¹⁵⁷ Näiteks põhines Rootsi kompensatsioonimehhanism tervishoiuteenuse osutaja ja kindlustuskompanii vabatahtlikul kokkuleppel. Soomes on aga taolise kokkuleppe sõlmimine seadusega kohustuslikuks tehtud.¹⁵⁸ Kindlustusmaks sisaldub juba Soome arstide liidu liikmemaksus ja on tänu kollektiivsele leppele ka oluliselt soodsam. Muidugi on seal määrava tähtsusega tõik, et 98% arstidest on ka arstide liidu liikmed.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Consequences of a complaint. Valvira. National Supervisory Authority for Welfare and Health. Arvutivõrgus kättesaadav:

http://www.valvira.fi/en/supervision_guidance/healthcare/complaints_procedure/consequences_of_a_complaint (12.04.2013)

¹⁵⁶ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar. No-fault compensation schemes for Medial injury: a review. – Scottish Government Social Research, 2010, lk 43.

Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00394407.pdf> (12.03.2013)

¹⁵⁷ Samas, lk 37.

¹⁵⁸ S. Lötjönen. Meditsiinikahjude kompenseerimine Soomes. – Juridica, 1997, nr 2, lk 69-71. Arvutivõrgus kättesaadav: http://juridica.ee/juridica_et.php?document=et/articles/1997/2/23090.SUM.php (27.03.2013)

¹⁵⁹ A. Lehtmets. Vastutuskindlustus peab saama kohustuslikuks. – Eesti Arst. Arvutivõrgus kättesaadav: http://eestiartst.ee/static/files/033/vastutuskindlustus_peab_saama_kohustuslikuks.pdf (04.04.2013)

Soome patsiendikahju seaduse tähtsaim uuendus on see, et enam pole kompensatsiooni saamiseks vaja tõestada meditsiinitöötaja süüd. Tervishoiu ja arstiabi õiguslike tagatiste komisjon motiveeris seda järgmiselt.

1. Suurenenud töömaht ja uute tehnoloogiate kasutamine koos suurema tööjaotusega on suurendanud patsiendikahjude esinemise võimalust.
2. Patsiendikahju hüvitamise süsteemi muutmine aitab suurendada nii patsiendi kui meditsiinitöötaja õigusi.
3. Käesolev süsteem suurendab vastastikust usaldust.
4. Kogutud andmeid kompensatsioonide kohta võiks kasutada kahjude ennetamiseks.¹⁶⁰

Soomes tegeleb kõigi süsteemi raames esitatud kaebustega Patsiendikindlustuse keskus, mille üle teostab omakorda järelevalvet Patsiendi vigastuste nõukogu. Nõukogu annab ühtlasi praktika põhjal välja soovitusi ravivigade vältimiseks. Eelnimetatud organisatsioonide kulud kantakse haiglate ja teiste tervishoiuteenuse pakkujate kindlustusmaksetest. Patsiendi vigastuste nõukogul pole õigust uurida tervishoiutöötajate vastutuse- või distsiplinaarküsimusi, selleks tuleb kaebus teha otse riiklikusse järelevalveasutusse.¹⁶¹ Väärub märkimist, et samuti ei saa järelevalveasutuses kaebuse rahuldamisel taotleda rahalist kompensatsiooni – pöörduda tuleb ikka eraldi Patsiendikindlustuse keskusesse – ning süsteemid on täielikult eraldatud.¹⁶²

Hüvitise taotlemiseks peab patsient vastama järgmisele viiele nõudele:

1. patsiendil peab esinema kehaline vigastus;
2. vigastus peab olema põhjuslikus seoses tervishoiuteenuse osutamisega;
3. vigastatud isik peab olema justnimelt patsient seaduse selles tähenduses;
4. vigastus tekkis patsiendi vigastuse seaduse kehtivuse ajal;
5. vigastus tekkis Soome geograafilistes piirides.¹⁶³

Patsiendi vigastuse seadus loetleb seitse olukorda, millal vigastust kompenseeritakse:

1. raviviga;
2. infektsioon;

¹⁶⁰ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁶¹ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar (viide 156), lk 43-46.

¹⁶² Consequences of a complaint (viide 159).

¹⁶³ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar (viide 156), lk 44.

3. õnnetusega seotud vigastus;
4. meditsiinitehnikaga seotud vigastus;
5. vigastus tuleneb tehnikale või ruumidele tekkinud ettenägematust kahjustusest;
6. ravimite ebakorrektnel manustamine;
7. ebamõistlik vigastus (ebaproportsionaalne patsiendi algse haiguse või vigastusega; patsiendil kaasneb püsiv haigus, vigastus või surm).¹⁶⁴

Tähtsusetuid vigastusi selle süsteemi järgi ei hüvitata. Vigastus on tühine, kui see põhjustab vaid kerget valu või kannatusi, ei ole püsiv või ei ületa kaasnevad kulud 200 eurot.¹⁶⁵ Ravi ja kahju vahelise põhjusliku seose hindamisel tuleb silmas pidada ka ühte täiendavat asjaolu. Nimelt kui patsient on oma otsese hooletuse tõttu kaasa aidanud kahju tekkele (näiteks pole käinud kontrollis), siis makstakse hüvitist vaid piiratud ulatuses.¹⁶⁶ 85% esitatud kaebustest on ravivead, umbes kolmandik kaebustest rahuldatakse. Hüvitis hõlmab ravikuluseid, kuid vajalikke kulutusi vigastuse raviga seoses, ajutise töövõimetuse hüvitist, püsiva töövõimetuse hüvitist, püsiva kosmeetilise kahjustuse hüvitist, sissetuleku kaotuse hüvitist, teatud pereliikmete kulutuste või hooldajakulude hüvitist, elu kaotusega seotud kuluseid (matused, toitjakaotuspension jne).¹⁶⁷

Patsiendikahju seaduse kontekstis kuuluvad tervishoiu ja arstiabi teenuste hulka lisaks traditsioonilistele ravitoimingutele (meditsiiniline läbivaatus, ravi ja rehabilitatsioon) ka näiteks psühhoteeraapia, vaktsineerimine, veredoonorlus, prillide väljakirjutamine, arstirohtudeta ravimine, osteopaatia, kõnehäirete ravi. Hõlmatud on ka need isikud, kes vabatahtlikult osalevad mingis kliinilises uurimisprogrammis.¹⁶⁸ Patsiendikahju seadust on muudetud ühel korral – 1999. aastal, kui muudeti peamiselt infektsiooni ja ebamõistliku vigastusega seotud regulatsiooni rangemaks ning rohkem sõltuvaks vigastusega kaasnevate asjaolude igakülgses hindamisest. Näiteks infektsioonidest hüvitatakse nüüd enamasti sellised, mis on haruldased ning ootamatud.^{169 170}

¹⁶⁴ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar (viide 156), lk 44.

¹⁶⁵ Samas, lk 44.

¹⁶⁶ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁶⁷ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar (viide 156), lk 45.

¹⁶⁸ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁶⁹ Differences between old and new legislation. Finnish Patient Insurance Centre. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pvk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Differences-between-old-and-new-legislation/> (15.04.2013)

Ehkki patsiendil on õigus ka tavalisele, tsiviilkohtumenetluse vahendusel aset leidvale kahjude hüvitamisele, pöörduakse väga vähe ravivastutuse kaebustega kohtutesse. Samuti vähenesid süsteemi rakendumisel oluliselt süülisel vastutusel põhinevad kaebused ning väga harva esineb meedikute tegevusega seotud kriminaalasju.¹⁷¹ Väidetavalt on kohtusse jõudvate kaebuste osakaal koguni 0,3%.¹⁷² 2010. aastal esitati kohtusse ühtekokku 21 patsiendikahju hagi. Patsienivigastuste keskuse hinnangul on see arv aastate lõikes stabiliseerunud.¹⁷³ Patsiendikahju hüvitamise süsteemi alusel esitatavate kaebuste arv on suur ning näitab kasvutrendi, samuti rahuldatakse ligi pool hüvitisnõudeid. Saadavad hüvitised on Soomes keskmiselt 10 000 eurot patsiendi kohta.¹⁷⁴ Regressi korras saab nõuda asjaomaselt tervishoiuasutuselt hüvitatu tagasimaksmist, aga seda vaid juhul, kui kahju põhjustas tahtlik tegutsemine või raske hooletus. Tervishoiuasutust ei saa täielikult süüst vabastada. Tegelikult on ühing seda volitust väga harva kasutanud.¹⁷⁵

Nagu näha, lahendatakse Soomes valdav osa patsiendikahju juhtumitest mittesüülise kahjude hüvitamise süsteemi kaudu ning tsiviilhagide ja kriminaalalaste osakaal on marginaalne. Ühest küljest on kahjude hindamise ning hüvitamise süsteem avatud ja mittekarakteristava iseloomuga – kahjude menetlejatel puudub õigus vastutusküsimusega tegeleda. Teisest küljest võtab süsteem arvesse patsiendi ning tervishoiuteenuse pakkuja rolli olukorra tekkimisel, kohandades vastavalt hüvitist või jättes endale õiguse nõuda hüvitis tervishoiuteenuse osutajalt välja. Tekkinud laialdase praktika põhjal antakse omakorda välja soovitusi ravivigade vältimiseks, mistõttu võib autori hinnangul öelda, et tegemist on musternäitega varem mainitud Euroopa Liidu Nõukogu soovitustest patsiendi ohutuse tagamise kohta.¹⁷⁶ Soome on oma süsteemi puhul aluseks võtnud kaasaegsetele süsteemidele omase vigade

¹⁷⁰ Infection injury. Finnish Patient Insurance Centre. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pyk.fi/en/What-should-I-do-if/What-is-compensated-for/Compensable-injuries/Infection-injury/> (15.04.2013)

¹⁷¹ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁷² 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 20.
http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf (12.04.2013)

¹⁷³ Patient insurance centre annual report 2010. Finnish Patient Insurance Centre. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pyk.fi/en/Patient-Insurance-Centre/Patient-Insurance-Centre-annual-report-2010/> (15.04.2013)

¹⁷⁴ The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe (viide 172), lk 17-28.

¹⁷⁵ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁷⁶ Vt. käesolev töö lk 36.

tekkimise vältimatuse ning vastastikuse usalduse suurendamise – väärib rõhutamist, et seda juba üle 20 aasta tagasi. Seega on Soome kindlasti hea eeskuju, kellest meie tervishoiuvaldkonna reguleerimisel eeskujule võtta, ent seda koos süsteemse vaatega tervesse asjaajamiskorda, mitte kitsalt ühe seaduse piiresse jäädes.

3.3. Analoogse vastutuskindlustuse süsteemi kohaldamisest Eestis

Soome patsiendikahjude hüvitamise süsteem on kahtlemata ahvatlev lahendus nii patsientide kui tervishoiuteenuse pakkujate vaatenurgast. Soome eeskujule tuginevat mittesüülise vastutuskindlustuse süsteemi soovitab ka Kindlustusseltside Liit.¹⁷⁷ Samas tuleb siiski arvestada, et Soome on heaoluriik, kus on loodud ulatuslik tervishoiu, sotsiaalhoolekande, haridus ja hooldekodude võrk. Enamik heaoluriigi funktsioonidest tuleb täita kohalikel omavalitsustel või omavalitsusliitudel, finantsilise külje eest hoolitsevad nii riik kui omavalitsused. Seoses 90-ndate aastate majanduslangusega oli valitsus sunnitud mõningal määral neid kulutusi kärpima. Näiteks lubati omavalitsustel kehtestada tervishoiu aastamaks. Omavalitsuse põhikohustused on seadustes fikseeritud ja nii tuleb vastavaid teenuseid igal juhul osutada. Selgitamaks avaliku tervishoiu tähtsust Soomes, peab ütlema, et riigi ja omavalitsuste poolt pakutava arstiabi osakaal on alati suur olnud. Praegu katab 80% kõigist tervishoiule minevatest kulutustest riik.¹⁷⁸

Soomes esitatakse aastas umbes 8000 nõuetekohast patsiendikahjude hüvitamise taotlust, millest umbes 35% ka rahuldatakse.¹⁷⁹ Eesti vastavad näitaja oleks järelkult umbes 2000 taotlust, millest rahuldataks ca 700. Nagu juba mainitud, on keskmine kahjuhüvitis Soomes 10 000 eurot, samas suurusjärgus on hüvitised Rootsis, kuid Taanis küündib see summa koguni 22 610 euroni.¹⁸⁰ Võttes siiski aluseks Soome praegused näitajad, tähendaks samas suurusjärgus hüvitised ning taotluste arv Eestis vastavalt umbes seitsme miljoni euro suurust kogukulu hüvitistele aastas.

¹⁷⁷ 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“ (viide 104).

¹⁷⁸ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

¹⁷⁹ The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe (viide 172), lk 19.

¹⁸⁰ Samas, lk 20.

Tõenäoliselt oleks Eestis sama süsteemi järgi makstavad keskmised hüvitised mõnevõrra madalamad – seda juba töövõimetuse hüvitiste, sissetuleku kaotuse hüvitiste ning kasvõi matusekulude väiksemate suurusjärgude tõttu. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi juhataja Raul-Allan Kiivet on koguni arvanud, et kogukulu piirduks paari miljoni euroga aastas.¹⁸¹ Tähelepanu tasub juhtida ka sellele, et saamata jäänud töötasu ning vajaduse tervishoiuteenuste, ravimite ja abivahendite järele katab ka praegu suures ulatuses Eesti Haigekassa ravikindlustuse kaudu,¹⁸² seega vähemalt selles osas ei lisanduks täiendavaid kulutusi. Samuti oleks võimalik otseseid kulusid reguleerida näiteks nõ tähtsusetute vigastustega kaasnevate kulude alampiiri tõstmisega. Sedasi hüvitataks ühisest kassast vaid sedavõrd tõsised juhtumid, mille puhul ka praegu tõenäoliselt kohtusse mindaks.

Kindlustusseltside Liidu poolt välja pakutud lahendus toetub liikluskindlustuse mehhanismile. Luuakse ühtne keskus, mille liikmed on Eestis kahjukindlustust pakkuvad kindlustusandjad. Kahjukäsitus on keskne ning see võimaldab mugava asjaajamise, patsiendikesksuse, kompetentsi ja ühtsed standardid.¹⁸³ Arvesse tuleb võtta, et Soomes ongi kasutusele võetud ka rida teisi isikule tekitatud kahjude kompenseerimise süsteeme. Patsiendikahju kompenseerimise süsteemi kõrval on veel kasutusel liiklusõnnetustega tekitatud kahjude kompenseerimise süsteem, tööõnnetustega tekitatud kahjude kompenseerimise süsteem ja ravimitega põhjustatud kahjude kompenseerimise süsteem. Et kõigi nende kompensatsioonisüsteemidega toime tulla, on moodustatud kindlustuskompaniide ühendus, mis tegelebki taoliste kahjude hüvitamisega. Seda ühendust finantseeritakse kindlustussummadest ja ei lähtuta kasusaamise printsiibist.¹⁸⁴ Viimane on kindlasti samuti üks kulude kontrolli all hoidmise võtmesõnadest.

Soome süsteemi puhul ei tasu keskenduda vaid rahalisele küljele, paljud olulised nüansid – näiteks vigadest õppimine – ei nõua suuri kulutusi, vaid põhimõtete muutmist. Soome viimane patsiendikaitse strateegia (2009-2013) seab peamiseks eesmärkideks just patsiendi turvalisuse kaitsmise ennetava õppimise läbi, kõigi intsidentide teatamise ning neist õppimise. Muidugi rõhutatakse sealjuures veel süstemaatilisust ning adekvaatsete ressursside

¹⁸¹ R.-A. Kiivet. Patsiendikaitsest ja arstikindlustusest. – Eesti Arst, 2010, 89(12), lk 779-780. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.eestiarst.ee/static/files/020/ea1012lk778-780.pdf> (08.04.2013)

¹⁸² A. Nõmper (viide 101), lk 377.

¹⁸³ 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“ (viide 104).

¹⁸⁴ S. Lötjönen (viide 158), lk 69-71.

võimaldamist tervishoiusüsteemile.¹⁸⁵ Kahjuks tuleb nentida, et tervishoiusektori ressurside küsimus on Eesti murelaps juba pikemat aega. Tervishoiu alarahastamisest räägitakse lugematutes arvamustes ning analüüsidest ja tervishoiukulutused Eestis (väljendatuna %-na SKTst) on oluliselt väiksemad kui teistes euroliidu maades. Samuti pole plaanis rahastamist märkimisväärselt suurendada. Kui 2006. aastal loodeti tervishoiu finantseerimisega 2050. aastaks jõuda 6,5%-ni SKT-st (jättes meie tervishoiu finantseerimise aastakümneteks euroliidu halvimaks),¹⁸⁶ siis viimastel aastatel on nimetatud näitaja pigem veelgi kahanenud.¹⁸⁷

Ehkki Soome kahjuhüvitussüsteemi analoog tekitaks igatahes otsest lisakulu, rõhutab autor eelnevale analüüsile tuginedes, et ka hetkel Eelnõus välja pakutud lahendus võib tekitada täiendavaid kulusid,¹⁸⁸ mida on sealjuures hoopis raskem ennustada ning kontrollida. Sellega langeks tervishoiusüsteemi efektiivsus. Lisaks tuleb silmas pidada, et Haigekassa annab raha selleks, et inimesi terveks ravida, kuid mitte selleks, et kahjuhüvitisi maksta. Seega iga sent, mille haigla peab välja maksma kahju hüvitamiseks või trahvide tasumiseks, tuleb kellegi arvelt – pikenevad ravijärjekorrad, jäetakse meditsiiniseadmed uuendamata või ruumid remontimata jne.¹⁸⁹ Ka praegune mudel tekitab omajagu kulusid, kuigi arvestatud tundub olevat vaid seda, et see on riigile kõige mugavam ja väikseimate otsekuludega mudel. Kohtusüsteem on ju olemas ja rahastatud ning kohtutee kõigile avatud. Riik ei hüvita kellelegi midagi, vaid seda teeb haigla – seega otseseid kulusid riigil ei olegi. Ainus kulu ongi tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni kogukulu (sh kõik töötasud ja eksperditasud koos sotsiaalmaksuga) 23 800 eurot aastas.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Promoting patient safety together. Finnish Patient Safety Strategy 2009-2013. – Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.stm.fi/en/publications/publication/-/julkaisu/1383571#en> (12.04.2013)

¹⁸⁶ A. Kork, V. Sinisalu. Eesti tervishoiu jätkusuutlikkusest lähiaastatel. – Eesti Arst. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eestiartst.ee/static/files/078/eesti_tervishoiu_jatkusuutlikkusest_lahiaastatel.pdf (10.04.2013)

¹⁸⁷ Tervishoiu kogukulude osakaal SKP-st jätkas 2011. Aastal langemist. – Tervise Arengu Instituut. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/1520-tervishoiu-kogukulude-osakaal-skp-st-jatkas-2011-aastal-langemist> (10.04.2013)

¹⁸⁸ Vt. käesolev töö lk 40.

¹⁸⁹ A. Nõmper. Meditsiiniõiguslik tagasivaade aastale 2010. – Eesti Arst, 2011, 90(8), lk 391. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eestiartst.ee/static/files/017/ea1108lk390-392.pdf> (04.04.2013)

¹⁹⁰ A. Nõmper (viide 101), lk 378.

Praxise vastutuskindlustuse teemalisel mõttehommikul nenditi, et Eesti peab lähiajal otsustama, kas tagatakse nii oma- kui ka välismaistele patsientidele kaitse arstiabi käigus tekkinud tervisekahjustustega toimetulekuks süüdistava või mittesüüalise menetluse toel.¹⁹¹ Samas annab see suurepärase võimaluse töötada välja kõige efektiivsem lahendus mitte kitsalt mõne ministeeriumi või avaliku sektori kulusid silmas pidades, vaid võttes ühtlasi arvesse erasektori kulusid, asjaajamisele kulunud aega ning asjaosaliste rahulolu ja turvalisust. Andres Lehtmets on viidanud, et juba praegu on suur osa eraõiguslikke tervishoiuteenuste pakkujaid end võimalike vigade vastu kindlustanud ja oleks igati loogiline selline kindlustus ka seadusega kohustuslikuks teha. On ju kahetsusväärne, kui arst, eriti füüsilisest isikust ettevõtjana tegutseja, näilisele kokkuhoiule lootes end kindlustamata jätab ja tõsisema kahjunõude korral oma tegevuse lõpetama peab. Teiselt poolt annab seadusega sätestatud kohustus kindlustuse võtmiseks ka õiguse vastavad kulud tervishoiuteenuse hinna sisse arvata; muidu me aina jätkame seda praktikat, kus kõik uued kuluartiklid kantakse juba olemasoleva napi tervishoiuressursi arvelt ja teenuste hinnad hoitakse kunstlikult madalad.¹⁹²

Hirmude vähendamisel ning avameelse suhtluse tekkimisel tuleb lisaks vigastuste kompenseerimisele mõelda nende ennetamisele. Levinud väärarusaama kohaselt on tervishoiuküsimustes hagejad peamiselt kasuahned oportunistid. Ehkki kompensatsioon on selgelt üks faktor hagemisotsuse kasuks, loodavad patsiendid ning nende lähedased õiguslike meetmete kasutamisel enam, muuhulgas on üheks faktoriks mure, et sama viga võib juhtuda ka järgmiste patsientidega.¹⁹³ Avameelses suhtluses võib koguni selguda, et probleemi tegelikult polegi. Näiteks Peeter Mardna on leidnud, et arsti-patsiendi konflikti peamiseks põhjuseks pole enamasti mitte arstlik viga, vaid suhtlemisprobleem, kus arst ei arvesta, et temale rutiinne kliiniline situatsioon on patsiendi ja tema lähedaste jaoks ainulaadne ja maailma kõige tähtsam ning patsient ei saa aru, miks arst talle kaasa ei ela. Patsiendi jaoks ei pruugi piisata selgitustest, et meedikud tegid kõik nii, nagu peab, ja paremini ei saa, sest tema tervis ei ole enam see mis enne ja ta vajab täiendavat abi.¹⁹⁴

Kehtiv mehhanism probleemide lahendamiseks põhineb vastandamisel, kuid peaks püüdlema mõistmise ja empaatia poole, mis tunnistaks, et vead ja eksimused on loomulik osa elust ning

¹⁹¹ 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“ (viide 104).

¹⁹² A. Lehtmets (viide 159).

¹⁹³ R. C. Boothman, A. C. Blackwell, D. A. Jr. Campbell, E. Commiskey, S. Anderson (viide 116), lk 133.

¹⁹⁴ R.-A. Kiivet (viide 181), lk 779.

see laieneb kahjuks ka meditsiinile. Näiteks haiglaravi käigus võib patsiendiga oodatud paranemise asemel juhtuda ka vastupidine. Olgu siin tüsistuste näideteks haavainfektsioon või lamatised või kukkumised, mis põhjustavad vaevusi, pikendavad paranemisperioodi ning tekitavad suurenenud hooldusvajaduse tõttu lisakulusid patsiendile ja tema lähedastele.¹⁹⁵ Patsiendi vaatenurgast pole suurt vahet, kas tema kannatused tulenevad kellegi veast või näiteks asjaolude õnnetust kokkulangemisest. Ennekõike on patsiendil tarvis abi tervise taastamisel ja tavapärasesse ellu naasmisel, mitte aastatepikkust kohtusaagat lootuses, et äkki jääb keegi siiski süüdi ning hüvitab viimaks tekkinud kulud.

Praegu kardetakse konfliktis juhtunut lahti seletada, sest tunnistusele võib rajada kohtuasja ja kahjunõuded. Samas puudub Eestis mehhanism, mis aitaks konflikte arstiabis leevendada või rahumeelselt lahendada. Muidugi, meil on tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon ja Sotsiaalministeeriumi veebilehel on juhtnöörid, kuidas rahulolematuse korral esitada komisjonile kaebust või avaldust. Komisjon annab avaldusele oma hinnangu ja võib teha ettepanekuid järelevalvemenetluse algatamiseks. Mida võidab sellest aga patsient? Ei midagi ja tema ainsaks võimaluseks saada rahalist kompensatsiooni on esitada kahjunõue raviasutuse või arsti vastu kas kohtu kaudu või kohtuga ähvardades otsida kohtuvälist lahendust.¹⁹⁶ Praegu jõuab Eestis tervishoiuteenuse kvaliteedi valdkonnas kohtusse väga väike arv asju võrreldes isegi tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni tuvastatud rikkumistega. Arstlikku tegevust puudutavate kohtukaasuste arvu vähesus võib olla seotud sellega, et pooled eelistavad vaikselt omavahel kokku leppida ja mitte suure käraga kohtus vaielda, samuti sellega, et patsiendil on kohtus väga raske ja väga kallid mittekvaliteetsed ravi tõendada.¹⁹⁷ See ei võimalda tegelikult saada ülevaadet probleemsetest olukordadest.

Soome mittesüülisest kahjude hüvitamise süsteemist eeskuju võttes ei tasu kindlasti ära unustada vigadest õppimise poolt, s.t taotluste menetlemisel praktika uurimist. Soome Patsiendi vigastuste nõukogu kogub ja analüüsib suurt hulka andmeid kaebuste, menetluste ja tulemuste kohta mittesüülisest süsteemi raames. On selge, et Soomes on olemas vahendid ning süsteemid ravivigadest tulenevate sündmustega tegelemiseks, samuti patsiendi turvalisusega seotud andmete kogumiseks ja analüüsiks. Tõsi küll – samas pole selge, kui palju ametkonnad

¹⁹⁵ R.-A. Kiiwet (viide 181), lk 779.

¹⁹⁶ Samas, lk 779.

¹⁹⁷ A. Nõmper (viide 101), lk 377.

omavahel infot vahetavad ning kui palju sellest õppust võetakse.¹⁹⁸ Siiski on tegemist väärilise ideega, mille poole püüelda.

Üks vastuväide üldise ja mittesüülise kahjude hüvitamise süsteemi vastu on see, et Eesti on väike ja süsteem kulukas. Autori arvamusel peame seda hoolikamalt mõtlema, kuidas luua olemasolevate vahenditega parim võimalik lahendus. Eelnõus välja pakutu oma poolikute lahenduste ning sisuliselt puuduva mõjude analüüsiga seda ilmselt ei ole. Ehkki Eelnõus on ühiskondlikust ning praktilisest küljest vaadatuna väärt ideid, on vajaka laiemast vaatenurgast, mis arvestab kõigi asjassepuutuvate sektorite vajadustega. Eesti väiksus võib sügavamate muudatuste puhul isegi pigem kasuks tulla, sest neid on selle võrra lihtsam ellu viia.

¹⁹⁸ A.-M. Farrell, S. Devaney, A. Dar (viide 156), lk 46.

Kokkuvõte

Patsiendiseadus on Riigikogu menetluses olnud juba kolmel korral ning plaan on see ka käesoleval kevadel taas Riigikogule esitada. Viimased kaks eelnõud on hoolimata ligi 10-aastasest vahest peaaegu identsed, samas on vahepeal lõviosa Eelnõu sisust juba muude jõustunud seadustega ära reguleeritud. Võlaõigusseaduse tervishoiuteenuse osutamise lepingu sätteid kordab eelnõu kohati lausa sõna-sõnalt. Eelnõu reguleeriks nii tervishoiutöötajate kui tervishoiuteenuse pakkujate kohustusi, kuigi reguleerimisala sõnastus võib praktikas tekitada arusaamatusi. Alljärgnevalt Eelnõu sätestatud peamistest muudatustest.

Eelnõu sätestab mõned uued või seni lahti seletamata mõisted. Esimene on patsiendi usaldusisiku mõiste loomine. Valdav osa usaldusisiku kohta käivatest sätetest reguleerivad olukorda, kus usaldusisik täidab täisealise piiratud teovõimega patsiendi seadusliku esindaja ülesandeid. Peamine võimalus selle olukorra tekkeks on siis, kui isik muutub piiratud teovõimega isikuks peale usaldusisiku nimetamist. Seletuskirja kohaselt ei ole tänapäeval peresuhted tingimata alati otsustava tähendusega ning tihedamad suhted võivad olla hoopis sõprade vahel. Elukorraldusest tulenevad erisused on tegelikult võlaõigusseaduse sätetega kaetud, aga konkreetse isiku määramise võimalus aitaks võimalikke probleeme lähedaste sõnaõiguse osas leevendada.

Esmakordselt sätestatakse ka teise arvamuse mõiste, mida praegu reguleeritakse vaid ravikindlustuse seaduse kontekstis. Seega on taoline võimalus patsientidel kogu aeg olemas olnud – tõsi küll, reguleeritud keskmisele patsiendile üsna raskesti leitavas kohas. Ebamõistlikult – ligi kümme korda – on pikendatud teise arvamuse küsimise tähtaega, mis pole kooskõlas teise arvamuse eesmärgiga hõlbustada edasise ravi planeerimist.

Eelnõu sätestab mitmed nüansilised muudatused, mis tegelikult on juba nii reguleeritud või praktikas samamoodi toimivad. Patsiendi kaasaaitamiskohustus on selgemalt lahti kirjutatud, ent samas puuduvad Eelnõus viited igasugustele patsiendipoolse kohustuse mittetäitmise tagajärgedele ning sisuliselt jääks see mittetäielikuks kohustuseks, nagu praegugi. Lisaks on üsna palju reguleeritud tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimist, mis suuri sisulisi muudatusi tegelikult kaasa ei too, sest tervishoiuteenusega seotud andmed on niigi delikaatsed isikuandmed isikuandmete kaitse seaduse mõttes ning seega kõrgendatud kaitse all. Küsimusi

tekitavad näiteks patsiendi õigus nõuda enda kohta tehtud kannete muutmist – kui patsient ning tervishoiuteenuse osutaja on muudatuste osas eri meelt, siis kes lahendab vaidluse? Lisaks jääb segaseks tervishoiuteenuse osutamise dokumentidest kirjaliku kokkuvõtte nõudmise õigus, sest pole selge kohustuse praktiline pool (kokkuvõtte maht, kajastatavate teenuste ulatus jne).

Üldtunnustamata ravimeetodite kasutamise korda on paralleelselt teadusuuringute reguleerimisega muudetud karmimaks, mis autor hinnangul on teadusuuringu ning üldtunnustamata ravimeetodite piiritlemise raskust arvestades põhjendatud. Sel juhul poleks piiripealsete juhtumite puhul sisulist vahet, millena tervishoiutöötaja meetodit käsitleb, sest vastavalt komisjonilt tuleb nõusolek saada niikuinii. Erinevalt võlaõigusseaduse regulatsioonist viitab Eelnõu sõnastus nõudele enne üldtunnustamata ravimeetodi kasutamist ammendada kõik muud ravivõimalused, mis ei pruugi alati olla mõistlik.

Alaealise patsiendi puhul toob Eelnõu sisse selged teavitamise ja nõusoleku saamise vanusepiirid ning vastava arengutaseme korral alaealise patsiendi ainuteavitamise ning iseseisva nõusoleku andmise õiguse. Vähemalt 15-aastast alaealist, kes on võimeline vastutustundeliselt olukorda kaaluma, võib üldjuhul teavitada ainuisikuliselt ning ta võib anda nõusoleku tervishoiuteenuse osutamiseks iseseisvalt. Igatahes tuleb vähemalt 10-aastase patsiendi arvamus märkida tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti ning seda võimalusel arvesse võtta. Vanusepiirid 10 ja 15 eluaastat on Eesti õiguskorras arusaamis- ning otsustusvõime hindamisel levinud. Alaealiste otsustusõiguse suurendamine on hakanud viimastel aastakümnetel rohkem levima, ehkki meditsiini vallas on laste hõlmamine võrdlemisi värske suund.

Tervishoiuteenuse osutajal on keelatud järgida alaealise patsiendi enda või tema seadusliku esindaja poolt antud nõusolekut või selle andmisest keeldumist, kui see kahjustab ilmselt patsiendi huve. Autor tõi mitmeid piiripealseid näiteid sätte võimalikest kohaldamissituatsioonidest, mis jättis praktika puudumisel õhku küsimuse, kui suure osa lapse tulevases elukvaliteedist võivad vanemad näiteks oma veendumuste nimel ohverdada, enne kui see annab aluse nende vanemlikku otsustusõigust antud sätte alusel piirata.

Vaidluste lahendamise korras on ära reguleeritud rahulolematu patsiendi õigus pöörduda kaebusega tervishoiuteenuse osutaja poole. Sotsiaalminister võib kohustada teatud tervishoiuteenuse osutajaid moodustama kaebuste läbivaatamiseks eraldi struktuuriüksuse.

Ilmselt on siin silmas peetud näiteks suurhaiglaid. Eelnõust jääb selgusetuks, kas tervishoiuteenuse osutajale kaebuse esitamine mõjutab või piirab kuidagi tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumist. Samas on igatahes mõlema võimaluse kasutamise tähtaeg 5 aastat tervishoiuteenuse osutamisest. Hagi esitamise tähtaeg on küll samuti 5 aastat, ent seda kahjust või raviveast teada saamisest ning tervishoiuteenuse kvaliteedikomisjoni positiivset otsust võib omakorda käsitleda kohustuse rikkumisest teada saamisena.

Suurem muudatus on veel praegu tegutseva tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni (TKE) koosseisu moodustamise nõuetes ning komisjoniliikme ametisoleku 5-aastase ülempiiri sätestamine. Märkimisväärselt on muudetud erinevate erialade ekspertide osakaalu komisjonis. Vähendatud on tervishoiutöötajate osakaalu, täiesti uuenduslik on juristide kaasamine komisjoni ning Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa esindajate kaotamine. Komisjoni koosseisu vähem arstidekeskseks muutmine aitaks autori hinnangul kaasa komisjoni õiglase välispildi loomisele ja hoidmisele ning nõ arstide ringkaitse süüdistuste ennetamisele.

Lisaks sätestab Eelnõu tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjonile mõningase lepitajarolli – komisjon võib peamiselt mittevaralise kahju hüvitamise küsimuses teha pooltele ettepanekuid kokkuleppe saavutamiseks. Samas on siiski tegemist mittesiduvate ettepanekutega ning olemasolev TKE teeb praktikas pooltele läbirääkimisettepanekuid ka praegu. TKE-s tuvastatud rikkumisi ning kohtusse esitatud kaebusi võrreldes võib eeldada, et enamik kahju hüvitamist toimubki praegu kohtuväliste kokkulepete kaudu.

Kõige märkimisväärsem ning seni tervishoiusektoris enim poleemikat tekitanud muudatus on karistusõigusliku vastutuse sätestamine patsiendiseaduse nõuete rikkumise eest. Järelevalvet hakkaks teostama Terviseamet, samas jääb Eelnõust selgusetuks, kuidas hakataks näiteks tervishoiuteenuse kvaliteeti väärteokoosseisus hindama. Riigikohus on ka öelnud, et erinevalt tsiviilasjadest ei ole näiteks kriminaalasjades praeguse TKE otsust tõendina kasutada lubatud.

Nagu näha, ei tee Eelnõu kehtivast korrast just palju suuri muudatusi. Eelnõu autorid on ka mõõnnud, et üks peamisi eesmärke on patsientidele nende õiguste kaitsevõimaluste teadvustamisele suunatud seaduse loomine, s.t asjassepuutuvate sätete koondamine ühte seadusse. Autori hinnangul võivad paralleelselt kehtivad regulatsioonid samas hoopis segadust juurde tekitada ja tegemist on keskmise patsiendi jaoks pooliku lahendusega.

Võib öelda, et peamine iseseisev muudatus on vaidluste lahendamise ning järelevalve korra täiendamine ning lisanduva vastutuse sätestamine Eelnõu lõpus olevate väärtekoosseisude näol. Kehtivas korras tervishoiutöötaja isiklikku vastutust praktikas sisuliselt ei eksisteeri ning on tehtud ettepanekuid see olukord seadustada. Samuti rajanevad põhimõtteliselt kõik kaasaegsed ravivigade vähendamisele suunatud lähenemised mittesüülisel turvalisel avalikustamisel, avameelsel diskussioonil ja vigadest õppimisel. Seda suunda on rõhutanud ka nii kohalikud asjatundjad, kui Euroopa Liit. Lisaks on Eestis niigi ülekriminaliseerimise probleem, mis ilmneb muuhulgas rohkete üldsõnaliste väärtegade sätestamises, mida ka antud Eelnõus näha võib. Siinkohal tuleb taas välja dubleeritud regulatsioonidega õiguskorra risustamise probleem, sest nii arstil, patsiendil kui kasvõi menetlejal endal on raske hoomata õiguste, kohustuste ja vastutuse tegelikku ulatust. Väärtegade puhul tekitab ebakindlust veel ebahütlase karistuspoliitika oht, sest menetlejad on enamasti juriidilise hariduseta.

Süüdlase otsimise süsteemi mõttekus on juba selles mõttes küsitav, et üheltki inimeselt – ka tervishoiutöötajalt – ei saa oodata ideaalset käitumist ning samuti on meditsiin ebatäiuslik teadus. Töötajatele võivad kasvõi süsteemi majanduslikust olukorrast tuleneda piirangud, mis ei lase alati patsiendi heaks teha kõike, mis meditsiiniliselt võimalik. Süüdlase leidmisele keskendumine soodustab kaitsepositsioonil ravi, s.t seda, kui arstid keskenduvad tervishoiuteenuse osutamisel enda vastu suunatud ravivigade nõuete ja süüdistuste ennetamisele.

Isegi kui Eelnõus sätestatud trahvid maksaks praktikas tervishoiuasutused, on tervishoiutöötajad, lisaks otsese karistuse hirmule, äärmiselt ettevaatlikud ka maine kahjustamise suhtes. Kaitsepositsioonil ravi on tervishoiusüsteemi jaoks kulukas ning mõjutab märkimisväärselt tervishoiuteenuse kvaliteeti ja ohutust. See võib ilmnedagi nii riskantsete patsientide ravimise vältimises, lisaanalüüside määramises, kui nõ üleravimises, mis kõik on nii patsiendi, kui tervishoiusüsteemi jaoks tervikuna kulukad ning isegi ohtlikud tagajärjed. Lisaks soodustab see vigade varjamist, mis omakorda takistab nende ennetamist. Kuna Eelnõus välja pakutud vaidluste lahendamise ning karistusliku järelevalve süsteem on omavahel tihedalt põimunud, ei ole ilmselt lootust, et TK-s saaks tekkida avameelne dialoog patsientide ja meditsiinisektori vahel. Sellega läheb Eelnõu vastuvoolu kaasaegsete arengusuundadega ravivigade vältimisel.

Soome patsiendiseadus on Eelnõuga patsientide õiguste osas võrdlemisi sarnane, ent on mõned sümpaatsed nüansid, millest võib eeskujuga võtta – näiteks patsiendi ravimine tema

väärikut austades, samuti kohustus koostada selge raviplaan vastastikusel arusaamises patsiendiga. Soomes on patsiendiombudsmanide süsteem, mis idee poolest on sarnane Eelnõu patsiendinõunike süsteemile, ent praktikas pole kuigi tõhus, sest ombudsmanideks on Soome süsteemis erialase väljaõppeta haiglatöötajad, kelle puhul huvide konflikti oht on suur ning koormus vilumuse ja praktika tekkeks liiga väike. Patsientide õiguste kõrval ülejäänud valdkondades paralleelide toomise võimalus peaaegu puudub.

Samas tuleb tähele panna Soome seaduse nõugetisüsteeme, millega mitmed Eelnõus tõstatatud probleemid, näiteks vastutuse küsimus, sisuliselt välistatakse. Soomes on vigade eest karistamise asemel mindud mittesüüalise aruandlus- ning kahjude hüvitamise süsteemi teed. Kompensatsiooni saamiseks pole vaja tõestada meditsiinitöötaja süüid, vaid on paika pandud selged reeglid, mille alusel tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vigastused kompenseeritakse nõu liikluskindlustuse tabelite põhimõttel. Kaebustega seoses kogutakse ka infot ja antakse välja soovitusi tervishoiuteenuse pakkujatele. Süsteemi rakendamine on süülisel vastutusel põhinevad hagid viinud miinimumini, samuti esineb medikute tegevusega seotud kriminaalasju haruharva.

Analoogse süsteemi juurutamise kulu Eestis piirduks mõnede arvamuste kohaselt paari miljoni euroga aastas, samuti tuleb tähele panna, et osad hüvitatavad kulud – näiteks töövõimetushüvitis – on juba praegu hüvitatavad ravikindlustuse kaudu. Et mitte rääkida vaid rahast, siis teatud Soome põhimõtetest eeskujul võtmise ei maksa midagi, näiteks patsiendi turvalisuse kaitsmine just ennetava õppimise läbi. Samuti ei saa unustada, et Eelnõus välja pakutud lahendus võib kaitsepositsioonil ravi kaudu tekitada hoopis raskemini ennustatavaid ning kontrollitavaid lisakulusid. Seoses EL piiriülese tervishoiu direktiiviga peab Eesti niikuinii otsustama, kuidas patsientide kaitse tagada ning sealjuures võiks kasutada võimalust välja mõelda võimalikult efektiivne süsteem laia pilti silmas pidades, s.t arvestades ka erasektori kulusid ning rahulolu.

Hetkel puudub Eestis mehhanism, mis aitaks konflikte arstiabis leevendada või rahumeelselt lahendada ja kahjuks ei muudaks Eelnõu seda paremuse suunas. Eelnõus sätestatud väärted soodustavad õppimise asemel vigade varjamist ning kulukat ja lausa ohtlikku kaitsepositsioonil ravi osutamist. Samuti on välja pakutud vaidluste lahendamise süsteem liiga tihedalt seotud karistamise süsteemiga, et seal saaks tekkida avameelne dialoog. Justnimelt Eesti väiksuse tõttu peame seda hoolikamalt mõtlema, kuidas luua olemasolevate vahenditega

parim võimalik süsteem kõigi osapoolte jaoks. Eelnõus välja pakutu oma poolikute lahenduste ning sisuliselt puuduva mõjude analüüsiga seda ilmselt ei ole.

THE ANALYSIS OF DRAFT OF PATIENT LAW BASED ON THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Abstract

Draft of Patient Law has been introduced to the parliament several times and will be introduced again in spring 2013. Patients rights have also gained interest regarding a EU directive about cross-border health care. The topic of protecting patients rights also arises now and then due to different medical error court cases. Today Estonian health care is mainly regulated by Law of Obligations Act and Health Services Organization Act. Authors of Draft of Patient Law (hereinafter „the Draft“) find that it is not enough and Estonia lacks of a law that sufficiently protects the rights and status of patients. The Draft has evoked a lot of controversy and strong opinions from both patients and health professionals.

The aim of this research paper is to find out what the Draft would change in current health care situation and if the Draft would entail such consequences as the authors of the Draft and other concerned parties hope and dread. For this, the author examines the main changes in current regulation, analyzes the possible pros and cons and evaluates if the instruments of the Draft would help achieve the intended purposes. Additionally the author examines the corresponding regulation in Finland that was used as one of the examples for the Draft. Based on the prior examination the author wants to find out if the Draft in its current form is even necessary and what should the legislators consider in the future.

Since the Draft has been introduced to the parliament a few times already, big part of the Drafts field has already been regulated in other laws. The Draft repeats almost all LOA health care provisions, in places word by word. The Draft would regulate the obligations of both health care professionals and health care units.

The Draft stipulates some new definitions and concepts. First is the patient trustee. Most of the provisions about patient trustee regulate the situation when the trustee acts as the legal representative of a limited active capacity patient. According to the Drafts explanatory note family relations today are not necessarily decisive and a person may have the closest relations

with for example friends. Way of life exemptions are actually also regulated in LOA but the opportunity to explicitly appoint a certain person would help avoid arguments between relatives and loved ones.

The Draft stipulates many minor changes that have already been regulated or already function in the intended way. First is the definition of second opinion that is currently regulated only in the Health Insurance Law in the context of health insurance benefits. The main change is prolonging the deadline for seeking second opinion nearly ten times, which in the authors opinion is unreasonable and not in accordance with the purpose of second opinion.

The Draft regulates patients duty to cooperate more thoroughly, but there is no reference to the consequences of not cooperating in the required way. Also the Draft has many regulations about documenting the health service but since health care related information is already delicate information in the sense of Personal Data Protection Act and therefore under elevated protection, the additional regulation does not change much in the actual situation. There are some questionable changes, for example the patients right to demand making changes into his/her health care documentation – if the documentation is considered proof in latter arguments and the health care provider and the patient have disagreements about the changes, then who will settle the disagreement. Also the extent of the right to demand written summary of the patients documents remains unclear.

The status of minor patients has been specified. At least 15 year old patient with regard to his/her level of development must be informed and can consent on the treatment on his/her own. In any case at least 10 year old patients opinion must be documented and if possible, taken into account. Age limits 10 and 15 years are common in Estonian legal system for assessing minors level of development. The involvement of minors in decision-making in many areas, has increased over the last decades but it is still rather new approach in the medical field. The health care providers are forbidden to follow the consent or refusal of a minor or his/her legal representative if it may harm the patients interests. The author presented some examples of borderline situations where it is very hard to assess the balance between parental rights and minor patients rights.

The dispute settlement system firstly brings out the patients right to turn to the health care provider with an objection. It remains unclear if turning to the provider somehow affects the right to turn to the health care quality committee. The Draft would make some changes in the

current composition of the committee and sets a 5 year limit for committee members to be on duty. The proportion of different area experts in the committee has been changed remarkably, the health care professionals percentage has been lowered, lawyers have been involved in the committee and the Ministry of Social Affairs and the Health Insurance Fund representatives have been left out. The Draft also gives the committee some arbitrary functions – committee can make suggestions to the parties about compensation agreements. Still the suggestions remain non-binding and in practice the current form of committee makes those suggestions anyway. Comparing the number of complaints proceeded in the committee and those proceeded in court, it is safe to assume that most of the damages are already paid in out-of-court settlements.

The most important and controversial change is stipulating misdemeanor liability for some violations of the Draft. The supervisor of these violations would be the Health Office. It is unclear how the Health Office would evaluate some violations – for example substandard health care. The Supreme Court has said that health care quality committees decision can not be used as proof in criminal cases.

Apparently the Draft would not make many fundamental changes in current regulation. The authors of the Draft have stated that one of the purposes of the Draft was indeed collecting all relevant provisions in one law to acknowledge patients of their rights. One may say that the main independent change is the renewal of dispute settlement and supervision procedure and stipulation of misdemeanor liability. In current practice the health care professionals essentially have no direct liability. Also essentially all of the approaches to decreasing injuries rely on no-fault protected disclosure and frank discussion regarding individual injuries and how to prevent similar injuries in the future. The no-fault approach is also favoured by local experts and even the EU. To top it off, Estonia has the problem of overcriminalization that also appears in the Drafts declarative liability provisions. The health professionals, patients and even the supervisors have hard time to comprehend the real extent of their rights, obligations and liability.

Ideal behaviour can not be expected from anyone, not even the health care professionals. Also medicine is imperfect science. Concentrating on finding the liable physicians, causes practicing defensive medicine, that is when practitioners foremost concentrate on preventing medical error claims and accusations. Even when the health care units would pay the potential fines, health professionals are still extremely sensitive to reputation loss. Defensive medicine

is expensive and affects greatly the quality and safety of health care. It also favours covering up mistakes which in turn impedes preventing them. Since the dispute settlement and supervision system is tied so closely together, there is little hope that it would encourage open dialogue between patients and health care providers. Thus the Draft conflicts with the modern approach of preventing medical errors.

The corresponding regulation in Finland is rather similar to the Draft in patients rights field but in other matters there is little chance of finding parallels. The main reason for this is the support system in Finland. The question of liability is practically excluded because of no-fault reporting and compensating system. For getting compensation, the patient does not have to prove the health professionals liability. All injuries are compensated for under strict and explicit rules. Overall suggestions are made to health care units based on the analysis of the complaints. This system has decreased health care related lawsuits and criminal cases to the minimum.

Initiation of a similar system in Estonia would cost estimateably few million euros per year. Some compensable expenses are already covered by Estonian health insurance. Also implementing some principles would cost next to nothing – for example promoting patients safety by preventive learning. The liability model suggested in the Draft could bring about a lot less controllable expenses, for example due to increase in defensive medicine. Since because of cross-border health care directive Estonia has to decide on different patient safety matters anyway it should be treated as an opportunity to come up with the best and most effective system possible in regards of all parties.

Estonia currently lacks of a system that would help relieve or peacefully solve conflicts in health care. Unfortunately the Draft does not fill the gap. The liability provisions promote hiding errors not learning from them or preventing them. Also it might increase defensive medicine. Dispute settlement system is too closely tied to the supervision system to encourage open discussion. Since Estonia is such a small country we have to be particularly careful, to create the best system considering all parties – the Draft with its incomplete solutions probably is not it.

Töös kasutatavad lühendid

VÕS	–	võlaõigusseadus
TTKS	–	tervishoiuteenuste korraldamise seadus
IKS	–	isikuandmete kaitse seadus
PKS	–	perekonnaseadus
RaKS	–	ravikindlustuse seadus
KarS	–	karistusseadustik
EL	–	Euroopa Liit
ÜRO	–	Ühinenud Rahvaste Organisatsioon
EPEÜ	–	Eesti Patsientide Esindusühing
TK	–	tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon (Eelnõus)
TKE	–	tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjon (kehtiv)

Kasutatud allikate loetelu

Kasutatud kirjandus

1. **Arpo, M., Kingisepp, M.** Raviteenuse osutamise tsiviilõiguslikest alustest. – *Juridica*, 2000, nr 7, lk 451-460.
2. **Boothman, R. C., Blackwell, A. C., Campbell, D. A. Jr., Commiskey, E., Anderson, S.** A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience. – *Journal of Health & Life Sciences Law*, January, 2009, lk 125-159.
3. **Chan, T. E.** Legal and regulatory responses to innovative treatment. – *Medical Law Review*, 0, 2012, pp. 1-39.
4. **Donnelly, M., Kilkelly, U.** Child-friendly healthcare: delivering on the right to be heard. – *Medical Law Review*, Winter 2011.
5. **Dranove, D., Watanabe, Y.** Influence and Deterrence: How Obstetricians Respond to Litigation against Themselves and Their Colleagues. – *American Law and Economics Review*, 12, 2010, pp. 69-94.
6. **Farell, A-M., Devaney, S., Dar, A.** No-fault compensation schemes for Medical injury: a review. – Scottish Government Social Research, 2010. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00394407.pdf> (12.03.2013)
7. **Jaggo, O. jt.** Meditsiiniõiguse kommentaarid. Tartu, Greif, 2003.
8. **Kaio, H.** Miks kurdid tahavad, et nende lapsed ei kuuleks? – *Eesti Ekspress*, 06. jaanuar 2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/elu/miks-kurdid-tahavad-et-nende-lapsed-ei-kuuleks.d?id=37893151> (21.11.2012)
9. **Keren-Paz, Tsachi.** Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. – *Medical Law Review*, 18, Autumn 2010, pp. 363-388.
10. **Kiivet, R.-A.** Patsiendikaitsest ja arstikindlustusest. – *Eesti Arst*, 2010, 89(12), lk 778-780. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.eestiarst.ee/static/files/020/ea1012lk778-780.pdf> (08.04.2013)
11. **Kork, A., Sinisalu, V.** Eesti tervishoiu jätkusuutlikkusest lähiaastatel. – *Eesti Arst*. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.eestiarst.ee/static/files/078/eesti_tervishoiu_jatkusuutlikkusest_lahiaastatel.pdf (10.04.2013)

12. **Kõve, V.** Tsiviilvaidluste kohtuvälisest lahendamisest Eestis. – *Juridica*, 2005, nr 3, lk 152-166.
13. **Lantos, J. D., Jackson, M. A., Harrison, C. J.** Why we should eliminate personal belief exemptions to vaccine mandates. – *Journal of Health Politics, Policy & Law*, February 2012, pp. 131-140
14. **Lauren, A.** (koost). Isikuandmete kaitse seadus. Isikuandmete kaitse seaduse seletuskiri. Tallinn, Agitaator, 2007.
15. **Lehtmets, A.** Vastutuskindlustus peab saama kohustuslikuks. – *Eesti Arst*.
Arvutivõrgus kättesaadav:
http://eestiartst.ee/static/files/033/vastutuskindlustus_peab_saama_kohustuslikuks.pdf
(04.04.2013)
16. **Lillsaar, M., Sedman, M.** Tervishoiuteenuse osutaja tsiviilõiguslik ja karistusõiguslik vastutus. Kohtupraktika analüüs. Riigikohus, õigusteabe osakond. Tartu, 2012.
17. **Lõtjõnen, S.** Meditsiinhajude kompenseerimine Soomes. – *Juridica*, 1997, nr 2, lk 69-71. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://juridica.ee/juridica_et.php?document=et/articles/1997/2/23090.SUM.php
(27.03.2013)
18. **Mackenney, S., Fallberg, L.** (koost). Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare. Radcliffe Medical Press Ltd, United Kingdom, 2004.
19. **Nõmper, A.** Eesti võlaõigusseaduse 10 esimest aastat: arsti vastutus vajab reformi. – *Eesti Arst*, 2012, 91, lk 376-378. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.rln.ee/public/Endorsed_logod/Fotod_ja_failid_uudiste_juurde/Eesti_Arst_A.Nomper_2012.pdf (23.03.2013)
20. **Nõmper, A.** Jehoova tunnistajate lapse arstide kriminaalasjast. – *Juridica*, 2000, nr 4, lk 212-223.
21. **Nõmper, A., Sootak, J.** Meditsiiniõigus. Juura, Tallinn, 2007.
22. **Nõmper, A.** Meditsiiniõiguslik tagasivaade aastale 2010. – *Eesti Arst*, 2011, 90(8), lk 390-392. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eestiartst.ee/static/files/017/ea1108lk390-392.pdf> (04.04.2013)
23. **Pahlman, I.** Patsiendi õigused Soomes. – *Juridica*, 1997, nr 2, lk 66-68.
24. **Pope, T. M.** Physicians and safe harbor legal immunity. – *Annals of Health Law*, 21, 2012, pp. 121-135.
25. **Quick, O.** Outing medical errors: questions of trust and responsibility. – *Medical Law Review*, 14, Spring 2006, pp. 22-43.

26. **Raper, S. E.** No role for apology: remedial work and the problem of medical injury. – Yale Journal of Health Policy, Law & Ethics, 11, Summer 2011, pp. 267-318.
27. **Reinthal, T.** Karistusõiguse suund – ülekriminaliseerimine? – Juridica, 2010, nr 10, lk 740-750.
28. **Skegg, P. D. G.** Criminal Prosecutions of Negligent Health Professionals: the New Zealand Experience. – Medical Law Review, 6, summer 1998, pp. 220-246.
29. **Teder, M.** Patsientide esindusühingut ähvardab suurkärpimine. – Postimees, 31. oktoober 2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.postimees.ee/616584/patsientide-esindusuhingut-ahvardab-suurkarpimine/> (02.11.2011)
30. **Varul, P., Kull, I., Kõve, V., Käerdi, M.** (koost). Võlaõigusseadus III, kommenteeritud väljaanne. – Tallinn, Juura, 2009.
31. **Velsker, L.** Rõivas: Arst peaks saama end meediarunnaku korral kaitsta. – Tarbija 24, 11. aprill 2013. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tarbija24.ee/1198768/roivas-arst-peak-saama-end-meediarunnaku-korral-kaitsta/> (28.04.2013)
32. **Zimmerman, A. B.** Do you hear the people sing? Balancing parental authority and a child's right to thrive: the cochlear implant debate. – Journal of Health & Biomedical Law, 2009.

Normatiivmaterjalid

33. Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni põhimäärus. Sotsiaalministri 08.11.2000. a määrus nr 73. – RTL 2000, 117, 1832.
34. Eesti Haigekassa poolt kindlustatud isikult teisele arvamuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimused ja kord. Sotsiaalministri 24.09.2002. a määrus nr 111. Avaldatud RTL 2002, 111,1615.
35. Immuniseerimise korraldamise nõuded. Sotsiaalministri 31.10.2003. a määrus nr 116. – RT L 2003, 115, 1829; RT I, 08.12.2011, 6.
36. Isikuandmete kaitse seadus. 15.02.2007. – RT I 2007, 24, 127; RT I, 30.12.2010, 11.
37. Karistusseadustik. 06.06.2001. – RT I 2001, 61, 364; RT I, 20.12.2012, 3.
38. Perekonnaseadus. 12.10.1994. – RT I 1994, 75, 1326; RT I 2006, 14, 111.
39. Perekonnaseadus. 18.11.2009. – RT I 2009, 60, 395; RT I, 21.12.2010, 4.
40. Ravikindlustuse seadus. 19.06.2002. – RT I 2002, 62, 377; RT I, 25.10.2012, 1.
41. Terviseameti põhimäärus. Sotsiaalministri 06.11.2009. a määrus nr 82. – RTL 2009, 84, 1235; RT I, 07.12.2012, 4.

42. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 09.05.2001. – RT I 2001, 50, 284; RT I, 10.03.2011, 1.
43. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine. Sotsiaalministri 16.05.2008. a määrus nr 27. – RTL 2008, 41, 575; RT I, 17.06.2011, 3.
44. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. 18.09.2008 nr 56. – RTL 2008, 80, 1115; RT I 07.07.2011, 2.
45. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. 20.04.2005. – RT I 2005, 26, 197; RT I, 10.11.2011, 5.
46. Tsiviilseadustiku üldosa seadus. 27.03.2002. – RT I 2002, 35, 216; RT I, 06.12.2010, 1.
47. Võlaõigusseadus. 26.09.2001. – RT I 2001, 81, 487; RT I, 08.07.2011, 21.

Muud allikad

48. Patsiendiseaduse eelnõu. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.riigikogu.ee/public/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_eeln_u.pdf
(03.11.2011)
49. SDE: räägi kaasa patsiendi seaduse koostamisel. (2011) Riigikogu. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.riigikogu.ee/index.php?id=165910> (19.10.2011)
50. Heljo Pikhofi suuline teade autorile 19.04.2013 Tartus.
51. Seletuskiri patsiendiseaduse eelnõu juurde. Arvutivõrgus kättesaadav:
http://www.riigikogu.ee/public/Riigikogu/SDE/patsiendiseaduse_seletuskiri.pdf
(03.11.2011)
52. Patsiendi õiguste kaitse seaduse eelnõu. Arvutivõrgus kättesaadav:
<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=427&assembly=8&u=20130205090538> (05.03.2013)
53. Otsingutulemused. Riigi Teataja. Arvutivõrgus kättesaadav:
https://www.riigiteataja.ee/tervikteksti_tulemused.html?pealkiri=&tekst=patsient&valjDoli1=Riigikogu+-seadus&valjDoli2=&valjDoli3=&nrOtsing=tapne&aktiNr=&minAktiNr=&maxAktiNr=&kehtivusKuupaev=03.11.2011&valislepingud=on&valitsuseKorraldused=on&riigikoguOtsused=on&kehtivuseAlguKuupaev=&kehtivuseLoppKuupaev=
(03.11.2011)

54. Kooseluseaduse eelnõu kontseptsioon. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.just.ee/35424> (03.03.2013)
55. Patsiendiseaduse eelnõu ning arstide liidu kommentaarid. Eesti Arstide Liit. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.arstideliit.ee/web/patsiendiseaduse-eelnou-ning-arstide-liidu-kommentaariid> (06.03.2013)
56. Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon menetles 2012. aastal 132 arstiabi osutamise kvaliteedi kohta esitatud ekspertiisitaotlust. Sotsiaalministeerium. Arvutivõrgust kättesaadav: <http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/tervishoiuteenuste-kvaliteet-ja-jarelevalve.html> (25.04.2013)
57. Eesti Õdede Liit. Õdede liit soovib patsiendiseadust täiendada. – EÕL pressiteade 17. oktoober 2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ena.ee/uudised/506-eol-pressiteade-17oktoober-2011> (16.03.2013)
58. 16. oktoobril 2012 toimus mõttehommik „Tervikliku vastutuskindlustuse süsteemi loomise võimalused Eestis“. Praxis. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.praxis.ee/index.php?id=1072> (06.03.2013)
59. Hea tahte koostöökokkulepe. Sotsiaalministeerium. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.sm.ee/aktuaalne/hea-tahte-koostookokkulepe.html> (10.03.2013)
60. Act on the status and rights of patients, No. 785/1992. – Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf> (26.03.2013)
61. 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. http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CJSMED/conf_ml_2008.pdf (12.04.2013)
62. Promoting patient safety together. Finnish Patient Safety Strategy 2009-2013. – Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.stm.fi/en/publications/publication/-/_julkaisu/1383571#en (12.04.2013)
63. Tervishoiu kogukulude osakaal SKP-st jätkas 2011. Aastal langemist. – Tervise Arengu Instituut. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/1520-tervishoiu-kogukulude-osakaal-skp-st-jatkas-2011-aastal-langemist> (10.04.2013)

Kasutatud veebilehed

64. Finnish Patient Insurance Centre (2013). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.pvk.fi/en/>
65. Eesti Patsientide Esindusühing (2013). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.epey.ee/>
66. Terviseamet (2013). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.terviseamet.ee/>
67. Valvira. National Supervisory Authority for Welfare and Health (2013). Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.valvira.fi/en/>

Kohtulahendid

68. RKKo 3-1-1-79-10 (Kriminaalasi Carmen Heinvälja (Heinväli) süüdistuses KarS § 13 lg 1 ja § 119 lg 2 järgi).

EL instrumendid

69. Euroopa Liidu Nõukogu soovitus 2009/C 151/01, 9. Juuni 2009, mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet. Arvutivõrgus kättesaadav: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_et.pdf
70. Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõigute kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. ELT, 04/04/2011. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ET:PDF>
(17.02.2013)

Lisad

Lisa 1. Eelnõu ja kehtiva õiguse võrdlev tabel

PATSIENDISEADUS Eelnõu	
1. peatükk ÜLDSÄTTED	
§ 1. Seaduse reguleerimisala (1) Käesolev seadus sätestab patsiendi ja temale tervishoiuteenust osutava isiku õigused ja kohustused ning reguleerib tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidluste lahendamise korda. (2) Käesoleva seadusega reguleeritakse ka teadusuuringu korraldamist ja patsiendi kaasamist kliinilisse õppetöösse.	
§ 2. Patsient Patsient on käesoleva seaduse tähenduses isik, kes on pöördunud või kelle nimel on pöördutud tervishoiuteenuse saamiseks või kellele osutatakse tervishoiuteenust.	VÕS § § 758. Tervishoiuteenuse osutamise lepingu mõiste (1) Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja) osutama oma kutsetegevuses teisele isikule (patsient) tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite järgi tema tervise huvides läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamisega otseselt seotud tegevust.
§ 3. Patsiendi usaldusisik (1) Patsiendi usaldusisik (edaspidi usaldusisik) on patsiendi poolt nimetatud täisealine teovõimeline isik, kellele käesolevas seaduses sätestatud juhtudel laienevad patsiendiga võrdsed õigused. Usaldusisiku võib endale nimetada üksnes teovõimeline patsient. (2) Usaldusisiku nimi, elukoht ja sidevahendite numbrid tuleb märkida tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti, millele patsient annab oma allkirja. Usaldusisik kinnitab oma nõusolekut allkirjaga tervishoiuteenuse osutamist tõendavas dokumendis.	

<p>(3) Patsiendil, kes on nimetanud endale usaldusisiku on õigus usaldusisikut vahetada või usaldusisikust loobuda. Nimetatud toiminguga korral tehakse märge tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti, mida patsient kinnitab oma allkirjaga.</p> <p>(4) Kui patsient pole usaldusisikut nimetanud, on patsiendi usaldusisiku õigused patsiendi omaksel. Patsiendi omaksed on käesoleva seaduse tähenduses järgmised täisealised isikud: patsiendi abikaasa, vanemad, lapsed, õed ja vennad. Omasteks võib lugeda ka muid patsiendile lähedasi isikuid, kui see tuleneb patsiendi elukorraldusest.</p>	
<p>§ 4. Patsiendi ja usaldusisiku isikuandmete kaitse.</p> <p>(1) Patsiendi isikuandmete ja usaldusisiku isikuandmete töötlemine toimub vastavalt isikuandmete kaitse seadusele (RT I 2007, 24, 127; 30.12.2010, 2).</p> <p>(2) Surnud isiku isikuandmed peavad olema kaitstud käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud tingimustel ning neid võib avaldada üksnes seaduses sätestatud tingimusel ja juhtudel.</p>	
<p>2. peatükk PATSIENDI ÕIGUSED TERVISHOIUTEENUSELE JA KOHUSTUSED</p>	
<p>§ 5. Õigus tervishoiuteenuse kättesaadavusele</p> <p>Riik tagab tervishoiuteenuse kättesaadavuse seaduses sätestatud korras.</p>	
<p>§ 6. Tervishoiuteenust vajavate isikute võrdne kohtlemine</p> <p>Sarnastel eeldustel tuleb tervishoiuteenust vajavaid isikuid kohelda võrdselt.</p>	
<p>§ 7. Õigus privaatsusele tervishoiuteenuse osutamisel.</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutamisel austatakse patsiendi privaatsust.</p> <p>(2) Tervishoiuteenuseid osutatakse vaid nende isikute juuresolekul, kelle osalemine selleks on otseselt vajalik. Kõrvaliste isikute juuresviibimine on lubatud vaid patsiendi nõusolekul.</p>	<p>VÕS § 765. Tervishoiuteenuse osutamine kõrvalise isiku juuresolekul</p> <p>Kõrvalise isiku juuresolek tervishoiuteenuse osutamisel on lubatud üksnes patsiendi nõusolekul, välja arvatud juhul, kui tervishoiuteenuse osutamine kõrvalise isiku juuresolekuta ei ole võimalik, patsiendi nõusolekut ei ole võimalik küsida ja tervishoiuteenuse osutamata jätmise ohustaks oluliselt patsiendi tervist.</p>
<p>§ 8. Õigus valida tervishoiuteenuse osutajat</p> <p>Patsiendil on õigus vabalt valida ja vahetada tervishoiuteenuse osutajat. Seadusega nähakse ette valiku ja vahetamise</p>	<p>Lepinguvabadus VÕS + TTKS piirangud</p> <p>Seletuskiri: „Tervishoiuteenuse osutaja vahetamisel tuleb patsiendil siiski arvestada mõningate seadusest tulenevate tingimustega. Ainult seadus võib sätestada valiku ja</p>

tingimused ning kord.	vahetamise tingimused ja korra, mida on ka tehtud Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses.“
<p>§ 9. Õigus kvaliteetsele tervishoiuteenusele</p> <p>(1) Patsiendil on õigus saada kvaliteetset tervishoiuteenust.</p> <p>(2) Tervishoiuteenus on kvaliteetne, kui see vastab arstiteaduse üldisele tasemele ja heale kliinilisele praktikale Eestis tervishoiuteenuse osutamise ajal ning osutatakse heal professionaalsel tasemel.</p>	<p>VÕS § 762. Tervishoiuteenuse osutamine</p> <p>Tervishoiuteenus peab vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega. Vajaduse korral peab tervishoiuteenuse osutaja suunama patsiendi eriarsti juurde või kaasama eriarsti.</p>
<p>§ 10. Tervishoiuteenuse osutamise kohustus</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutatakse patsiendi tervise seisundist lähtudes.</p> <p>(2) Kui patsient ei vaja vältimatut abi ega kiirabi, on tervishoiuteenust osutav isik kohustatud välja selgitama vajadused ja võimalused patsiendi tervise seisundile kohase tervishoiuteenuse osutamiseks ning teavitama sellest patsienti.</p> <p>(3) Kui patsiendi seisund on eluohtlik või kui tervishoiuteenuse osutamisega viivitamine võib patsiendi tervist oluliselt kahjustada, on tervishoiutöötaja kohustatud osutama patsiendile vältimatut abi või tegema kõik võimaliku sellise abi koheseks osutamiseks.</p> <p>(4) Kui patsiendi seisund ei ole eluohtlik ja patsiendile ei ole võimalik osutada tema tervise seisundile kohast tervishoiuteenust, sest tervishoiuteenust osutav isik ei oma selleks õigust või puudub tal pädevus või vajalikud vahendid, on tervishoiuteenust osutav isik kohustatud patsiendi suunama tema tervise seisundile kohase tervishoiuteenuse saamiseks sobiva isiku juurde.</p> <p>(5) Kui patsiendile pole koheselt võimalik tervishoiuteenust osutada ning tal on tõendatud meditsiiniline vajadus ravijärjekorda kandmiseks, kantakse ta ravijärjekorda ravikindlustuse seaduses ettenähtud tingimustel ja korras.</p>	<p>VÕS § 760. Lepingu sõlmimise kohustus</p> <p>Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud osutama tervishoiuteenust isikule, kes seda taotleb, kui taotletavat lepingutingimused ei ole vastuolus seaduses sätestatuga ja tervishoiuteenuse osutamise lepingu tüüptingimustega.</p> <p>TTKS § 6. Vältimatu abi osutamine</p> <p>(1) Igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival inimesel on õigus saada vältimatut abi.</p> <p>(2) Tervishoiutöötaja on kohustatud osutama vältimatut abi oma pädevuse ja tema kasutuses olevate võimaluste piires.</p> <p>VÕS § 762. Tervishoiuteenuse osutamine</p> <p>/.../ Vajaduse korral peab tervishoiuteenuse osutaja suunama patsiendi eriarsti juurde või kaasama eriarsti.</p>
<p>§ 11. Patsiendi kohustus anda teavet</p> <p>Patsient peab tervishoiuteenuse osutajale avaldama oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud ja osutama kaasabi, mis võib olla vajalikuks eelduseks talle tervishoiuteenuse osutamisel.</p>	<p>VÕS § 764. Patsiendi teabe andmise kohustus</p> <p>Patsient peab tervishoiuteenuse osutajale avaldama oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud ja osutama kaasabi, mida tervishoiuteenuse osutaja lepingu täitmiseks</p>

	vajab.
<p>§ 12. Patsiendi osalus tervishoiuteenuse osutamisel</p> <p>Patsient on kohustatud järgima tervishoiuteenuse osutaja antud ennetustegevus- ja ravijuhiseid ning osalema raviprotsessis, mille suhtes ta on andnud nõusoleku.</p>	<p>VÕS § 764 kaasabi osutamise kohustus (vt eelmine)</p>
<p>3. peatükk</p> <p>TERVISHOIUTEENUSE OSUTAJA TEGEVUS TERVISHOIUTEENUSE OSUTAMISEKS</p> <p>1.jagu Patsiendi teavitamine</p>	
<p>§ 13. Patsiendi teavitamise kohustus</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutav isik on kohustatud patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest ning tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest, teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest ning muudest olulistest asjaoludest. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikult taasesitatavas vormis.</p> <p>(2) Tervishoiuteenust osutav isik peab andma teavet patsiendile arusaadaval viisil.</p> <p>(3) Patsient võib kutsuda teabe saamise juurde oma usaldusisiku. Patsiendi soovil tuleb käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud teave edastada tema usaldusisikule.</p> <p>(4) Teavitamise kohta peab tervishoiutöötaja tegema kande tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p> <p>(5) Patsienti ei pea teavitama, kui ta vajab vältimatut abi ning puudub aeg ja võimalus teavitamiseks. Sellisel juhul teavitatakse patsienti esimesel võimalusel.</p>	<p>VÕS § 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.</p> <p>(2) Tervishoiuteenuse osutaja ei või reeglina lubada patsiendi paranemist või operatsiooni edukust.</p>

<p>§ 14. Teabe andmisest keeldumine</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutav isik ei või käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud teavet patsiendile avaldada, kui:</p> <p>1) patsient keeldub teabe vastuvõtmisest ja sellega ei kahjustata patsiendi ega teiste isikute õigustatud huve;</p> <p>2) teavitamisega võib kaasneda oht patsiendi elule.</p> <p>(2) Tervishoiuteenust osutav isik peab käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud alustel teabe andmisest keeldumise või selle osalise andmise põhjused märkima tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p> <p>(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud alustel teabe andmisest keeldumist ei kohaldata, kui patsiendi tervise seisund on ohtlik kolmandatele isikutele.</p>	<p>VÕS § 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus</p> <p>(5) Tervishoiuteenuse osutaja ei või avaldada patsiendile käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud teavet, kui patsient keeldub teabe vastuvõtmisest ja sellega ei kahjustata tema ega teiste isikute õigustatud huve.</p>
<p>§ 15. Alaealise patsiendi teavitamine</p> <p>(1) Alaealise patsiendi puhul tuleb käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud asjaoludest teavitada patsiendi seaduslikku esindajat, v.a. 15-18 aastase alaealise puhul, kui on täidetud käesoleva paragrahvi lõikes 2 toodud tingimused.</p> <p>(2) 15-18-aastase alaealise puhul teavitatakse käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud asjaoludest üksnes alaealist, eeldusel, et ta on võimeline vastutustundeliselt kaaluma tervishoiuteenuse osutamisega seotud poolt ja vastuväiteid.</p> <p>(3) Alla 15-aastast patsienti teavitatakse käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud asjaoludest ja tehtud otsustest mõistlikus ulatuses, arvestades patsiendi arengutaset ja tema võimet oma tervise seisundist aru saada.</p>	<p>VÕS § 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus</p> <p>(4) Piiratud teovõimega patsiendi puhul kuuluvad lõigetes 1 ja 3 nimetatud õigused patsiendi seaduslikule esindajale niivõrd, kui võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida. Patsienti ennast tuleb lõikes 1 nimetatud asjaoludest ja tehtud otsustest teavitada mõistlikus ulatuses.</p>
<p>§ 16. Patsiendi teavitamine erijuhtudel.</p> <p>(1) Kui patsient ei suuda väimahaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu kestvalt oma tegudest aru saada või neid juhtida ning pole seetõttu võimeline tervishoiuteenuse osutamisega seotud poolt ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma (edaspidi täisealine piiratud teovõimega patsient), tuleb käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud asjaoludest teavitada patsiendi seaduslikku esindajat või usaldusisikut.</p> <p>(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud</p>	<p>VÕS § 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.</p>

<p>juhul teavitatakse patsienti käesoleva seaduse paragrahvi 13 lõikes 1 nimetatud asjaoludest ja tehtud otsustest mõistlikus ulatuses, arvestades patsiendi võimet oma tervise seisundist aru saada.</p> <p>(3) Kui tervishoiuteenuse osutamisel tekib põhjendatud kahtlus, et patsient on seisundis, mis välistab tema võime hinnata õigesti oma tervise seisundit ja otsustada tervishoiuteenuse osutamise üle, tuleb patsiendi seisundi hindamiseks kutsuda kokku vähemalt kolmest arstist koosnev komisjon.</p> <p>(4) Komisjoni kirjalikult vormistatud otsus edastatakse viivitamatult patsiendile ning patsiendi seaduslikule esindajale või usaldusisikule.</p> <p>(5) Patsiendi mittenõustumisel arstliku komisjoni otsusega on tal õigus esitada kaebus kohtusse. Kuni kohtu poolt otsuse tegemiseni võib patsiendile osutada üksnes vältimatut abi.</p>	<p>(3) Patsiendi võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul. Patsient võib nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta. Tervishoiuteenuse osutaja nõudmisel peab nõusolek või selle tagasivõtmise avaldus olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.</p> <p>(4) Piiratud teovõimega patsiendi puhul kuuluvad lõigetes 1 ja 3 nimetatud õigused patsiendi seaduslikule esindajale niivõrd, kui võrd patsient ei ole võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.</p> <p>Patsienti ennast tuleb lõikes 1 nimetatud asjaoludest ja tehtud otsustest teavitada mõistlikus ulatuses.</p>
<p>2. jagu Patsiendi nõusolek</p>	
<p>§ 17. Patsiendi nõusolek</p> <p>(1) Patsiendi võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul.</p> <p>(2) Nõusoleku andmise kohta tuleb teha kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti. Tervishoiuteenust osutava isiku nõudmisel peab patsient nõusolekut tõendama oma allkirjaga.</p> <p>(3) Kõrge ohuriskiga raviprotseduuride ja keeruliste invasiivsete tervishoiuteenuste osutamiseks antud nõusolekut peab patsient tõendama oma allkirjaga tervishoiuteenuse osutamist tõendavas dokumendis. Kõrge ohuriskiga ja keeruliste invasiivsete tervishoiuteenuste loetelu ning selliste tervishoiuteenuste osutamiseks nõusoleku andmise korra kehtestab sotsiaalminister.</p> <p>(4) Kui patsient keeldub nõusoleku andmisest, peab tervishoiuteenust osutav isik teda teavitama tervishoiuteenuse mitteosutamise võimalikest tagajärgedest ning samalaadse tervishoiuteenuse saamise muudest võimalustest. Nõusoleku andmisest keeldumise ja teavitamise kohta tehakse kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti. Tervishoiuteenust osutava isiku nõudmisel peab patsient nõusoleku andmisest keeldumist tõendama</p>	<p>VÕS § 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus</p> <p>(3) Patsiendi võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul. Patsient võib nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta. Tervishoiuteenuse osutaja nõudmisel peab nõusolek või selle tagasivõtmise avaldus olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.</p> <p>(6) Seadusega sätestatud juhtudel ja ulatuses ei ole patsiendi ega tema seadusliku esindaja nõusolek tervishoiuteenuse osutamiseks vajalik.</p>

<p>oma allkirjaga.</p> <p>(5) Patsient võib tervishoiuteenuse osutamiseks antud nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta ja loobuda tervishoiuteenusest. Tervishoiuteenust osutav isik peab patsienti sellise otsuse võimalikest tagajärgedest võimaluse korral teavitama. Nõusoleku tagasivõtmise ja teavitamise kohta peab tervishoiuteenust osutav isik tegema kande tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti. Tervishoiuteenust osutava isiku nõudmisel peab patsient nõusoleku tagasivõtmist tõendama oma allkirjaga.</p>	
<p>§ 18. Alaealise patsiendi nõusolek</p> <p>(1) Alaealise patsiendi eest annab käesoleva seaduse paragrahvi 17 lõikes 1 nimetatud nõusoleku tema seaduslik esindaja, v.a. 15-18-aastase alaealise eest, kui on täidetud käesoleva paragrahvi lõikes 2 toodud tingimused.</p> <p>(2) 15-18 aastane alaealine annab käesoleva seaduse paragrahvi 17 lõikes 1 nimetatud nõusoleku iseseisvalt, eeldusel, et ta on võimeline vastutustundeliselt kaaluma tervishoiuteenuse osutamiseiga seotud poolt ja vastuväiteid.</p> <p>(3) Alla 15-aastast patsienti kaasatakse otsuse tegemise protsessi lähtuvalt tema eest ja arengutasemest.</p> <p>(4) Vähemalt 10-aastase patsiendi puhul tuleb patsiendi arvamus märkida tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti ning seda arvestatakse tervishoiuteenuse osutamisel sedavõrd, kui võrd see on patsiendi huvisid arvestades võimalik.</p> <p>(5) Kui alaealise patsiendi või tema seadusliku esindaja poolt antud nõusolek või nõusoleku andmisest keeldumine kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.</p>	<p>PKS § 116. Vanema hooldusõiguse põhimõtted</p> <p>(1) Vanematel on oma laste suhtes võrdsed õigused ja kohustused, kui seadusest ei tulene teisiti.</p> <p>(2) Vanemal on kohustus ja õigus hoolitseda oma alaealise lapse eest (edaspidi <i>vanema hooldusõigus</i>). Vanema hooldusõigus hõlmab õigust hoolitseda lapse isiku eest (edaspidi <i>isikuhooldus</i>) ja õigust hoolitseda lapse vara eest (edaspidi <i>varahooldus</i>) ning otsustada lapsega seotud asju.</p> <p>PKS § 124. Isikuhooldusõiguse sisu</p> <p>(1) Isikuhooldus on hooldaja kohustus ja õigus last kasvatada, tema järele valvata ja tema viibimiskohta määrata ning lapse igakülgse heaolu eest muul viisil hoolitseda.</p> <p>PKS § 134. Lapse heaolu ohustamine</p> <p>(1) Kui lapse kehalist, vaimset või hingelist heaolu või tema vara ohustab vanema hooldusõiguse kuritarvitamine, lapse hooletussejätmine, vanemate suutmatus täita oma kohustusi või kolmanda isiku käitumine ja kui vanemad ei soovi või ei ole võimelised ohtu ära hoidma, rakendab kohus ohu ärahoidmiseks vajalikke abinõusid, muu hulgas käesoleva paragrahvi lõikes 3 ning käesoleva seaduse §-des 135 ja 136 loetletuid.</p> <p>(2) Lapse heaolu ohustamisest teatab lapse elukohajärgsele valla- või linnavalitsusele või kohtule riigiasutuse või omavalitsusasutuse ametnik, politseiametnik, tervishoiutöötaja, kohtunik, prokurör, notar, kohtutäitur, õpetaja või muu isik, kellel on andmeid ohustatud lapse kohta.</p> <p>PKS § 116. Vanema hooldusõiguse põhimõtted</p> <p>(3) Last hooldades ja kasvatades arvestavad</p>

	<p>vanemad, et tema võime ja vajadus iseseisvalt ja vastutusvõimeliselt tegutseda suureneb. Kui lapse arengutase seda võimaldab, arutavad vanemad lapsega hooldus- ja kasvatusküsimusi.</p>
<p>§ 19. Nõusoleku andmine erijuhtudel. (1) Täisealise piiratud teovõimega patsiendi eest, annab käesoleva seaduse paragrahvi 17 lõikes 1 nimetatud nõusoleku tema seaduslik esindaja või usaldusisik. (2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud juhul kaasatakse patsienti otsuse tegemise protsessi lähtuvalt tema võimest aru saada. (3) Kui seadusliku esindaja või usaldusisiku poolt antud nõusoleku andmisest keeldumine kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.</p>	<p>PKS § 202. Kohaldatavad sätted Täisealise eestkostele kohaldatakse lapse eestkostet reguleerivaid sätteid, kui sellest peatükist või täisealiste eestkoste sisust ei tulene teisiti. PKS § 172. Eestkoste sisu Eestkostjale kuulub nii lapse isikuhooldus- kui ka varahooldusõigus. PKS § 179. Eestkostja ülesanded ja vastutus (4) Eestkostja küsib ja arvestab eestkostetava arvamust eestkoste teostamisel, kui see on lapse vanust ja arengutaset arvestades asjakohane.</p>
<p>§ 20. Tervishoiuteenuse osutamine patsiendi nõusolekuta (vältimatu abi) (1) Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või usaldusisikut, samuti juhul, kui tervishoiuteenuse osutamiseks nõusoleku andmiseks õigustatud isikut ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka käesoleva seaduse paragrahvis 17 nimetatud nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist (vältimatu abi osutamine). Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahe tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi usaldusisiku või seadusliku esindaja kaudu. Patsiendi usaldusisikut või seaduslikku esindajat tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik. (2) Patsiendi teavitamise ja paragrahvis 17 nimetatud nõusoleku saamise kohustus tuleb täita esimesel võimalusel pärast vältimatu abi osutamist. (3) Kolmas isik ei või keelata ega takistada patsiendile vältimatu abi osutamist.</p>	<p>VÕS § 759. Lepingu sõlmimise erisused Tervishoiuteenuse osutamise leping loetakse muu hulgas sõlmituks ka tervishoiuteenuse osutamise alustamisega või tervishoiuteenuse osutamise kohustuse ülevõtmisega patsiendi nõusolekul, samuti siis, kui otsusevõimetu patsiendile tervishoiuteenuse osutamise alustamine vastab tema tegelikule või eeldatavale tahtele. VÕS § 767. Tervishoiuteenuse osutamine otsustusvõimetu patsiendile (1) Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka patsiendi nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist. Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahe tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste kaudu. Patsiendi omakseid tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamise kohta ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik. (2) Omasteks käesoleva peatüki tähenduses loetakse patsiendi abikaasat, vanemaid, lapsi, õdesid ja vendi. Omasteks võib lugeda ka muid</p>

	<p>patsiendile lähedasi isikuid, kui see tuleneb patsiendi elukorraldusest.</p>
<p>§ 21. Kohtu luba tervishoiuteenuse osutamiseks</p> <p>(1) Kui patsiendile tervishoiuteenuse osutamiseks on vajalik kolmanda isiku nõusolek, kuid nõusoleku andmiseks õigustatud isikut ei ole, teda ei ole määratud või kui selline isik ei ole kättesaadav või keeldub nõusoleku andmisest ja keeldumine kahjustab ilmselt patsiendi huve, võib patsiendile tervishoiuteenust osutada kohtu loal.</p> <p>(2) Kohus annab tervishoiuteenuse osutamiseks loa, kui see vastab patsiendi varem avaldatud või eeldatavale tahtele ja patsiendi huvidele. Kohtu luba asendab käesoleva seaduse paragrahvis 17 nimetatud nõusoleku.</p> <p>(3) Nõusoleku andmiseks võib avalduse esitada tervishoiuteenust osutav isik või muu huvitatud isik. Avalduse läbivaatamine toimub hagita menetluses tsiviilkohtumenetluse seadustikus (RT I 2005, 26, 197; 21.04.2011, 17) sätestatud korras.</p>	
<p>3. jagu Tervishoiuteenuse osutamine</p>	
<p>§ 22. Tervishoiutöötajate tutvustamine patsiendile</p> <p>Patsiendile tuleb tutvustada tervishoiutöötajaid, kes on seotud tema läbivaatuse, diagnoosimise, ravi ja hooldusega ning ennetustegevusega.</p>	
<p>§ 23. Õigus teisele arvamusele</p> <p>(1) Patsiendil on õigus saada teisest arvamust oma tervise seisundist.</p> <p>(2) Teisene arvamus on asjakohase eriarsti terviseuuringutega tõendatud esimesest arvamusest sõltumatu arvamus diagnoosi õigsusest, ravimi või tervishoiuteenuse vajalikkusest, alternatiividest, oodatavast mõjust ning tervishoiuteenuse osutamisega seotud riskidest.</p> <p>(3) Teisele arvamuse saamiseks esitab patsient kirjaliku taotluse talle tervishoiuteenust osutavale isikule. Kui patsiendi asemel on tervishoiuteenuse osutamiseks nõusoleku andmiseks õigustatud kolmas isik, võib see isik esitada ka taotluse teisele arvamuse saamiseks.</p>	<p>RaKS § 40. Teisele arvamuse võimaldamine</p> <p>(1) Haigekassa võtab kindlustatud isikult üle teisele arvamuse saamise eest tasu maksmise kohustuse vastavalt haigekassa tervishoiuteenuste loetelule, kui teisele arvamuse saamise eesmärk on välja selgitada diagnoosi õigsus, samuti ravimi või tervishoiuteenuse vajalikkus, alternatiivid ja oodatav mõju ning teenuse osutamisega seotud riskid.</p> <p>(2) Kindlustatud isikul on õigus käesoleva seaduse § 27 lõikes 2 ettenähtud korra kohaselt saada teisest arvamust ka välisriigis või tervishoiuteenuse osutajalt, kes asub välisriigis.</p> <p>(3) Haigekassa poolt kindlustatud isikult teisele arvamuse saamise eest tasu maksmise</p>

<p>Teisese arvamuse saamiseks talle tervishoiuteenust osutanud isiku poole pöördumise tähtaeg on viis aastat tervishoiuteenuse osutamisest.</p> <p>(4) Käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud taotluse saanud tervishoiuteenuse osutaja kontrollib, kas patsiendile on antud piisavalt teavet tema tervise seisundist ja kas osutatud tervishoiuteenus on olnud kvaliteetne, küllaldane ja asjakohane ning annab patsiendile selgituse. Kontrolli tulemused ja antud selgitus märgitakse tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti, mida patsient tõendab oma allkirjaga.</p> <p>(5) Kui patsient pärast selgituse saamist nõuab endiselt teisest arvamust, annab käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud taotluse saanud arst saatekirja tervishoiuteenuse teise osutaja juurde.</p> <p>(6) Tervishoiuteenuse esmane osutaja annab patsiendile kaasa kõik temale tervishoiuteenuse osutamist kajastavad dokumendid või nende koopiad või edastab digitaalselt tervishoiuteenuse teisele osutajale. Patsient vastutab temale antud dokumentide säilimise eest.</p>	<p>kohustuse ülevõtmise tingimused ja korra kehtestab sotsiaalminister määrusega.</p>
<p>§ 24. Patsiendi teavitamine tervishoiuteenuse osutamise lõppemisel või haiglast väljakirjutamisel</p> <p>(1) Kui tervishoiuteenust osutav isik lõpetab tervishoiuteenuse osutamise, on ta kohustatud andma patsiendile vajalikud juhised edasise ravi ja ennetustegevuse kohta. Juhiste andmisest tehakse kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p> <p>(2) Patsiendi soovil esitatakse käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud juhised talle kirjalikult.</p>	
<p>§ 25. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimine</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutav isik on kohustatud dokumenteerima tervishoiuteenuse osutamise käesolevas seaduses ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (RT I 2001, 50, 284; 23.02.2011, 2) paragrahvi 4² sätestatud korras.</p> <p>(2) Tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid peavad sisaldama kõiki olulisi asjaolusid, eelkõige andmeid patsiendi kaebuste, kasutatud ennetus-, diagnoosimis- või ravimeetodite kasutamise ja selle</p>	<p>VÕS § 769. Dokumenteerimiskohustus</p> <p>Tervishoiuteenuse osutaja peab patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama. Patsiendil on õigus nende dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ära kirju, kui seadusest ei tulene teisiti.</p> <p>IKS § 6. Isikuandmete töötlemise põhimõtted</p> <p>Isikuandmete töötleja on kohustatud isikuandmete töötlemisel järgima järgmisi põhimõtteid:</p>

<p>tulemuste kohta.</p> <p>(3) Tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid täidetakse viisil, mis välistab võimaluse andmete hilisemaks muutmiseks, kustutamiseks või lisamiseks.</p> <p>(4) Tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid ei tohi olla kõrvalistele isikutele kättesaadavad.</p>	<p>2) eesmärgikohasuse põhimõte – isikuandmeid võib koguda üksnes määratletud ja õiguspäraste eesmärkide saavutamiseks ning neid ei või töödelda viisil, mis ei ole andmetöötluse eesmärkidega kooskõlas;</p> <p>4) kasutuse piiramise põhimõte – isikuandmeid võib muudel eesmärkidel kasutada üksnes andmesubjekti nõusolekul või selleks pädeva organi loal;</p> <p>5) andmete kvaliteedi põhimõte – isikuandmed peavad olema ajakohased, täielikud ning vajalikud seatud andmetöötluse eesmärgi saavutamiseks;</p> <p>6) turvalisuse põhimõte – isikuandmete kaitseks tuleb rakendada turvameetmeid, et kaitsta neid tahtmatu või volitamata töötlemise, avalikuks tuleku või hävimise eest;</p>
<p>§ 26. Tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest teabe saamine</p> <p>(1) Patsiendil on õigus tutvuda kõigi tema kohta koostatud tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentidega.</p> <p>(2) Tervishoiuteenuse osutamist tõendavas dokumendis sisalduvat teavet võib tervishoiuteenuse osutamisega mitteseotud isikule edastada üksnes patsiendi nõusolekul, kui seaduses pole sätestatud teisiti. Patsiendi nõusolek peab olema kirjalik. Nõusolekus märgitakse teabe avaldamise kuupäev, teabe saaja nimi ja teabe sisu.</p> <p>(3) Patsiendil ei ole õigust nõuda tervishoiuteenuse osutamist tõendavas dokumendis tema kohta käiva teabe koostamise, kirjeldamise, kasutamise, uurimise ja uurimistulemuste kasutamise eest tasu.</p> <p>(4) Patsiendil on õigus nõuda koopiat, väljatrukki või elektroonilist koopiat tema kohta käivatest tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest.</p> <p>(5) Patsiendil on õigus nõuda tema kohta käivatest tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest tervishoiuteenust osutava isiku poolt allkirjastatud kirjalikku kokkuvõtet. Kokkuvõte tuleb koostada viisil ja sõnastuses, mis on arusaadav meditsiinalase ettevalmistuseta isikule.</p> <p>(6) Käesoleva paragrahvi lõikeid 1, 2, 4 ja 5 ei kohaldata, kui on olemas põhjendatud</p>	<p>IKS § 6. Isikuandmete töötlemise põhimõtted</p> <p>Isikuandmete töötleja on kohustatud isikuandmete töötlemisel järgima järgmisi põhimõtteid:</p> <p>7) individuaalse osaluse põhimõte – andmesubjekti tuleb teavitada tema kohta kogutavatest andmetest, talle tuleb võimaldada juurdepääs tema kohta käivatele andmetele ja tal on õigus nõuda ebatäpsete või eksitavate andmete parandamist.</p> <p>IKS § 19. Andmesubjekti õigus saada teavet ja tema kohta käivaid isikuandmeid</p> <p>(1) Andmesubjekti soovil peab isikuandmete töötleja andmesubjektile teatavaks tegema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tema kohta käivad isikuandmed; 2) isikuandmete töötlemise eesmärgid; 3) isikuandmete koosseisu ja allikad; 4) kolmandad isikud või nende kategooriad, kellele isikuandmete edastamine on lubatud; 5) kolmandad isikud, kellele tema isikuandmeid on edastatud; 6) isikuandmete töötleja või tema esindaja nime ning isikuandmete töötleja aadressi ja muud kontaktandmed. <p>(2) Andmesubjektil on õigus saada isikuandmete töötlejalt enda kohta käivaid isikuandmeid. Isikuandmed väljastatakse võimaluse korral andmesubjekti soovitud viisil. Andmete väljastamise eest paber kandjal võib isikuandmete töötleja alates 21. leheküljest nõuda tasu kuni 0,19 eurot iga väljastatud lehekülje eest, kui seadusega ei ole teabe väljastamise eest riigilõivu ette nähtud.</p>

<p>oht, et teavitamine kahjustaks oluliselt patsiendi tervist.</p> <p>(7) Patsiendil on õigus nõuda tervishoiuteenuse osutajalt täienduste või täpsustuste tegemist tema isiku- või temale tervishoiuteenuse osutamist kajastavatesse andmetesse, kui need on ebatäpsed, mittetäielikud, mitmetähenduslikud või vananenud.</p>	
<p>§ 27. Patsiendi isikuandmete ja identifitseerimist võimaldavate andmete kaitse</p> <p>Patsiendi elundid ja koed koos seda identifitseerida võimaldavate andmetega peavad olema kõrvaliste isikute eest kaitstud.</p>	<p>IKS § 6. Isikuandmete töötlemise põhimõtted</p> <p>Isikuandmete töötleja on kohustatud isikuandmete töötlemisel järgima järgmisi põhimõtteid:</p> <p>6) turvalisuse põhimõte – isikuandmete kaitseks tuleb rakendada turvameetmeid, et kaitsta neid tahtmatu või volitamata töötlemise, avalikuks tuleku või hävimise eest;</p>
<p>§ 28. Teabe salastatus</p> <p>(1) Teavet patsiendi tervise seisundi, diagnoosi, prognoosi ja ravi ning hoolduse kohta ning muud isiklikku laadi teavet võib avaldada ja väljastada üksnes isikule, kes on seotud patsiendile tervishoiuteenuse osutamisega. Teabe väljastamine on keelatud ka pärast patsiendi surma, kui seaduses ei ole sätestatud teisiti.</p> <p>(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud teavet võib isikule, kes ei ole seotud patsiendile tervishoiuteenuse osutamisega, väljastada ainult patsiendi allkirjaga tõendatud nõusolekul. Teabe ulatuse ja saaja kohta tuleb teha kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p> <p>(3) Alaealise patsiendi või, täisealise piiratud teovõimega patsiendi eest on käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud nõusoleku andmiseks õigustatud patsiendi seaduslik esindaja või usaldusisik.</p> <p>(4) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud teavet patsiendi kohta võib väljastada patsiendi, tema usaldusisiku või seadusliku esindaja loata üksnes seaduses ettenähtud juhtudel. Teabe väljastaja teeb kande teabe ulatuse ja saaja kohta tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti, mida ta tõendab oma allkirjaga.</p> <p>(5) Patsiendi identifitseerivate fotode, filmide ja kõne helisalvestiste tegemine on keelatud, välja arvatud juhul, kui patsient</p>	<p>VÕS § 768. Saladuse hoidmise kohustus</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud peavad hoidma saladuses neile tervishoiuteenuse osutamisel või tööülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid patsiendi isiku ja tema tervise seisundi kohta, samuti hoolitsema selle eest, et käesoleva seaduse §-s 769 nimetatud dokumentides sisalduvad andmed ei saaks teatavaks kõrvalistele isikutele, kui seaduses või kokkuleppel patsiendiga ei ole ette nähtud teisiti.</p> <p>(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud kohustuse täitmisest võib mõistlikus ulatuses kõrvale kalduda, kui andmete avaldamata jätmise korral võib patsient oluliselt kahjustada ennast või teisi isikuid.</p> <p>IKS § 6. Isikuandmete töötlemise põhimõtted</p> <p>Isikuandmete töötleja on kohustatud isikuandmete töötlemisel järgima järgmisi põhimõtteid:</p> <p>2) eesmärgikohasuse põhimõte – isikuandmeid võib koguda üksnes määratletud ja õiguspärase eesmärkide saavutamiseks ning neid ei või töödelda viisil, mis ei ole andmetöötlemise eesmärkidega kooskõlas;</p> <p>4) kasutuse piiramise põhimõte – isikuandmeid võib muudel eesmärkidel kasutada üksnes andmesubjekti nõusolekul või selleks pädeva organi loal;</p>

<p>või käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud isik annab selleks nõusoleku. Hädaabinumbri 112 tehtud kõned helisalvestatakse ilma käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud isiku nõusolekuta.</p> <p>(6) Isik, kes oma tööülesannete tõttu või seaduse alusel on saanud teavet patsiendi tervise seisundi, diagnoosi, ravi ja prognoosi, isikuandmete või muude identifitseerivate andmete kohta, on kohustatud hoidma saadud teavet saladuses. Teabe edastamine või avaldamine on lubatud üksnes seaduses sätestatud juhtudel.</p>	<p>5) andmete kvaliteedi põhimõte – isikuandmed peavad olema ajakohased, täielikud ning vajalikud seatud andmetöötluse eesmärgi saavutamiseks;</p> <p>6) turvalisuse põhimõte – isikuandmete kaitseks tuleb rakendada turvameetmeid, et kaitsta neid tahtmatu või volitamata töötlemise, avalikuks tuleku või hävimise eest;</p>
<p>§ 29. Üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi kasutamine</p> <p>(1) Üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodit võib tervishoiuteenuse osutamisel kasutada üksnes eetikakomitee eelneval loal ja juhul, kui traditsioonilised meetodid puuduvad või need ei ole taganud edu.</p> <p>(2) Eetikakomitee loa andmise menetlus toimub kooskõlas haldusmenetluse seadusega (RT I 2001, 58, 354; 2009, 27, 164).</p> <p>(3) Kui tervishoiuteenuse osutamisel soovitakse kasutada seni tunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodit, tuleb patsienti kirjalikult teavitada meetodi olemusest ja selle kasutamisega seonduvatest võimalikest ohtudest.</p> <p>(4) Üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodit võib kasutada üksnes patsiendi nõusolekul. Nõusolek peab olema kirjalikus vormis, see tuleb lisada tervishoiuteenuse osutamist tõendavale dokumendile. Muus osas kohaldatakse nõusoleku andmisele käesoleva seaduse paragrahve 17-21.</p>	<p>VÕS § 763. Üldtunnustamata meetodite kasutamine raviteenuse osutamisel</p> <p>(1) Üldtunnustamata ennetus-, diagnostilist või ravimeetodit võib kasutada üksnes juhul, kui tavapärased meetodid lubavad väiksemat edu, patsienti on meetodi olemusest ja selle võimalikest tagajärgedest teavitatud ning patsient on andnud oma nõusoleku meetodi kasutamiseks.</p> <p>(2) Piiratud teovõimega patsiendi eest annab käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud nõusoleku patsiendi seaduslik esindaja, kuivõrd patsient ei ole ise võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Otsusevõimetu patsiendi suhtes võib üldtunnustamata meetodit kasutada ka ilma patsiendi või tema seadusliku esindaja nõusolekuta, kui sellise meetodi kasutamata jätmine oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist.</p>
<p>4. peatükk TEADUSUURING JA KLIINILINE ÕPPETÖÖ</p>	
<p>Ei analüüsi</p>	
<p>5. peatükk TERVISHOIUTEENUSE OSUTAMISEGA SEOTUD VAIDLUSTE LAHENDAMINE</p>	
<p>§ 39. Tervishoiuteenuse osutamiseiga seotud kaebus</p> <p>(1) Tervishoiuteenusega rahulolematu patsient võib pöörduda kaebusega temale tervishoiuteenust osutava isiku või käesoleva seaduse paragrahv 41 alusel Terviseameti juurde moodustatud tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni</p>	

<p>poole. See ei välista ega piira patsiendi õigust pöörduda tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidlusega kohtusse.</p> <p>(2) Kaebusega tervishoiuteenust osutava isiku või tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni poole pöördumise tähtaeg on viis aastat tervishoiuteenuse osutamisest.</p> <p>(3) Alaealise patsiendi nimel võib kaebuse esitada käesoleva seaduse paragrahvi 18 lõikes 1 nimetatud isik. Täisealise piiratud teovõimega patsiendi eest või otsusevõimetu patsiendi nimel võib kaebuse esitada patsiendi seaduslik esindaja või usaldusisik.</p> <p>(4) Kaebus esitatakse kirjalikult. Kui kaebus esitatakse patsiendile vahetult tervishoiuteenust osutavale tervishoiutöötajale, võib kaebuse esitada ka suuliselt; sellisel juhul peab tervishoiutöötaja tegema kaebuse esitamise ja selle sisu kohta kande tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p>	
<p>§ 40. Kaebuse lahendamine tervishoiuteenust osutava isiku poolt</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutav isik, kellele kaebus on esitatud, on kohustatud kaebuse viivitamatult läbi vaatama. Kui kaebus on põhjendatud, tuleb viivitamatult võtta meetmed, mis on vajalikud patsiendi rahulolematuse põhjuse kõrvaldamiseks.</p> <p>(2) Kaebuse lahendamiseks võetud meetmetest või kaebuse rahuldamata jätmisest ning selle põhjustest tuleb hiljemalt kümne päeva jooksul kaebuse esitamisest teatada patsiendile ja kaebuse esitanud isikule. Kaebuse lahendamiseks võetud meetmete või kaebuse rahuldamata jätmise ja selle põhjuste kohta tehakse kanne tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.</p> <p>(3) Sotsiaalminister võib määrata tingimused, millele vastav tervishoiuteenuse osutaja peab moodustama patsientide kaebuste läbivaatamiseks pädeva struktuuriüksuse ja määrama selles kaebuste lahendamise korra.</p>	
<p>§ 41. Tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjon</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud vaidluse lahendamiseks moodustab sotsiaalminister oma valitsemisalas tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni</p>	<p>TTKS § 50². Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (edaspidi käesolevas paragrahvis komisjon) on nõuandev komisjon, mille eesmärk on patsiendile osutatud</p>

<p>(edaspidi kvaliteedikomisjon).</p> <p>(2) Kvaliteedikomisjon on oma otsustes sõltumatu komisjon osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedi üle tekkinud vaidluse kohtuväliseks lahendamiseks ja patsiendile tervishoiuteenuse osutamisel tekitatud kahju hindamiseks.</p> <p>(3) Komisjoni pädevuses on:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) analüüsida patsiendi ja tervishoiuteenust osutava isiku vaidluse põhjuseks olevaid asjaolusid esitatud dokumentide, asjaosaliste selgituste ja tunnistajate ütluste alusel; 2) anda hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile; 3) teha ettepanekuid Terviseametile järelevalvemenetluse algatamiseks tervishoiuteenuse osutaja tegevuse üle; 4) teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale tervishoiutöötaja pädevuse hindamiseks ja täienduskoolitusele suunamiseks; 5) teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale töökorralduse muutmiseks; 6) teha ettepanekuid Terviseametile tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa kehtetuks tunnistamiseks; 7) teha ettepanekuid Terviseametile tervishoiuteenuse osutajale tegevusloa väljaandmisest keeldumiseks; 8) teha ettepanekuid Eesti Haigekassale tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingute ülevaatamiseks. <p>(4) Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud komisjoni taotluse korral esitama komisjonile patsiendile osutatud tervishoiuteenusele hinnangu andmiseks vajalikke andmeid. Komisjoni liige ei tohi avaldada talle oma ülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid.</p> <p>(5) Komisjon ei anna hinnangut patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohta, kui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tervishoiuteenuse osutamisest on möödunud rohkem kui viis aastat, 2) samas asjas on olemas jõustunud kohtuotsus või 3) samas asjas toimub kohtumenetlus. <p>(6) Kvaliteedikomisjoni töökorralduse ja asjaajamise korra kehtestab sotsiaalminister.</p> <p>(7) Kvaliteedikomisjonil on seitse liiget. Tartu Ülikooli arstiteaduskond nimetab ühe arstikutsega liikme, Terviseamet nimetab ühe liikme, arstide esindusühingud ühe</p>	<p>tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmine ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine.</p> <p>(2) Komisjoni pädevuses on:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) anda hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile; 2) teha ettepanekuid Terviseametile järelevalvemenetluse algatamiseks tervishoiuteenuse osutaja tegevuse üle; 3) teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale tervishoiutöötaja pädevuse hindamiseks ja täienduskoolitusele suunamiseks; 4) teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale töökorralduse muutmiseks; 5) teha ettepanekuid Terviseametile tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa kehtetuks tunnistamiseks; 6) teha ettepanekuid Terviseametile tervishoiuteenuse osutajale tegevusloa väljaandmisest keeldumiseks; 7) teha ettepanekuid Eesti Haigekassale tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingute ülevaatamiseks. <p>(4) Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud komisjoni taotluse korral esitama komisjonile patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmiseks vajalikke andmeid. Komisjoni liige ei tohi avaldada talle oma ülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid.</p> <p>(3) Komisjon ei anna hinnangut patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohta, kui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tervishoiuteenuse osutamisest on möödunud rohkem kui viis aastat, 2) samas asjas on olemas jõustunud kohtuotsus või 3) samas asjas toimub kohtumenetlus. <p>(5) Komisjon esitab iga kalendriaasta 1. veebruariks Terviseametile aruande kõikidest möödunud kalendriaasta jooksul komisjonile esitatud avaldustest ning komisjoni hinnangutest.</p> <p>(6) Komisjoni moodustab ja selle koosseisu <u>kinnitab sotsiaalminister</u>.</p> <p>(7) Komisjoni töökorra ja tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise <u>korra kehtestab sotsiaalminister</u>.</p> <p>Tervishoiuteenuste kvaliteedi</p>
---	--

<p>arstikutsega liikme, õdede esindusühingud ühe õekutsega liikme. Eesti patsientide esindusorganisatsioonid nimetavad ühe liikme. Justiitsminister nimetab kaks juristikutsega liiget.</p> <p>(8) Kvaliteedikomisjoni liige peab olema oma valdkonna tunnustatud asjatundja, kellel on kvaliteedikomisjoni liikme kohustuste täitmiseks vajalikud teadmised ja laitmatu reputatsioon. Kvaliteedikomisjoni liige peab omama alalist elukohta Eestis.</p> <p>(9) Kvaliteedikomisjoni liikme võib ametisse nimetada kuni viieks aastaks.</p> <p>(10) Kvaliteedikomisjoni liikme nimetanu kutsub komisjoni liikme ennetähtaegselt tagasi mõjuva põhjuse ilmnemisel, milleks on eelkõige kohustuste olulisel määral täitmata jätmine, püsiv huvide konflikt või võimetus osaleda komisjoni töös.</p> <p>(11) Kvaliteedikomisjoni liige, kelle puhul on alust arvata, et ta pole käsitletavas küsimuses erapooletu, kaotab õiguse hääletada ja võib taanduda ise või võidakse kvaliteedikomisjoni otsusel taandada küsimuse käsitlemiselt.</p> <p>(12) Komisjon esitab iga kalendriaasta 1. veebruariks Terviseametile aruande kõikidest möödunud kalendriaasta jooksul komisjonile esitatud avaldustest ning komisjoni hinnangutest.</p>	<p>ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine. 16.05.2008 nr 27. – RTL 2008, 41, 575; RT I, 17.06.2011, 3.</p> <p>§ 2. Komisjoni hinnangu andmise kord</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmisel lähtub komisjon muuhulgas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tervishoiuteenuse osutamist tõendavatest dokumentidest, 2) komisjoni poole hinnangu saamiseks pöördunud isiku selgitustest; 3) tervishoiuteenuse osutamisele õigusaktidega kehtestatud nõuetest; 4) üldtunnustatud heast meditsiinitavast ja meditsiinieetika põhimõtetest. <p>§ 4. Komisjoni moodustamine</p> <p>(1) Komisjoni kuuluvad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sisehaiguste ekspert; 2) kirurgia ekspert; 3) sünnitusabi ja günekoloogia ekspert; 4) patoloogia ekspert; 5) hambaravi ekspert; 6) onkoloogia ekspert; 7) uroloogia ekspert; 8) neuroloogia või neurokirurgia ekspert; 8¹) psühhiaatria ekspert; 9) õenduse ekspert; 10) üldarstiabi korralduse ekspert; 11) patsiendiõiguste ekspert; 12) Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna esindaja; 13) Eesti Haigekassa esindaja; 14) Terviseameti esindaja. <p>(2) Minister võib lisaks lõikes 1 nimetatud ekspertidele nimetada teiste erialade eksperte komisjoni ajutisteks liikmeteks.</p>
<p>§ 42. Kvaliteedikomisjoni pädevus patsiendile tekitatud kahju väljaselgitamisel</p> <p>(1) Patsiendile tekitatud kahju ja tervishoiuteenust osutava isiku vastutuse kindlakstegemisel on kvaliteedikomisjon eelkõige kohustatud uurima, kas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) patsiendil tekkinud kahjustus on tekkinud tervishoiuteenuse mittenõuetekohase osutamise tõttu patsiendi tervise seisundi kindlakstegemise või raviprotsessi käigus, eelkõige vale diagnoosi või ravi tagajärjel; 2) patsiendil tekkinud kahjustuse põhjustas tervishoiuteenust osutava isiku 	

<p>mitteküllaldane tähelepanu patsiendi kaebustele või tervisehäiretele või heast kliinilisest praktikast kõrvalekaldumine või tervishoiuteenuse osutamine mitteprofessionaalsel tasemel.</p> <p>(2) Kui kaebuse esitanud patsient taotleb temale tekitatud mittevaralise kahju hüvitamist, eelkõige käesoleva paragrahvi lõikes 1 loetletud kahjustustest tingitud täiendavate raviprotseduuridega seotud füüsiliste ja hingeliste kannatuste ning valu või käesoleva seaduse paragrahvis 28 sätestatud teabe saladuses hoidmise kohustuse rikkumise tõttu, võib kvaliteedikomisjon pooltele teha ettepaneku kokkuleppe saavutamiseks mõistliku hüvisesumma maksmise osas patsiendile.</p>	
<p>§ 43. Kvaliteedikomisjoni ettepanekute täitmise tagamine</p> <p>(1) Kvaliteedikomisjon teavitab kaebuse esitajat ja teist poolt 10 tööpäeva jooksul otsuse tegemisest oma hinnangust ja selgitab ettepanekute täitmise käiku.</p> <p>(2) Tervishoiuteenust osutav isik, kelle tervishoiuteenuse on kvaliteedikomisjon tunnistanud mittekvaliteetseks, peab 10 päeva jooksul otsuse teatavaks tegemisest teatama kvaliteedikomisjonile olukorra parandamise ja kahju hüvitamise meetmetest.</p>	
<p>§ 44. Patsientide Esindusühing</p> <p>(1) Patsientide Esindusühingu rahastamine on avalik.</p> <p>(2) Ühing, mille põhikirjas on sätestatud patsientide huvide esindamine ei või olla rahastatud tervishoiuteenuste osutajate, ravimite tootjate, vahendajate ja müüjate poolt.</p>	
<p>§ 45. Patsiendinõunik</p> <p>(1) Patsiendinõunik on Terviseameti ametnik, kelle põhiülesanded on:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kaitsta patsiendi õigusi seaduste ja muude õigusaktide rakendamisel ja kohaldamisel; 2) abistada patsienti tema seaduslike õiguste kaitsel; 3) anda patsiendile teavet tema õigustest tervishoiuteenuse saamisel; 4) abistada patsienti tervishoiuteenuse kohta kaebuse esitamisel ja vormistamisel, kaebuse esitamiseks vajalike dokumentide kogumisel ning patsiendile tekitatud kahju olemuse selgitamisel; 	

<p>5) teavitada avalikkust patsiendi õigustest ja kohustustest ning tegutseda patsiendi õiguste elluviimise nimel.</p> <p>(2) Patsiendinõunik on juristi, arsti või sotsiaaltöötaja kutsega avalik teenistuja.</p> <p>(3) Sotsiaalminister nimetab patsiendinõuniku ametisse neljaks aastaks ja kehtestab tema teeninduspiirkonna ning teenistuskohustused.</p>	
<p>6. peatükk JÄRELEVALVE</p>	
<p>§ 46. Järelevalve seaduse täitmise üle Järelevalvet käesoleva seaduse täitmise üle teostavad oma pädevuse piires:</p> <p>1) patsiendile kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise ja patsiendi seadusega kehtestatud õiguste kaitse üle – Terviseameti ametnikud;</p> <p>2) patsiendi delikaatsete isikuandmete kaitse üle – Andmekaitse Inspektsiooni ametnikud isikuandmete kaitse seaduses sätestatud korras.</p>	
<p>§ 47. Järelevalve teostamisel saadud delikaatsed isikuandmed Järelevalve teostajale järelevalve teostamisel teatavaks saanud delikaatsed isikuandmed ei kuulu avaldamisele. Järelevalveametnik ning muu isik, kellele on edastatud järelevalve teostamisel teatavaks saanud andmed, on kohustatud talle teatavaks saanud delikaatseid isikuandmeid hoidma tähtajatult saladuses, kui seaduses ei ole sätestatud teisiti.</p>	
<p>§ 48. Järelevalve teostaja ülesanded ja pädevus Järelevalve teostaja:</p> <p>1) kontrollib seadusega ning selle alusel kehtestatud nõuetest kinnipidamist;</p> <p>2) teeb vajadusel seadusest tulenevate nõuete rikkumise lõpetamiseks ettekirjutusi tervishoiuteenust osutavale isikule;</p>	

<p>§ 49. Järelevalveametniku ettekirjutus</p> <p>(1) Käesolevast seadusest tulenevate nõuete rikkumise avastamisel teeb käesoleva seaduse paragrahvi 47 nimetatud isik rikkumise lõpetamiseks tervishoiuteenust osutavale isikule ettekirjutuse.</p> <p>(2) Ettekirjutus peab sisaldama järgmisi andmeid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ettekirjutuse koostaja nimi ja ametikoht; 2) ettekirjutuse tegemise kuupäev; 3) ettekirjutuse saaja nimi ja asu- või elukoht; 4) ettekirjutuse tegemise alus koos viitega õigusakti asjakohasele sättele; 5) ettekirjutuse sisu ja selle täitmise tähtaeg; 6) ettekirjutuse täitmata jätmisel kohaldatavad meetmed; 7) ettekirjutuse edasikaebamise kord. <p>(3) Ettekirjutuse täitmata jätmisel võib järelevalveametnik rakendada sunniraha asendustäitmise ja sunniraha seaduses (RT I 2001, 50, 283; 2007, 24, 127) sätestatud korras või teha ettepaneku tegevusloa kehtetuks tunnistamiseks.</p> <p>(4) Käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud sunniraha ülemmäär on 9 600 eurot.</p>	
<p>§ 50. Järelevalveametniku ettekirjutuse peale kaebuse esitamine</p> <p>(1) Tervishoiuteenust osutaval isikul on õigus esitada käesoleva seaduse paragrahvi 46 punktides 1 ja 2 nimetatud isiku ettekirjutuse või muu toimingu peale kaebus Terviseameti peadirektorile kümne päeva jooksul, arvates ettekirjutuse kättesaamisest või toimingu sooritamisest teadasaamisest. Kaebuse menetlemisele kohaldatakse haldusmenetluse seaduse 5. peatüki sätteid (vaidemenetlus) käesolevast seadusest tulenevate erisustega.</p> <p>(2) Kaebuse esitamine Andmekaitse Inspeksiooni ametniku ettekirjutuse või muu toimingu peale toimub isikuandmete kaitse seaduses sätestatud korras.</p> <p>(3) Terviseameti peadirektor on kohustatud tervishoiuteenust osutava isiku kaebuse läbi vaatama ühe kuu jooksul kaebuse saamise kuupäevast arvates.</p> <p>(4) Terviseameti peadirektoril on õigus tunnistada oma motiveeritud käskkirjaga seaduse, Vabariigi Valitsuse määruse või korralduse või ministri määruse või käskkirjaga vastuolus olev ettekirjutus</p>	

<p>kehtetuks või keelata seaduse, Vabariigi Valitsuse määruse või korralduse või ministri määruse või käskkirjaga vastuolus olev toiming.</p> <p>(5) Terviseameti peadirektor võib kaevatava ettekirjutuse või toimingu täitmise peatada haldusmenetluse seaduse paragrahvis 81 nimetatud asjaolude esinemisel kuni kaebuse läbivaatamiseni.</p>	
<p>7. peatükk VASTUTUS</p>	
<p>§ 51. Tervishoiuteenuse osutamise kohustuse rikkumine</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutamise kohustuse rikkumise eest karistatakse kuni 300 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, karistatakse kuni 5 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 52. Mittekvaliteetse tervishoiuteenuse osutamine</p> <p>(1) Mittekvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise eest karistatakse kuni 300 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 5 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 53. Patsiendi teavitamise kohustuse rikkumine</p> <p>(1) Patsiendi teavitamise kohustuse rikkumise eest - karistatakse kuni 200 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 3 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 54. Patsiendi nõusoleku saamise kohustuse rikkumine</p> <p>(1) Patsiendi läbivaatamiseks ja talle tervishoiuteenuse osutamiseks nõusoleku saamise kohustuse rikkumise eest - karistatakse kuni 300 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 5 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 55. Üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi ebaseaduslik kasutamine</p> <p>(1) Üldtunnustamata ennetus-, läbivaatus- või ravimeetodi ebaseadusliku kasutamise</p>	

<p>eest, - karistatakse kuni 200 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 3 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 56. Teadusuuringule esitatavate nõuete rikkumine</p> <p>(1) Teadusuuringule esitatavate nõuete rikkumise eest -karistatakse kuni 300 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 5 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 57. Isiku ebaseaduslik kaasamine teadusuuringusse</p> <p>(1) Isiku kaasamise eest teadusuuringusse, kui isiku kaasamine ei olnud käesoleva seaduse alusel lubatud - karistatakse kuni 300 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 5 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 58. Patsiendi ebaseaduslik kaasamine kliinilisse õppetöösse</p> <p>(1) Patsiendi ebaseadusliku kaasamise eest kliinilisse õppetöösse - karistatakse kuni 100 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 1 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 59. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise kohustuse rikkumine</p> <p>(1) Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise kohustuse rikkumise eest - karistatakse kuni 100 trahviühiku suuruse rahatrahviga.</p> <p>(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik - karistatakse kuni 1 000 eurose rahatrahviga.</p>	
<p>§ 60. Menetlus</p> <p>(1) Käesoleva seaduse paragrahvides 51-59 sätestatud väärtegadele kohaldatakse karistusseadustiku üldosa ja väärteomenetluse seadustiku sätteid.</p> <p>(2) Käesoleva seaduse paragrahvides 51-59 sätestatud väärtegade kohtuväline menetleja on Terviseamet.</p>	
<p>§ 61. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (RT I 2001, 50, 284; 23.02.2011, 2) § 50² tunnistatakse kehtetuks</p>	
<p>§ 62. Seaduse jõustumine</p> <p>Käesolev seadus jõustub 1. juulil 2012. a.</p>	

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Krõõt Olo (sünnikuupäev: 7. november 1988. a.)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihlitsentsi) enda loodud teose „Patsiendiseaduse eelnõu analüüs arsti-patsiendi suhtest lähtuvalt”, mille juhendaja on dr. iur. Ants Nõmper ja kaasjuhendaja prof. Jaan Sootak,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 6. mail 2013. a.