



SOTSIAALMINISTEERIUM

## FAKTILEHT: tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustus ehk patsiendikindlustus

**Patsiendikindlustuse loomise esmane ja kõige olulisem eesmärk** on tagada tervishoiuteenuste kõrge kvaliteet ja patsiendiohutus.

Patsiendikindlustus aitab:

- tulevikus patsientide huve senisest paremini kaitsta;
- motiveerida raviasutusi välditavate ravivigadega tegelema, neid analüüsima ja neist õppima.

### Kuidas toimub kahju hüvitamine praegu?

Senise süsteemi järgi tuleb patsiendil hüvitise taotlemiseks võimaliku ravivea kahtluse korral pöörduda kõigepealt tervishoiuteenuse osutaja poole. Lisaks on võimalik pöörduda tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni, kes annab tasuta õiguslikult mittesiduva eksperthinnangu, kas tegemist oli või ei olnud nende hinnangul ravivea või eksimusega.

Hüvitise saamine sõltub tervishoiuteenuse osutaja valmisolekust juhtumit analüüsida ja viga/eksimust tunnistada. Lisaks on hüvitist võimalik taotleda kohtu kaudu, mis on patsiendile koormav.

Praegu on vastutuskindlustusega kaetud 70%-80% arstidest ja see kaitseb eelkõige neid endid juhtudel, kui patsiendile tuleks maksta kahjuhüvitist. Hüvitist saab juhul, kui on tuvastatud tervishoiuteenuse osutaja süüline rikkumine.

Välditavate tüsistuste ja ohujuhtumitega tegelemine, sh nende registreerimine ja ennetamine on praegu tervishoiuteenuse osutaja kohustus. Tsentraalselt tuleb raporteerida vaid haiglanakkused, ravimite rasked kõrvaltoimed, meditsiiniseadmetega seotud ohujuhtumid.

### Milliste ravivigade tõttu Eestis ravikvaliteedi ekspertkomisjoni poole pöörduetakse?

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni praktika näitab, et peamine tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud raske tervisekahjustuse või patsiendi surma põhjus **on eksimine diagnoosimisel ja sellest tingitud ravi hilinemine**, nt raskete kohest ravi vajavate haiguste puhul nagu südamelihase infarkt, maohaavandi perforatsioon, meningoentsefaliit vms.

Teisel kohal on **eksimine ravimisel või ravitaktika valikul**. Näiteks juhtumid kui operatsiooni käigus või süstimisel vigastatakse närvi või veresooni või eksitakse sünnituse juhtimise taktika valikul. Siia kuuluvad ka eksimused meditsiiniseadme kasutamisel ravi või diagnoosimise käigus, nt kehavälise vereringe valesti ühendamine.

Viimase kümne aasta jooksul menetletud patsiendi raske kahjustuse või surma põhjustanud 29 juhtumist, mille TKE hindas eksimuseks, oli 16 seotud hilinenud või vale diagnoosiga, 11 juhul valiti vale ravi- või sünnituse juhtimise taktika või operatsioonimeetod või vigastati patsienti operatsiooni käigus ning kahel juhul oli tegu meditsiiniseadme väära kasutamisega.

**Eesmärk on luua kindlustus**, mis hüvitab patsiendile tervishoiuteenuse käigus saadud kahjud, mille tekkimine oli mõistlikkuse piires välditav. Tervisekahju hüvitamiseks on oluline välditavuse aspekt. Kahju hüvitamine peab olema võimalikult kiire ning kannatada saanud inimese jaoks lihtne. Kahju hakatakse hüvitama seadusega kehtestatud korras. Hüvitise suurus sõltub kahju suurusest.

### **Kuidas edaspidi kahju hüvitist taotleda saab?**

Patsient saab edaspidi juhtudel, kui ta on saanud raviprotsessis välditavat kahju, pöörduda hüvitise taotlemiseks kindlustusandja poole, kes konkreetsele haiglale kindlustust pakub, juhtumit hindab ja otsustab kahju hüvitamise. Patsient võib pöörduda ka sama raviasutuse poole ning sel juhul saab ta sealt juhised edasi tegutsemiseks. Samas jääb patsiendile ka pärast kindlustusseltsilt otsuse saamist võimalus pöörduda lepituskomisjoni poole otsuse vaidlustamiseks, kui ta otsusega ei nõustu. Lepituskomisjon luuakse terviseameti juurde.

### **Millistel juhtudel saab hüvitist taotleda?**

Hüvitist võib taotleda tervishoiuteenuse osutamise käigus saadud nakkuste ning õnnetusjuhtumiga või meditsiinitehnika kasutamisega kaasnenud kahjude eest. Hüvitis katab vigastuse, lisakahjud (tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevad kulud, sissetulekute kaotus (nii kahjukannataja kui ka põetaja oma), matusekulud, mittevaralise kahju (valu ja kannatused, püsiv funktsioonide kahjustus, püsiv kosmeetiline kahjustus).

Hüvitatakse kahju, mis tekkis järgmise sündmuse või asjaolu tagajärjel:

- 1) diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu läbi viimine või selle teostamata jätmine;
- 2) diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu käigus saadud nakkus;
- 3) patsiendi transportimisel aset leidnud vigastus või kahjustus;
- 4) diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu käigus kasutatud seadme rike, nt hingamisaparaadid, kirurgiainstrumendid, patsiendi seisundi jälgimise seadmed, haiglavoodid ja uuringulauad.
- 5) ravi käigus patsiendile vale ravimi, ravimiannuse või kõlbmatuks muutunud ravimi manustamine või ravimi väär kasutamine;
- 6) dokumenteerimiskohustuse rikkumine;
- 7) raviasutuse korraldusliku kohustuse rikkumine, mis on otseselt seotud diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu teostamisega või teostamata jätmisega (näiteks eksimine raviasutuse protseduurireeglite vastu või patsientide segamini ajamine ja valele patsiendile protseduuride tegemine vms).

Patsiendikindlustus ei käsitle olukordi, kus kahtlustatakse tahtlust – nende juhtumite puhul tuleb pöörduda õiguskaitseorganite poole.

Kindlustussumma inimese kohta on kuni 100 000 eurot, kindlustusjuhtumi kohta kuni 300 000 eurot ja lepingujärgse kindlustusperioodi kohta kuni 3 miljonit eurot. Mittevaralise kahju kindlustussumma on inimese kohta kuni 30 000 eurot ja kindlustusjuhtumi kohta kuni 100 000 eurot.

### **Miks ei looda patsiendikindlustusfondi?**

Kolm aastat pärast kohustusliku vastutuskindlustuse süsteemi käivitumist on kavas analüüsida vastutuskindlustuse toimimist ning järgmise sammuna luua vajadusel patsiendikindlustusfond. Nii võib patsientidel tekkida edaspidi võimalus pöörduda kindlustusandjate moodustatava patsiendikindlustusfondi poole.

### **Senised kaebused ravikvaliteedi ekspertkomisjonile:**

Kaebustega tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni poole pöördumiste arv on püsinud aastati 200 juhtumi piires. Kui 2019. aastal menetleti 178 juhtumit ja vajakajäämisi leiti neist 43 korral, siis 2018. aastal menetles komisjon 191 juhtumit ja leidis vajakajäämisi 45 korral. 2020. aastal menetles komisjon kokku 204 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 51 korral, millest meditsiinilise tegevuse vigu leiti 25 juhul. 26. juhul hinnati kaebus osaliselt põhjendatuks kas dokumentide ebakorrekse täitmise või patsiendi või tema lähedastega suhtlemises olnud vajakajäämist tõttu.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni puhul on ette nähtud, et ta peab andma hinnangu nelja kuu jooksul.