

Tagasiside tabel patsiendikindlustuse seaduse eelnõule

Kaitseministeerium	Sotsiaalministeeriumi kommentaar
1. Eelnõu § 2 lõike 1 alusel kohaldatakse patsiendikindlustuse seadust ainult Eesti Vabariigis tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel tekkinud kahju hüvitamisele. Teeme ettepaneku laiendada seaduse kohaldumist ka väljaspool Eestit aset leidnud kindlustusjuhtumitele, juhul kui tervishoiuteenuse osutaja tegutseb Eestis väljastatud tegevusloa alusel. Riigikaitseseadus sätestab Kaitseväe osalemise rahvusvahelises sõjalises koostöös (sõjalisel operatsioonil või sõjalisel õppusel) ning see võib sisaldada ka Kaitseväe kui tervishoiuteenuse osutaja poolt tervishoiuteenuste osutamist väljaspool Eesti Vabariigi territooriumi. Kokkuleppel konkreetse kindlustusandjaga või eelnõu §-s 19 sätestatava täiendava piirangu alusel on vajaduse korral võimalik täpsustada kindlustuskaitse kehtivust sõjalise konflikti piirkonnas aset leidnud juhtumite suhtes, kuid kindlasti ei tohiks piirangut kehtestada ainult Eesti Vabariigi territooriumist lähtudes. Kuna kindlustusjuhtum võib aset leida ka tervishoiuteenuse osutamisel patsiendi transpordi käigus (välisriigist Eestisse), siis võib see lisaks Kaitseväele puudutada ka teisi tervishoiuteenuse osutajaid.	KaM-ga küsimus läbi arutatud. Arvestades § 19 kahjuhüvitamise välistusi, mille kohaselt ei hüvitata kahju, mis on tekkinud kõrgendatud kaitsevalmiduse, erakorralise seisukorra või sõjaseisukorra või hädaolukorra tõttu, ei ole põhjendatud ja vajalik ettepanekut arvestada. Juhul kui TTO tegutseb/osutab teenust väljaspool Eestit, on võimalik kaitseväel sõlmida vajaduspõhiselt vabatahtlik kindlustusleping, mis oleks ka paindlikum valdkonna jaoks ning võimaldaks hinnata kindlustuse vajalikkust.
2. Eelnõu § 7 lõike 2 punkti 5 alusel võiks hüvitamisele kuuluda ka kahju, mis on tekkinud tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile vale ravimi või ravimiannuse määramise või väljastamise või ravimi väärkasutamise tagajärjel. Eelnõus toodud sõnastus hõlmab ainult juhtumeid, kui tervishoiuteenuse osutamise käigus on patsiendile ravimit manustatud.	Sõnastuse muutmine ei ole vajalik, kuna vale ravimi või ravimiannuse määramine on kaetud § 10 alusel. KaM-ga küsimus läbi arutatud.
3. Eelnõu § 8 lõikes 1 on kindlustussummana sätestatud 100 000 eurot õigustatud isiku kohta. Seletuskirjas (lk 17) on ilmselt ekslikult märgitud, et nimetatud summa on „vähemalt 100 000 eurot“.	Arvestatud.
4. Eelnõu § 13 osas on seletuskirjas märgitud, et töövõimetus jaguneb osaliseks töövõimeks ja puuduvaks töövõimeks. Palume üle vaadata nimetatud mõistete kasutamise ning lõike 2 puhul seletuskirjas toodud viite riikliku pensionikindlustuse seadusele seoses töövõimetuspensioni määramisega püsiva töövõimetus ajaks. Ilmselt on eelnõu ja seletuskirja koostamisel silmas peetud osalise või puuduva töövõime hindamist ning töövõimetoetuse määramist töövõimetoetuse seaduse alusel.	Arvestatud.
5. Eelnõu § 18 lõike 2 sõnastuse osas teeme ettepaneku „funktsioonihäire sügavuse“ asemel kasutada „funktsioonihäire ulatus“.	Sõnastus on sama, mis liikluskindlustuse seaduse § 32 lõikes 2 kasutatud sõnastus. Käesoleva seadusega ei soovi me kindlustusvaldkonna jaoks uusi termineid kasutada. KaM-ga küsimus läbi arutatud.
6. Eelnõu § 18 lõikes 3 toodud mittevaralise kahju suuruse osas jääb arusaamatuks jaotuse „keskmise raskusega kergem tervisekahjustus“ ja „keskmise raskusega raskem tervisekahjustus“ kasutamine (sama jaotus on toodud ka eelnõu § 18 lg 5 sätestatud rakendusakti kavandis) ja kuidas on kavas need mõisted sisustada. Leiame, et seletuskirjas (lk 38–40) toodud jaotus (vähene, kerge, keskmise raskusega, raske, väga raske ja üliraske tervisekahjustus) on oluliselt selgem ja paremini mõistetavam.	Mõisted on kavas sisustada rakendusaktidega. Sõnastus on sama, mis liikluskindlustuse seaduse § 32 lõikes 3 kasutatud sõnastus. KaM-ga küsimus läbi arutatud.
7. Eelnõu § 19 punkt 4 – vt p.1 toodud märkust kindlustusjuhtumite osas, mis leiavad aset väljaspool Eesti Vabariigi territooriumi.	Vt kommentaari punkt 1 juures.
8. Eelnõu § 19 punkti 7 sõnastust tuleks korrigeerida, kuna praegune sõnastus sätestab „kahju, mida isikul on õigus saada“. Sättega	Avaliku teenistuse eriseadustes sätestatud sotsiaalsed tagatised on eelkõige seotud

<p>seondult palume täiendavalt analüüsida, kuidas suhestuvad patsiendikindlustuse seaduse alusel makstavad hüvitised teistes eriseadustes (nt kaitseväeteenistuse seadus, avaliku teenistuse seadus) sätestatud sotsiaalsete tagatistega. Reaalne võib olla olukord, kus tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel on kahju tekkinud patsiendile teenistusülesannete täitmisel ning ühtlasi on tegemist kindlustusjuhtumiga patsiendikindlustuse seaduse alusel. Kindlasti tuleks välistada võimalus, et sama kahju suhtes kohalduvad mitmes seaduses sätestatud tagatised.</p>	<p>olukordadega, kui teenistusülesande täitmisel on isik saanud tervisekahju. Juhul kui kohalduks ühel ajal nii avaliku teenistuse eriseadus kui vastutuskindlustuse seadus, siis vastutuskindlustuse seaduse alusel arvestatakse maha summad, mida isikul on õigus saada muu seaduse alusel. KaM-ga küsimus läbi arutatud.</p>
<p>9. Eelnõu § 30 lõike 2 osas palume täpsustada, milline on patsiendikindlustuse registris töödeldavate (eeskätt patsienti ja kindlustusjuhtumit puudutavate) andmete koosseis ning kuidas toimub nende andmete esitamine. Selgitame, et Kaitseväes aset leidnud juhtumite menetlemisel võib osa vajalikest andmetest olla riigisaladus vastavalt riigisaladuse ja salastatud välisteabe seadusele (nt § 7 lg 8) ja riigisaladuse ja salastatud välisteabe kaitse korrale (nt § 5 lg 8).</p>	<p>Eelnõu muudetud ja registri sätted välja jäetud.</p>
<p>10. Eelnõus kavandatava patsiendikindlustuse süsteemi rahastamise osas on seletuskirjas (lk 5) toodud selgitus, et kindlustuskaitse komponent planeeritakse Eesti Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste hindadesse ning teenuseosutajatel, kellel puudub leping Eesti Haigekassaga, on võimalik see samuti arvestada teenuste hindadesse. Arvestamata on jäänud tervishoiuteenuse osutajad, kelle tegevust ei rahastata ravikindlustuse eelarvest ega ka tasuliste teenustena, vaid otse riigieelarvest (nt Kaitsevägi). Seoses kindlustuskohustuse tekkimisega kaasnevad Kaitseväe kui tervishoiuteenuse osutaja jaoks eelnõu rakendamisega täiendavad kulud, mis tuleb planeerida Kaitseministeeriumi valitsemisala eelarvesse. Kahjuks ei ole eelnõu ega seletuskirja põhjal võimalik hinnata, milliste kriteeriumite alusel toimub kindlustusriski hindamine ning milline võiks olla vastava lisakulu ulatus Kaitseväe puhul. Palume täpsustada, millest tuleks vastava kulu planeerimisel lähtuda.</p>	<p>Oleme kokku leppinud teha selles osas koostööd Eesti Haigekassaga, kes kulukomponendi suurust ja metoodikat erinevates teenustes uue kululiigi lisamiseks alles välja töötavad. Arvestades, et kaitseväes osutatakse üldarstiabi, hambaravi ja kiirabiteenust, tuleks lisakulu hindamisel lähtuda nende teenuste riskiastmest. KaM-ga küsimus läbi arutatud.</p>
<p>Rahandusministeerium</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Palume koostada ja seletuskirjale lisada praegu esitatust süsteemsem majandusliku mõju hinnang ning süsteemi käivitamisega seotud ühekordseid ning regulaarseid kulusid arvestav finantsprojektsioon. Kindlustussüsteemi kulude puhul palume seejuures lähtuda kindlustusjuhtumite (patsiendiohutusjuhtumite) esinemise tõenäosusest ja nendega kaasnevatest kuludest ning eraldi välja tuua kindlustussüsteemi kõik muud halduskulud (praegu on seletuskirjas mainitud, et lisakulu ainuüksi ravikindlustusele on ca 4 mln eurot aastas, kusjuures hüvitiste kogumaht on orienteeruvalt 2,5 kuni 3,1 mln eurot aastas). Finantsprojektsiooni puhul palume ka välja tuua kindlustuse positiivne mõju ravikuludele, sest patsiendiohutusjuhtumite arv peaks keskmises perspektiivis vähenema. Meie jaoks on oluline, et patsiendikindlustus oleks nii funktsionaalselt kui finantsiliselt tõendatult kestlik.</p>	<p>1. Arvestatud, seletuskirja täiendatud</p>
<p>Osana mõjuanalüüsist ja finantsprojektsioonist palume hinnata, kas seaduseelnõule lisatud rakendusakti („Patsiendiohutuse andmekogusse edastatavate patsiendiohutusjuhtumite loetelu, andmekoosseisud ning</p>	<p>Arvestatakse rakendusakti koostamisel.</p>

<p>andmete esitamise ja säilitamise tingimused ja kord“) kavandis toodud loetelu katab kõik olulisemad haiglates ja teiste teenuseosutajate juures aset leidvad patsiendiohutusjuhtumid. Teeme samuti ettepaneku kaaluda, et kohustuslik ja riigieelarve vahenditest rahastatav patsiendikindlustus kataks ravikulud haigekassaga võrdses ulatuses ning sama põhimõtet analüüsida ka teiste hüvitiste puhul .</p>	
<p>Palume analüüsida põhjalikumalt süsteemi rahastamise erinevaid võimalusi, lisaks eelnõus pakutud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste hindade kaudu näiteks teenuseosutajatele kvaliteeditasu maksmist või Eesti Haigekassa lepingute kasutamist. Praegu ei ole selge, millise mehhanismi kaudu peaks loodav süsteem mõjutama ravi kvaliteeti ja vähendama patsiendiohutusjuhtude arvu, mistõttu me ei saa välja pakutud lahendusega nõustuda. Igal juhul palume seaduseelnõu seletuskirjas selgitada, kuidas patsiendikindlustuse kindlustusmakse komponent lisataks haigekassa teenuste hindadesse (mh. arvestades, et teenuseosutajad pakuvad raviteenuseid ka väljaspool haigekassa lepingut). Me ei toeta samuti kasumi komponendi lisamist võimalikesse ravikindlustuse poolt kompenseeritavatesse kuludesse.</p>	<p>Arvestatakse ja analüüsitakse vastava rahastussüsteemi välja töötamisel koostöös EHK-ga aastaks 2024.</p>
<p>Eeltoodust tulenevalt palume patsiendikindlustuse süsteemi puhul võtta lähtekohaks, et selleks vajalikud vahendid tuleb leida tervise tulemusvaldkonna eelarve praegusest raamistikust ning süsteemi käivitamiseks ja toimimiseks ei ole vaja täiendavaid riigieelarvelisi toetusi. Vastavaid võimalusi saab analüüsida RES 2021 – 2024 menetlemise käigus, sh. Sotsiaalministeeriumi valitsemisala IKT arenduste rahastamist.</p>	<p>Vastavaid võimalusi analüüsitakse RES 2023 – 2026 koostamise raames koostöös rahandusministeeriumiga.</p>
<p>Lisaks palume kaaluda võimalust, kas patsiendikindlustuse andmekogu ei saaks luua terviseandmete terviklikkuse tagamiseks tervise infosüsteemi (TIS) osana, arvestades TISi pidamise eesmärki: „Infosüsteemis töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks, rahva tervise kaitseks ning terviseseisundit kajastavate registrite pidamiseks, tervisestatistika tegemiseks ja tervishoiu juhtimiseks.“</p>	<p>Arvestatakse ülesandepüstituse koostamisel patsiendiohutuse andmekogu loomiseks 2023 jooksul kaalutakse kõiki võimalusi ja vajadusi.</p>
<p>Rahandusministeerium ei saa nõustuda eelnõu regulatsiooniga, mille kohaselt sõlmitakse patsiendikindlustuse fondiga haldusleping ilma riigihanget korraldamata, kuivõrd see on vastuolus Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiviga 2014/23/EL kontsessioonilepingute sõlmimise kohta ja seega ka riigihangete seadusega (RHS).</p> <p>Eelnõu § 24 lõige 1 kohaselt sõlmib valdkonna eest vastutav minister patsiendikindlustuse fondiga Eesti Vabariigi nimel halduslepingu. Eelnõu § 33 sätestab, halduskoostöö seaduse</p>	<p>Kuna fondi ei looda, langeb see küsimus ära.</p>

(HKTS) § 13 lõiget 11 täiendatakse punktiga 29 järgmises sõnastuses: „29) patsiendikindlustuse seaduse § 24 lõikes 1 nimetatud haldusleping.“.

Nimetatud HKTS säte loetleb 28-s punktis need lepingud, mille sõlmimisele ei kohaldata samas paragrahvis sätestatud halduslepingute sõlmimise korda. See kord näeb ette, et halduslepingu sõlmimisel juhindutakse RHS-s teenuste hankelepingu sõlmimise tingimustest ja riigihanke läbiviimise korrast, arvestades sellesamas paragrahvis sätestatud erisusi. Erisused seisnevad selles, et nendele menetlustele ei rakendata RHS-i hanketeate, eelteate ja hankelepingu sõlmimise teate riigihangete registrile esitamise korda, vaid vastavad teated avaldatakse Ametlikes Teadaannetes.

Kahetsusväärset sisaldab kõnealune loetelu endas lisaks puhtalt haldusülesande üleandmise lepingutele ka neid lepinguid, mis on selgelt teenuse osutamise või teenuste kontsessioonilepingud, st hankelepingud RHS tähenduses. Märgime, et riigihangete valdkond on Euroopa Liidu üleselt harmoneeritud, mis tähendab seda, et kui mistahes leping on sisuliselt hankeleping (sh kontsessioonileping), tuleb selle sõlmimiseks korraldada riigihange ning erandeid sellest reeglist võib teha üksnes Euroopa Liidu vastavate õigusaktide alusel. Teisisõnu ei saa liikmesriik teha mitte mingitel kaalutlustel lisaerandeid riigihanke korraldamise kohustusest, mida ei ole sätestatud riigihankeid käsitlevates direktiivides. Oleme sellele vastuolule korduvalt osundanud nii oma vastustes konkreetsetele eelnõudele, millega soovitakse HTKS erandite loetelu täiendada, kui ka eraldi kirjades Justiitsministeeriumile.

Kahjuks ei ole aga HKTS muutmist selle Euroopa Liidu õigusaktidega kooskõlla viimiseks algatatud.

Eelnõu seletuskirjas märgitakse, et fondiga sõlmitava halduslepingu puhul on tegemist teenuste kontsessioonilepinguga. Kuna riik paneb kindlustusandjatele kohustusi ja ülesandeid ning nende täitmise eest tasu ette ei näe, siis on tegemist kontsessiooniga. Kontsessioonileping on RHS § 4 p 13 kohaselt ühe või mitme ettevõtja ja ühe või mitme hankija vahel sõlmitud hankeleping, mille puhul kontsessioonääri tasu seisneb kas ainult õiguses ehitist ekspluateerida või teenust osutada või selles õiguses koos rahalise maksega ja nõudluse või pakkumisega seotud äririsk läheb üle kontsessioonäärile. Hankija eelnõu kohaselt teenuste kontsessioonäärile ei maksa, annab vaid õiguse sellist teenust osutada teatud perioodi jooksul.

Teenuste kontsessioonilepingu sõlmimiseks tuleb hankijal, so riigil korraldada kohane menetlus. Teenuste kontsessioonilepingu sõlmimiseks on kohane menetlus sätestatud direktiivis 2014/23/EL, mis on üle võetud RHS-ga. Seega tuleb patsiendikindlustuse fondiga lepingu sõlmimiseks läbi viia riigihange RHS-s sätestatud korras.

Riigihanke korraldamata jätmist ja HKTS-s menetlusele erandi kehtestamist on seletuskirjas põhjendatud järgmiselt:

„Hankemenetlus halduslepingu sõlmimiseks ei ole mõistlik. Hankemenetluse nõude kehtestamine tooks õigusliku ebakindluse kindlustusandjatele fondi liikmeks astumisel. Patsiendikindlustuse fondi funktsiooni saab täita üksnes kindlustusandjate moodustatud juriidiline isik, mistõttu ei ole võimalik, et selle funktsiooni täitmiseks saaks konkureerida mitu äriühingut. Kuigi teoreetiliselt on võimalik, et kindlustusandjad moodustavad mitu konkureerivat ühingut, ei ole see praktikas võimalik, sest lõpuks peaksid kõik teenuse osutamisest huvitatud organisatsioonid astuma üksnes selle ühingu liikmeteks, mis on riigiga sõlminud halduslepingu. Arvestada tuleb ka asjaolu, et patsiendikindlustuse fondi eesmärk ei ole kasumi teenimine ning tegemist on mittetulundusühinguga. Peamisteks avaliku võimu funktsioonideks saab lugeda kahju hüvitamise koordineerimisega seotud ülesannete täitmist ja patsiendikindlustuse registri haldamist. Vastava funktsiooni panemine seaduse ja sõlmitava halduslepinguga patsiendikindlustuse fondile on ainuvõimalik lahendus. Tegemist ei ole Eesti ega ka ELi õigusega vastuolus oleva tegevusega, kuivõrd sama mudeli alusel tegutseb praegu Eesti Liikluskindlustuse Fond. Kuivõrd avaliku halduse ülesannetega seondult fond tulu ei tohiks teenida. IT-süsteemi loomisega ja teiste süsteemide sidustamisega on võimalik kulu vähendada, näiteks palgata vähem inimesi, kiirendada protsesside toimimist jne. Fondi hinnangul saab registri pidamisega säästa üle 200 tuhande euro aastas. Eespool nimetatud analüüsi tegemisel on lähtutud kindlustusandjate andmetest ning nende antud selgitustest. Seega võib eelnõu väljatöötamisel teadaolevate asjaolude põhjal eeldada, et tegemist ei ole sellise avaliku ülesande üleandmisega, millele tuleks kohaldada riigihankeõigust.“

Kordame eespool märgitut, et erandeid riigihangete korraldamise korrast saab teha üksnes Euroopa Liidu riigihankeid käsitlevates direktiivides, antud juhul direktiivis 2014/23/EL sätestatud alustel. Seletuskirjas märgitu, mille kohaselt ei oleks riigihanke korraldamine mõistlik või riigihanke korraldamata jätmine oleks õigustatud seetõttu, et samasugust mudelit kasutatakse Eesti Liikluskindlustuse Fondi puhul, ei muuda sellist tegevust õiguspäraseks. Meile ei ole teada, millistel kaalutlustel on liikluskindlustuse puhul fondiga hankelepingu sõlmimisel riigihange korraldamata jäetud. Selliseid selgitusi ei ole ka seletuskirjas esitatud. Samuti ei mängi mitte mingit rolli asjaolu, et fond on mittetulundusühing ja seega kasumit teenida ei saa. Mittetulundusühing võib samamoodi tegeleda majandustegevusega oma ülesannete paremaks täitmiseks. Riigihangete seadus ei sätesta, et hankelepingu saaks sõlmida üksnes kasumit teeniva ühinguga.

Seega ei ole seletuskirjas toodud ühtegi seaduslikku alust riigihanke korraldamata jätmiseks ja nii on planeeritud HKTS-i erandite nimekirja täiendamine otseses vastuolus Euroopa Liidu õigusega.

Lisaks eeltoodule märgime, et eelnõust ei selgu, kes ja millistel alustel patsiendikindlustuse fondi asutab ning kuidas toimub fondi tegevuse rahastamine. Samuti selle kohta, milline on fondi juhtorgan ja kes valib või määrab juhatuse liikmed. Riigiabi üks kriteeriumitest on, et meedet rahastatakse riigi poolt või omab riik kontrolli (fondi) vahendite üle. Juhul kui riik määrab fondi juhtorgani (või isikud, kes sinna kuuluvad), siis omab riik ka mõju selle fondi üle ja seetõttu võib olla tegemist riigiabiga, seda juhul, kui ka ülejäänud riigiabi kriteeriumid (nagu neid on kirjeldatud seletuskirjas) on täidetud. Seetõttu palume selgitada, kas ka patsiendikindlustus fondi puhul võib olla tegemist sellise juhuga või mitte. Riigiabi analüüsi seisukohalt on oluline neid aspekte seletuskirjas avada ja täpsustada (nt riigiabi analüüsi juures, lk 52).

Leiame, et patsientide ja õigustatud isikute andmete töötlemist puudutav regulatsioon on ebatäielik ega pruugi võimaldada fondil käesolevast eelnõust tulenevaid kohustusi täita. Leiame, et PKS § 20 lõige 3 ei pruugi alusena olla piisav andmete töötlemiseks, sh terviseandmete töötlemiseks eelnõus sätestatud eesmärkide täitmisel.

Hetkel reguleerib tervise infosüsteemile (TIS) juurdepääsu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) § 59³, kusjuures sama paragrahvi lõike 2 kohaselt tervishoiuteenuse osutajal on juurdepääs tervise infosüsteemis olevatele isikuandmetele käesoleva seaduse § 4¹ lõigetes 1–1² sätestatud eesmärkidel ja korras.

TTKS § 4¹ lg 1¹ kohaselt on tervishoiuteenuse osutajal, kellel on seadusest tulenev saladuse hoidmise kohustus, õigus töödelda isikuandmeid, sealhulgas eriliiki isikuandmeid: 1) tervishoiuteenuse osutamise kavandamiseks, lähtudes käesoleva seaduse § 2 lõikes 1 nimetatud eesmärgist; 2) käesoleva seaduse § 56 lõike 1 punktis 7 sätestatud ulatuses ja eesmärgil.

Sellest tulenevalt peame vajalikuks täiendada ka TTKS § 4¹ seoses fondi tegevusega.

TTKS §-s 59³ sätestatule väljastatakse isikuandmeid üksnes andmesubjekti enda nõusolekul, ilma andmesubjekti nõusolekuta teadus- ja ajaloouringu ning riikliku statistika vajadusteks või süüteo- või kohtumenetluses tõe väljaselgitamiseks (lõiked 6 ja 7). Üheks võimaluseks oleks sama paragrahvi lõiget 7 laiendada ka kindlustusjuhtumite

Arvestatud osaliselt.

Eelnõu § 21 lg 4 sõnastust täpsustatud järgmiselt “Kindlustusandjal on õigus saada tervishoiuteenuse osutajalt ja teistelt isikutelt oma käesolevast seadusest kahju hüvitamise kohustuse olemasolu ja ulatuse väljaselgitamiseks vajalikke selgitusi ja dokumente, sealhulgas terviseandmeid“. Kindlustusandja õigus andmeid saada peab TTKS kohaselt tulenema seadusest ning eelnõu § 21 lg 4 on kindlustusandjal terviseandmete saamiseks õiguslikuks aluseks (andmed antakse fondile päringu alusel krüpteeritult).

<p>menetlemisele. Samas peab silmas pidama, et iseenesest oleks andmete töötlemine võimalik ka andmesubjekti nõusolekul, kuid seejuures peaks täiendavalt analüüsima ka seda, et kui juurdepääsu võimaldada üksnes nõusoleku alusel, siis milline mõju võib andmesubjekti poolt selliste andmete edastamisest keeldumisel olla kindlustusjuhtumite menetlemisele.</p>	
<p>PKS § 4. Kindlustuskohustus, kindlustuskaitse ja patsiendikindlustuse leping. Palume eelnõus selgemalt sõnasta kindlustuskohustus.</p> <p>Eelnõust ei tulene selgelt, kas kohustus sõlmida patsiendikindlustuse lepingu tuleneb üksnes tervishoiuteenuse osutajale, kellele on väljastatud tegevusluba. Eelnõu kohaselt on tervishoiuteenuseid osutaval füüsilisest isikust ettevõtjal ja juriidilisel isikul kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile kahju tekkimisest tuleneva vastutuse kindlustamiseks käesolevas seaduses sätestatud ulatuses ja korras. PKS § 4 lõike 6 kohaselt patsiendikindlustust pakkuv kindlustusandja on kohustatud sõlmima patsiendikindlustuse lepingu tervishoiuteenuse osutajaga, kellel on kehtiv tegevusluba.</p> <p>TTKS alusel väljastatakse tegevusluba tegevusalade kohta ning tervishoiuteenused on loa kõrvaltingimuseks. Eelnõu seletuskirjas selgitatakse, et ühel tervishoiuteenuse osutajal võib olla mitu tegevusluba. Kahjuks ei ole PKS § 4 sätete koos tõlgendamisel võimalik aru saada, kas kindlustuslepingu on kohustatud sõlmima see tervise teenuse osutaja, kellele on välja antud tegevusluba või kes osutab tervishoiuteenuseid, sh tegevusloata. Ometi on eelnõu järgi kindlustusandja kohustatud lepingu sõlmima tervishoiuteenuse osutajaga, kellele on väljastatud tegevusluba.</p> <p>Õigusselgus kindlustuskohustuse tekkimisel on oluline ka kindlustamata juhtumite määratlemisel. Palume kaaluda, kas on põhjendatud kahju hüvitamise olukorras, kui tervishoiuteenuse osutajal puudus tervishoiuteenuse osutamiseks tegevusluba (PKS § 22 (3) 1). Leiame, et fondi hüvitamiskohustus (vastavalt ka kindlustusandja tagasinõudeõigus tervishoiuteenuse osutaja suhtes) on põhjendatud juhul, kui tervishoiuteenuse osutaja ei täitnud seadusest tulenevat kindlustuskohustust.</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu ja seletuskirja sõnastust korrigeeritud.</p> <p>Ilma tegevusloata ei tohi tervishoiuteenuseid osutada ning Terviseamet peab tagama tõhusa järelevalve, et sellised teenuseosutajad tervishoius tegutseda ei saaks. Tegevusloata tervishoiuteenuse osutamine võib olla kuritegu (KarS § 372). Teatud juhtudel on TTO sunnitud väljuma tegevusloa piiridest kui see on vajalik vältimatut abi eeldava olukorra lahendamiseks (eelnõu sõnastust sellest tulenevalt korrigeeritud).</p>
<p>PKS § 4 lõike 6 ja eelnõu § 38 p 9. Eelnõuga täiendatakse TTKS § 42¹ uue lõikega järgmises sõnastuses: „(2) Tegevusluba hakkab kehtima patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi algusest või tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riiklikus registris märgitud ajast, kui viimati nimetatut on hilisem. Käesolevas lõikes sätestatud kohaldatakse ka tegevusloa muutmise ja üleandmise menetluses.“;</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu sõnastust täpsustatud.</p>

<p>Kehtib põhimõte, et kindlustuskaitse peab laienema kõikidele tervishoiuteenustele, mille osutamiseks on väljastatud tegevusluba, siis on vaja tagada, et kindlustusleping vastaks alati seaduses toodud tingimustele, sh selle muutmisel. Teeme ettepaneku täiendada PKS § 4 lõiget 6 selliselt, et kaetud oleks ka tegevusloa taotlemine või selle suhtes muudatuste tegemine.</p>	
<p>PKS § 9. Teeme ettepaneku täiendada PKS § 9 lõiget 2 pärast sõna „rahastamises“ sõnadega „, ja on fondi liige“.</p> <p>MTÜ liikmesust puudutav regulatsioon võidakse ette näha ka fondi põhikirjaga (PKS § 25 (2)), kuid koosmõjus PKS §-ga 23 tuleb ette näha, et iga patsiendikindlustust pakkuva kindlustusandja fondi liikmeks olemine on seadusest tulenevalt kohustuslik.</p>	<p>Fondi ei looda, ettepanek pole asjakohane.</p>
<p>PKS § 19 lõige 3. VÕS §-st 130 tuleneb, et isiku tervise või talle kehavigastuse tekitamisest tekkinud kahju hüvitamise kohustuse olemasolu korral tuleb kahjustatud isikule hüvitada kahjustamisest tekkinud kulud ning täielikust või osalisest töövõimetuselt tekkinud kahju, <u>sealhulgas</u> sissetulekute vähenemisest ja edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kahju. Kuna eelnõu kohaselt maksab fond ka töövõimetus hüvitist (PKS § 13), siis võib õigusselguse huvides olla vajalik teha vastav täpsustus PKS § 19 punktis 2 töövõimetus hüvise maksmise kohta.</p>	<p>Selgitus: Eelnõu § 12 on täiendatud lõikega 4, mille kohaselt selles paragrahvis nimetatud kahju (ehk VÕS §-s 130 nimetatud kahju) hüvitatakse üksnes vastutuskindlustuse seaduses sätestatud ulatuses. § 20 sätestab sõnaselgelt, mis kahjud hüvitamisele ei kuulu (sissetuleku vähenemisest tekkinud kahju hüvitatakse, edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kulu ei hüvitata).</p>
<p>PKS §-s 20 sedastatud kindlustusjuhtumist teavitamine ja kahju menetlemise protsess ei ole patsientidele mugav. Puudub tähtaeg kahju kindlakstegemiseks ja kahju hüvitamisega alustamiseks.</p> <p>Eelnõu kohaselt tuvastatakse 180 p jooksul pärast kindlustusjuhtumi toimumise kohta teate esitamist, kas tegemist oli kindlustusjuhtumiga. Seejärel peab isik esitama eraldi ka kahju hüvitamise nõude. Kuivõrd PKS eesmärgiks on kahju hüvitamine, võib eeldada, et patsiendid esitavad teateid selleks, et saada hüvitist. Eraldi kahju hüvitamise nõude esitamine ei tundu seetõttu ratsionaalne. PKS järgi fond peab hiljemalt 180 p jooksul teatama, kas tegemist on kindlustusjuhtumiga, kuid eelnõus ei ole reguleeritud, mis aja jooksul peab kindlaks tegema kahju suuruse ja otsuse hüvitamise kohta.</p> <p>Selleks, et kindlaks teha hüvitatava kahju suuruse, peab fond eelnevalt välja selgitama ka hüvitamise kohustuse (kas tegemist on kindlustusjuhtumiga, kas esinevad hüvitamist välistavad asjaolud). Seega, ei ole mõttekas, et fond tegeleks TTO poolsete lepingurikkumiste tuvastamisega, kui hiljem kahju hüvitamise nõuet ei esitata. Juhul, kui juhtumi kohta esitatud teatisega koos on esitatud ebapiisavalt andmeid kahju suuruse väljaselgitamiseks, saab fond neid alati juurde küsida ja kõik vajalikud toimingud lõpule viia. Juhul, kui fond on</p>	<p>Arvestatud osaliselt. Eelnõu § 21 kahju menetlemise korda korrigeeritud. Kindlustusjuhtumist teavitamine ja kahjude hüvitamise taotluse esitamine viidi kahte etappi vastavalt patsiendikindlustuse töörühmas kokkulepitule.</p>

<p>esmajärjekorras kindlaks teinud, et tegemist ei ole kindlustusjuhtumiga või tuvastanud PKS §-s 19 nimetatud asjaolu, ei kaasne sellega ka fondi hüvitamise kohustust.</p> <p>PKS § 20 (2) kohaselt võlaõigusseaduse §-des 450 ja 489 sätestatud kindlustusjuhtumi toimumise, täitmise ulatuse ja kahju kindlakstegemise kohustus lasub fondil.</p> <p>Tulenevalt eeltoodust, teeme ettepaneku PKS § 20 lõigete 4 ja 5 muutmiseks ja sätestada fondi kahju menetlemise protsess järgmiselt:</p> <p>„(4) Fond peab käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud kohustuse täitma mõistliku aja jooksul, kuid kõige hiljem 180. kalendripäeva jooksul kindlustusjuhtumist teatamisest arvates. Fond peab kahju hüvitama või teavitama õigustatud isikut kahju hüvitamisest keeldumisest viivitamata pärast kindlustusjuhtumi toimumise, täitmise ulatuse ja kahju kindlakstegemise kohustuse täitmist.“;</p>	
<p>Eelnõu § 36. Maksusaladust sisaldava teabe avaldamine patsiendikindlustuse fondile. Palume selgitada, milliseid andmeid (andmekoosseise) peetakse silmas ja kuidas andmete edastamine on kavandatud, kas üksikute või masspäringutena, üle X-tee või mõnel muul viisil.</p>	<p>Kuna fondi ei looda, on ettepanek asjakohasuse kaotanud.</p>
<p>PKS § 2 (1). Teeme ettepaneku sõnastada järgmiselt:</p> <p>„(1) Käesolevat seadust kohaldatakse Eesti Vabariigis <u>osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel tekkinud kahju hüvitamisele</u> patsiendikindlustusfondi (edaspidi fond) ja kindlustusandja poolt, kui tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel on patsiendil tekkinud kehavigastus või tervisekahjustus või patsient sureb.“;</p>	<p>Eelistame sõnastust: Käesolevat seadust kohaldatakse Eesti Vabariigis <u>tervishoiuteenuse osutamise käigus</u> tekkinud kahju hüvitamisele kindlustusandja poolt, kui tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel on patsiendil tekkinud kehavigastus või tervisekahjustus või patsient sureb.</p>
<p>PKS § 7 (1) – kindlustusjuhtum - kui punktides esitatud tingimused peavad esinema üheaegselt, siis tuleb vastavalt täiendada sissejuhatavat lauseosa või punkti 2 lõppu lisada sidesõna „ja“;</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>Teeme ettepaneku PKS § 18 lõike 3 sissejuhatava lauseosa muutmiseks järgmiselt:</p> <p>„(3) <i>Mittevaralise nõude korral hüvitab fond:</i>“</p> <p>Fondi hüvitamise kohustus mittevaralise kahju nõude korral on piiratud PKS-ga. Seadus ei piira PKS-s sätestatud hüvitist ületavas osas nõude esitamist tervishoiuteenuse osutajale. PKS § 18 lõike 3 saatelause ei anna edasi sätte sisu. Loetelu näol ei ole tegemist mittevaralise kahju suurusega, sh eeldatava suurusega, vaid selles nähakse ette PKS alusel maksimaalselt hüvitatavad summad vastavalt kehavigastuse või tervisekahjustuse raskusele.</p>	<p>Kuna fondi ei looda, on ettepanek asjakohasuse kaotanud.</p>
<p>Justiitsministeerium</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Eelnõu § 1 – lisaks tervishoiuteenuse osutaja (edaspidi ka TTO) kohustuslikule vastutuskindlustusele ning</p>	<p>Arvestatud osaliselt.</p>

<p>tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud kahju hüvitamisele reguleeritakse eelnõu kolmandas peatükis patsiendikindlustusfondi tegutsemise aluseid, neljandas peatükis patsiendikindlustuse lepituskomisjoniga seonduvat ja viiendas peatükis patsiendikindlustuse registriga seotud õiguslikke aluseid. Seaduse reguleerimisala parema ülevaatlikkuse eesmärgil tasuks ka eeltoodu sättes nimetada.</p> <p>Märgime ka, et kuna eelnõu kohaselt (§ 6) hüvitatakse kahju ka muudele isikutele peale patsiendi enda, tundub reguleerimisala sättes kahju hüvitamiseks õigustatud isikule viidates sobivam mõni üldisem määratlus, nt kahjustatud isik, mis ühtiks ka võlaõigusseaduse (edaspidi <i>VÕS</i>) terminoloogiaga.</p>	<p>Eelistame jääda õigustatud isiku termini juurde, kuna see annab sisu paremini edasi. Kahjustatud isiku puhul oleks kummline öelda, et see on nt matusekulude hüvitamiseks õigustatud isik (vt <i>VÕS</i> § 129 lg 2).</p>
<p>Eelnõu § 2 lg 1 – eelnõu § 2 lg 1 kohaselt kohaldatakse seadust tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel tekkinud kahju hüvitamisele <i>patsiendikindlustusfondi ja kindlustusandja poolt</i>.</p> <p>Üldise märkusena toome välja, et eelnõust ega ka seletuskirjast ei ole lihtsasti jälgitav, millises ulatuses soovitakse käesoleva seaduse alusel kindlustusandja õigusi ja kohustusi fondile üle anda ning kas ja millises ulatuses see piirab kahjustatud isiku ja kindlustusvõtja nõudeid kindlustusandja vastu.</p> <p>Tegemist on uue tervikseadusega, millega luuakse seaduse alusel ka mitmeid uusi võlasuhteid, mis muudavad nende omavahelise koostoime mõistmise kompleksseks. Nii puudutab eelnõu lausa nelja erinevat võlasuhet: 1) kindlustusvõtja ja kindlustusandja vaheline lepingust tulenev võlasuhe; 2) kindlustusandja ja fondi vaheline seadusest tulenev võlasuhe; 3) kahjustatud isiku ja fondi vaheline seadusest tulenev võlasuhe; ning 4) kindlustusvõtja ja fondi vaheline seadusest tulenev võlasuhe. Neist võlasuhetest tekkivaid õigusi ja kohustusi tuleks põhjalikumalt ja süsteemsemalt selgitada, et ka seaduse kohaldajatel oleks võimalik uue regulatsiooniga lihtsamini tutvuda (nt kas käesolev seadus välistab kahjustatud isiku nõuete esitamise otse kindlustusandja vastu; millistel juhtudel hüvitab kahju fond ning millistel juhtudel kindlustusandja; mis ulatuses on tegemist solidaarkohustusega; kas käesolev seadus reguleerib tervishoiuteenuste osutajate vastutuskindlustuslepingute puhul imperatiivselt kindlustusjuhtumid, hüvitatava kahju liigid ja ulatuse või on kindlustusandjal võimalus pakkuda laiemat kindlustuskaitset, kuid seda kohustub siis hüvitama kindlustusandja jne).</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja § 2 lg 1 selgitusi täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 2 lg 2 – eelnõu § 2 lõike 2 kohaselt kohaldatakse patsiendikindlustusele võlaõigusseaduse asjakohaseid sätteid, arvestades käesoleva seaduse erisusi. Võttes</p>	<p><i>VÕS</i> sätete kohaldamise analüüsi tabeli valmistame ette koos JuMi ja kindlustusandjatega.</p>

<p>arvesse, et VÕS-is sisalduv kindlustuslepingute regulatsioon on päris mahukas, oleks vägagi tervitatav, kui eelnõule oleks võimalik lisada ülevaatlik tabel (sarnaselt nagu oli lisatud liikluskindlustuse seaduseelnõule 423 SE) vastavatest sätetest ning nende kohaldatavusest ning mittekohaldatavusest (kas siis eriregulatsiooni tõttu või olemusliku sobimatuse tõttu). See võimaldaks paremini hinnata käesoleva eelnõu ja VÕS sätete omavahelist kooskõla ja süsteemsust.</p>	
<p>Eelnõu § 3 – eelnõu § 3 kohaselt on tühine tervishoiuteenuse osutaja, patsiendi või muu õigustatud isiku kahjuks patsiendikindlustuse seadusest või võlaõigusseadusest kõrvalekalduv kokkulepe, välja arvatud juhul, kui kõrvalekalduva kokkuleppe lubatavus on seaduses sätestatud. Seletuskiri ütleb aga järgnevat: „paragrahv sätestab põhimõtte, et dispositiivsus ei ole lubatud nendes erinormides, mis on sätestatud patsiendikindlustuse seaduses“. Sätte sõnastus ja seletuskiri ei ole seega kooskõlas. Palume täpsustada, kas ja mis ulatuses on võimalik eelnõus sätestatust kõrvale kalduda. Seejuures tuleks täpsustada ka seda, mida tähendab lause osa „<i>lubatavus on seaduses sätestatud</i>“. VÕS § 5 kohaselt võib võlaõigusseaduses sätestatust võlasuhte poolte või lepingupoolte kokkuleppel kõrvale kalduda, kui seaduses ei ole <i>otse sätestatud</i> või <i>sätte olemusest</i> ei tulene, et seadusest kõrvalekaldumine ei ole lubatud. Seega tuleks selgitada, kas vajalik on sõnaselge kokkuleppevabaduse sätestamine sättes või hõlmatud on ka sätted, mis on olemuslikult dispositiivsed.</p> <p>Samuti viitame, et üldine viide võlaõigusseadusele on liiga lai, kui puudub täpsem selgitus, ülevaade või võrdlus, millised sätted selle alla kuuluks ehk millised piirangud siiski eelnõust tuleneksid.</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 4 lg 2 – lõikes 2 sätestatakse kindlustuslepingu tähtaeg ning selle automaatse pikendamise võimalused. Eeltoodud regulatsiooni sätestamisel on ilmselt võetud eeskjuju liikluskindlustuse seadusest (§ 16 lg 1 ja § 20 lg 1) (edaspidi ka <i>LKindlS</i>). Ühelt poolt on mõistetav, et pideva kindlustuskaitse tagamise soodustamiseks selline võimalus pooltele antakse. Teisalt tuleks siiski soodustada ka võimalust kindlustusvõtjal reageerida turumuudatustele ja valida erinevate pakkumiste vahel endale sobivaim. Võttes arvesse, et eelnõuga nähakse ette TTO kohustus kindlustuslepingu sõlmimiseks, võiks Justiitsministeeriumi hinnangul üle võtta LKindlS § 20 lg-s 4 sätestatu, mille kohaselt on kindlustusandjal keelatud pakkuda üksnes automaatselt pikenevaid lepinguid.</p>	<p>Arvestatud osaliselt.</p> <p>Eelnõu sõnastust muudetud nii, et pooled võivad lepingus ette näha, et vastutuskindlustuse leping pikeneb tähtaja lõppedes automaatselt lepingus näidatud tähtajaks. Selline regulatsioon on vajalik, kuna TTOL on kogu tegutsemise ajal kohustus omada kindlustuskaitset, tegevusload on üldjuhul tähtajatud, kuid kindlustuslepingu võib sõlmida kuni üheks aastaks.</p>

<p>Eelnõu § 4 lg 2–8 – sätte sõnastusliku jäikuse tõttu peaks Terviseamet lähtuma registrite andmetest ka siis, kui seal on viga ja sellest ollakse teadlik. Teeme ettepaneku lisada sättesse sõna <i>ennekõike</i>.</p>	<p>Märkust täpsustatud.</p>
<p>Eelnõu § 4 lg 6 – lõike 6 kohaselt on patsiendikindlustust pakkuv kindlustusandja kohustatud sõlmima patsiendikindlustuse lepingu tervishoiuteenuse osutajaga, kellel on kehtiv tegevusluba.</p> <p>Samas sätestab eelnõu (§ 38 p 9) tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatuse, mille kohaselt hakkab tegevusluba kehtima patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi algusest või tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riiklikus registris märgitud ajast, kui viimati nimetatu on hilisem. Eeltoodust justkui tuleneb, et tegevusloa kehtima hakkamise eelduseks on, et TTO oleks sõlminud juba kindlustuslepingu, kuid eelnõu § 4 lg 6 kohaselt ei ole kindlustusandjal kohustust sõlmida kindlustuslepingut TTO-ga, kellel ei ole kehtivat tegevusluba. Palume kontrollida eeltoodud sätete kooskõla.</p> <p>Lisaks tuleks kaaluda, kas saab lugeda põhjendatuks sätestada eelnõus kindlustusandjale oluliselt rangem lepingu sõlmimise kohustus kui VÕS-is, mis kohustab kindlustusandjat lepingut sõlmima juhul, kui kindlustusvõtja vastab tüüptingimustes ettenähtud tingimustele. Eelnõu seletuskirjas on § 4 lõike 6 kohta märgitud järgnevat: „Sätte eesmärk on kehtestada kohustus sõlmida leping, kui TTO vastab ettenähtud tingimustele ehk tegevusloa saamise või olemasolu nõudele. Tegevusloa väljastamisel on riik kontrollinud TTO vastavust õigusaktides sätestatud nõuetele ning on veendunud, et see TTO võib tervishoiuteenuseid osutada ja turul tegutseda. Seega peaks tal olema õigus ka kindlustuskaitsele. Tagamaks kindlustuskohustuse toimimine, on seega võetud kindlustusandjalt õigus kindlustuslepingu sõlmimisest keelduda, kui TTO vastab seaduses sätestatud nõuetele. Kui TTO-l on kindlustusmakse või tagasinõude võlgnevus või tal on kehtiv karistus kindlustuskelmuse eest, arvestab kindlustusandja seda kindlustusriski hindamisel“. Eeltoodust on võimalik välja lugeda, et eelnõu § 4 lg 6 näol on tegemist erisättega VÕS § 520 suhtes (seejuures viitame, et lõike 1 selgituste juures, mis sätestab TTO kohustuse sõlmida patsiendikindluste leping, on viidatud kindlustusandja vastava kohustuse puhul VÕS §-le 520, mis võib mõjuda veidi eksitavalt).</p> <p>Iseenesest saab lugeda põhjendatuks, et olukorras, kus riik paneb TTO-le kohustuse sõlmida kohustuslik vastutuskindlustus leping, võimaldatakse kindlustusvõtjale võimalikult suur vabadus endale sobivaima kindlustusandja ja lepingutingimuste valikul. Samas tasuks põhjalikumalt kaaluda, kas eelnõus ette nähtud lahendust saab pidada proportsionaalseks, kaaludes kindlustusvõtja huvi tegutseda vastaval kutsealal ning kindlustusandja huvi mitte sõlmida</p>	<p>Arvestatud. Sõnastust korrigeeritud. Lisatud juurde sätted, mille kohaselt kindlustusandjal on õigus lepingu sõlmimisest keelduda.</p>

<p>lepingut isikuga, kelle lepinguliste või muude kohustuste täitmine on näidanud, et tegemist ei ole usaldusväärse lepingupartneriga (ja seda isegi ulatuses, kus kindlustusvõtjal on juba ulatuslikud võlgnevused kindlustusandja ees). Võib küsida, kas eeltoodu ei või mitte demotiveerida kindlustusandjaid vastavat kindlustusteenust pakkumast. Samas on mõistetav, et tervishoiuteenuse osutamise näol on tegemist elutähtsa teenusega ning lahendus ei tohiks viia tulemuseni, et kindlustuslepingu sõlmimise võimatuse tulemusena tuleks TTO-l loobuda vastava teenuse pakkumisest</p> <p>.</p>	
<p>Eelnõu § 5 – VÕS § 424 lg 1 esimese lause kohaselt on kindlustatud isikuks kindlustusvõtja või nimeliselt määratletud või määratlemata kolmas isik, kellega seotud kindlustusriski on kindlustatud. Tervishoiuteenuse osutamise puhul saabki rääkida eelkõige TTO vajadusest kindlustada end kolmandate isikuga seotud kindlustusriskide eest. Põhjendatuks saab pidada seletuskirjas toodud eesmärki, et kindlustusega oleks hõlmatud kõigi TTO majandus- ja kutsetegevuses osalevate isikute tegevus.</p> <p>Tõsi on, et lepingulistes suhetes on võimalik teise isiku tehtud tegu või tegevusetus omistada TTOle tsiviilseadustiku üldosa seaduse (edaspidi <i>TsÜS</i>) § 132 alusel. Samuti on tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud kahju võimalik nõuda lepinguvälise kahjuna (VÕS § 1043 lg 3) ning ka siis on tulenevalt VÕS §-st 1054 sarnaselt TsÜS §-le 132 võimalik teise isiku poolt toimepandud süüline tegu omistada TTO-le. Seega saab nõustuda, et kindlustatud on kindlustatu vastutus ka eeltoodud isikute tegude eest ehk kindlustusandja kohustub vastava kahju hüvitama.</p> <p>Samas võib tekkida küsimus seoses selle isiku positsiooniga, keda isik oma tegevuses kasutab, st kas võib tekkida olukord, et kindlustusandjal tekib võimalus esitada tema vastu tagasinõue või on ka tema vastutus kindlustuslepingus kindlustatud. Nii on nt seadusandja pidanud vajalikuks VÕS § 512 lg 1 puhul eraldi sätestada, et kindlustusvõtja majandustegevusest tuleneva vastutuse kindlustus hõlmab ka kindlustusvõtja esindajate ja tema poolt ettevõtte või selle osa juhtimiseks või selle üle järelevalve teostamiseks teenistusse või tööle võetud isikute vastutust. Eeltoodud sätte eesmärgiks on reguleerida kindlustatud isikute ringi majandustegevusest tuleneva vastutuse kindlustamise korral.</p> <p>Justiitsministeeriumi hinnangul võiks eeltoodud riski hajutamise ning seaduse lihtsama kohaldamise eesmärgil sõnaselgelt sätestada, et TTO vastutuse kindlustus hõlmab</p>	<p>Arvestatud osaliselt. Seletuskirja täiendatud.</p>

<p>ka TTO poolt oma majandus- või kutsetegevuses kasutatavate isikute (ja ka teiste TsÜS §-s 132 või VÕS §-s 1054 sätestatud isikute?) vastutust.</p>	
<p>Eelnõu § 6 – sättes nimetatakse isikud, kellel on õigus nõuda patsiendikindlustuse seaduse alusel fondilt kahju hüvitamist, mis on tekkinud patsiendile kehavigastuse, tervisekahjustuse või tema surma tõttu. Sarnaselt kohaldamisala sätte juures tehtud märkusega teeme ettepaneku kasutada läbivalt termini <i>õigustatud isik</i> asemel <i>kahjustatud isik</i>, mis haakub paremini VÕS-i terminoloogiaga.</p> <p>Lisaks viitame, et eelnõu seletuskirjas (lk-l 6 ja 12) on nõudeõigusi omavate isikute näitena toodud <i>patsiendi seaduslik esindaja</i>. Selline viide ei ole korrektne, kuna seaduslik esindaja tegutseb esindatava nimel.</p>	<p>Arvestatud osaliselt. Eelistame jääda õigustatud isiku termini juurde, kuna see annab sisu paremini edasi. Kahjustatud isiku puhul oleks kummaline öelda, et see on nt matusekulude hüvitamiseks õigustatud isik (vt VÕS § 129 lg 2). Eelnõu seletuskirja nõudeõigusi omavate isikute osas kohendatud.</p>
<p>Eelnõu § 7 – paragrahv 7 lõike 1 punkti 2 kohaselt on kindlustusjuhtum tervishoiuteenuse osutaja kohustuse rikkumine, kui tervishoiuteenuse osutaja vastutab tekkinud kahju eest võlaõigusseaduse alusel. Seega otsustamaks, kas kindlustusjuhtum on toimunud, tuleb kontrollida, kas esitatava nõude eeldused on täidetud. Kui nõue on esitatud tervishoiuteenuse osutamise lepingu alusel, on vastava nõude eelduseks, et TTO oleks rikkunud oma lepingust tulenevat kohustust, mille sisuks on tervishoiuteenuse osutamise käsundi tüüpi lepingust tulenevalt vastava hoolsuskohustuse täitmine. VÕS § 762 lg-s 1 on seda kohustust täpsustatud ning seatud tingimuseks, et tervishoiuteenus peab vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega. Õiguskirjanduses esitatud arvamuse kohaselt tähendab arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel ravimine raviviga ning arstiteaduse üldise taseme kindlakstegemine tähendab vastuse leidmist küsimusele, kas raviarst tegutses vähemalt sama kvaliteetselt nagu vastava eriala haritud ja kogenud arst.</p> <p>Eelnõu § 7 lg 2 punktides 1 ja 2 on kindlustusjuhtum seotud küsimusega, kas tervishoiuteenuse osutamisel tavaliselt oodatava hoolega arstiteaduse üldisel tasemel oleks kahju tõenäoliselt välditud.</p> <p>Kuna kindlustusjuhtumi toimumise tuvastamiseks peavad mõlemad eeldused olema täidetud, siis palume selgitada, milles seisneb eeltoodud määratluste sisuline erinevus, ja mis on § 7 lg 2 punktides 1 ja 2 toodud tingimuse (võldivuse) praktiline väärtus. Ka selle pinnalt, et tervishoiuteenuse lepingust tulenev kohustus osutada raviteenust sellise kvaliteediga, nagu seda oleks teinud teine vastava eriala spetsialist, võimaldab Justiitsministeeriumi</p>	<p>Arvestatud osaliselt. Seletuskirja täiendatud.</p>

<p>hinnangul jõuda järelduseni, et kahju tekkimist ei olnud tõenäoliselt võimalik vältida. Seega palume täiendavaid selgitusi, miks mitte kasutada kindlustusjuhtumi määratlemisel juba võlaõigusseadusest tuttavat määratlust, mille sisustamisel on võimalik kasutada tänaseks tekkinud kohtupraktikat ning õiguskirjanduses väljendatud suuniseid.</p>	
<p>Eelnõu § 7 lg 2 jm – <i>sündmuse või asjaolu</i> – ühese tõlgenduse huvides soovitame kaaluda sõna <i>sündmus</i> väljajätmist, sest ei ole selge, mida punktides 1–7 lugeda sündmuseks <i>asjaolu</i> asemel. Õiguse teoorias loetakse sündmuseks ka vääramatut jõudu, kuriteosündmust, mis kõnesolevasse konteksti ei kuulu.</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu sõnastust täpsustatud.</p>
<p>Eelnõu § 9 lg 3 p 1 – Justiitsministeerium teeb ettepaneku täiendada punkti 1 ning sõnastada see järgmiselt:</p> <p><i>„1) tal on karistus majanduslase, ametialase, varavastase või avaliku usalduse vastase süüteo eest ja tema vastavad karistusandmed ei ole karistusregistri seaduse kohaselt karistusregistrist kustutatud;“</i></p> <p>Ettepanek on siduda § 9 lg 3 punktis 1 toodud välistav kriteerium karistusandmete registrist kustutamiseiga. Karistusregistri seaduse § 5 lõike 1 kohaselt on registrisse kantud isiku karistusandmetel õiguslik tähendus isiku karistatuse ja kuriteo või väärteo korduvuse arvestamisel kuni andmete kustutamiseni ning lõikes 2 on sätestatud juhud, mil registrist kustutatud ja arhiivi kantud andmetel on õiguslik tähendus. Seega kui muudatusega soovitakse anda õiguslik tähendus ka arhiivi kantud andmetele, siis tuleks § 5 lõiget 2 täiendada. Võttes arvesse fondi juhtorganisse kuulumise olemust, ei oleks see Justiitsministeeriumi hinnangul põhjendatud.</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu sõnastust täpsustatud.</p>
<p>Eelnõu § 10 lg 1 – lõike 1 eesmärk jääb veidi segaseks. Viide õigusele nõuda kindlustusjuhtumi korral varalise ja mittevaralise kahju hüvitamist kordab sisuliselt VÕS §-s 128 lõikes 1 toodut. Samas võib eeldada, et sätte eesmärgiks võib olla soov sätestada kahjustatud isiku nõudeõigus kahju hüvitamiseks fondilt, kuna neil puudub muu seadusest või lepingust tulenev võlasuhe. Eeltoodud sõnastust oleks ehk võimalus lihtsustada ja integreerida siia sättesse ka lõike 4 esimene lause: <i>„Fond hüvitab kindlustusandja asemel kahjustatud isikule kindlustusjuhtumi tagajärjel tekkinud kahju käesolevas seadus sätestatud korras ja ulatuses“</i> või <i>„Kindlustusjuhtumi toimumise korral võib õigustatud isik nõuda fondilt kahju hüvitamist kindlustusandja asemel käesolevas seaduses ulatuses ja korras.“</i></p> <p>Samuti ei pruugi sätte pealkiri väga hästi kajastada kõiki teemasid, mida säte reguleerib. Viidates kahju hüvitamise alustele, võib tekkida eeldus, et säte reguleerib materiaalsooõiguslikke aluseid, mille alusel saab kahjustatud</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu sõnastust täpsustatud.</p>

isik nõuda kahju hüvitamist kindlustussüsteemist. Samas saab õiguslikuks aluseks pidada ehk vaid lõikes 1 sätestatud võimalust esitada kahjustatud isikul nõue otse fondi vastu (kui see oli sätte eesmärgiks), kuid teised lõiked ei tundu pealkirja alla sobituvat (lg 2 nt on mõeldud nt reguleerima aegumistähtaega). Kuigi ka seletuskirjas on selgitatud, et „*käesolevas paragrahvis sätestatakse patsiendikindlustuse seaduses selged materiaaõiguslikud alused kahju hüvitamise nõuete esitamiseks*“, siis tulenevad materiaaõiguslikud kahju hüvitamise nõude alused siiski võlaõigusseadusest (vastavat viidet eelnõuga sätestatavatest õiguslikest alustest on kasutatud ka mujal seletuskirjas).

Samas võiks kaaluda, kas selguse mõttes oleks kasulik sarnaselt LKindlS §-le 23 tuua välja need VÕS-is sätestatud materiaaõiguslikud alused, millest tulenevalt võib tekkida kahjustatud isikul nõue tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud kahju hüvitamiseks. Ka seletuskirjas on vastava lõike all toodud selgitusi VÕS-is toodud vastavate nõude aluste kohta, eelkõige tervishoiuteenuse osutamise lepingu ning kahju õigusvastasest tekitamisest tuleneva nõude osas.

Eeltoodust tulenevalt tuleks mõelda pealkirja muutmisele, sätte vastavale täiendamisele või ümberstruktureerimisele.

Eelnõu § 10 lg 2 – kohustusliku vastutuskindlustuse puhul sätestab kahjustatud isiku nõude aegumistähtaja kindlustusandja vastu VÕS § 521 lg 4, millest tulenevalt ei saa olla kindlustusandja vastu esitatava nõude tähtaeg pikem ega lühem kui kindlustusvõtja (ehk TTO) vastu esitatav nõue. Kui kahjustatud isik esitaks kahju hüvitamise nõude TTO vastu tervishoiuteenuse osutamise lepingu alusel, oleks vastava nõude aegumistähtaeg VÕS § 771 alusel 5 aastat alates ajast, mil ta sai teada tervishoiuteenuse osutaja või arsti poolt kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest. Kui kahjustatud isik esitaks TTO vastu õigusvastaselt tekitatud kahju nõude, oleks vastav tähtaeg TsÜS § 153 lg 1 alusel kolm aastat ajast, mil õigustatud isik kahjust ja kahju hüvitamiseks kohustatud isikust teada sai või pidi teada saama.

Võttes arvesse, et eelnõu § 39 punkti 4 kohaselt soovitakse teha ka VÕS-is muudatus, mille kohaselt oleks ka tervishoiuteenuse osutamise lepingu alusel esitatava nõude aegumistähtjaks 3 aastat, saab käesoleva sätte eesmärgiks pidada kindlustusvõtja ja kindlustusandja/fondi vahelistes suhetes maksimaalse aegumistähtaja lühendamist. Eeltoodut ei saa aga Justiitsministeerium toetada. Kehtiva regulatsiooni kohaselt oleks maksimaalseks nõude aegumistähtjaks nii tervishoiuteenuse osutamise lepingu¹

<p>kui deliktilise nõude puhul 30 aastat arvates kahju põhjistanud teo tegemisest või sündmuse toimumisest.</p> <p>Eelnõuga soovitakse oluliselt lühendada õigustatud isiku poolt kindlustusandja/fondi vastu esitatava nõude maksimaalset aegumistähtaega. Justiitsministeeriumi hinnangul on seadusandja õigustused 30-aasta maksimaalse tähtaja sätestamisel õigustatud - tervisekahjud võivad suure tõenäosusega ilmuda pikema aja möödudes. Muudatuse vajadusel kirjeldamisel ei saa piisavaks lugeda seletuskirjas toodud põhjendust, et vastav tähtaeg on sätestatud ka eeskujuks olnud Soome regulatsioonis. Võttes arvesse eelnõu peamist eesmärki lihtsustada patsiendi võimalusi kahju hüvitise nõudmisel, ei saa käesolevat muudatust lugeda põhjendatuks. Lisaks viiks see tulemuseni, kus vastava nõudega seotud riskid tuleks lõppkokkuvõttes kanda TTO-l endal. Kui muudatuse eesmärgiks pidada seletuskirjas toodud VÕS-is ja TsÜS-is sätestatud aegumistähtaegade ühtlustamist, saab piisavaks lugeda VÕS §-s 771 tehtavat muudatust. Seejuures viitame, et seletuskirjas on viidatud VÕS §-le 475, mis reguleerib kindlustuslepingust tulenevate nõuete aegumist, käesolev säte reguleerib aga kahjustatud isiku ja kindlustusandja/fondi vahelisi suhteid, kellel lepinguline suhe puudub.</p> <p>Eeltoodust tulenevalt on Justiitsministeerium arvamusel, et kehtiv regulatsioon on sobilik ning § 10 lg 2 tuleks eelnõust välja jätta.</p> <p>Vaatamata sellele, et Justiitsministeerium sättes toodut ei toeta, märgime sõnastuse kohta, et kuigi eelnõu seletuskirjas on selgitatud, et lõikega 2 soovitakse sätestada nõude aegumistähtaeg, on säte sõnastatud viisil, millest võib pigem järeldada, et tegemist on õigust lõpetava tähtajaga.</p> <p>Õigust lõpetav tähtaeg lõpetab või välistab nõude, aegumistähtaeg võimaldab võlgnikule õiguse esitada täitmisest keeldumise vastuväite.</p>	
<p>Eelnõu § 10 lg 4 – lõike 4 kohaselt hüvitab kahju õigustatud isikule kindlustusandja eest fond. Seletuskirjas (lk 19) selgitatakse, et kindlustusjuhtumi korral on patsiendil või muul isikul <i>õigus</i> esitada nõue otse fondile. Seletuskirjas võiks selgitada (ning vajadusel ka sätet täpsustada), kas kahjustatud isik võib esitada nõude ka kindlustusandja vastu või on käesoleva seaduse eesmärgiks see õigus välistada ja koondada kõik patsiendikindlustuse lepingutest tulenevad nõuded fondi.</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 11 – paragrahvis 11 sätestatakse varaline kahju, mis kuulub fondi poolt hüvitamisele. Loetelus toodud kulud ning hüvitised kuuluvad kõik VÕS §-des 129 ja 130 toodud</p>	<p>Selgitame: selleks, et regulatsioon oleks õigusselgem, on teatud juhtudel dubleerimine vajalik. Muu varalise kahju</p>

<p>varalise kahju alla, kuid viimases punktis tehakse veel üldine viide §-dele 129 ja 130. Sätte mõte sellisel kujul jääb pisut segaseks. VÕS-i üldine kohaldamine tuleb § 2 lg-st 2 ehk eeltoodud sätted kohalduks niikuinii. Kui soovitakse teatud osas vastavate sätete kohaldamine välistada, võiks eelistada lahendust, millega viidatakse selgesõnaliselt VÕS §-dest 129 ja 130 tuleneva regulatsiooni kohaldamisele ning tuuakse välja üksnes erandid. Samuti on võimalus teha ka vastavad välistused §-s 19 (nagu nt on tehtud edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kahju puhul), kuid vältida tuleks sätete dubleerimist.</p>	<p>märkimise vajadust on selgitatud seletuskirjas.</p>
<p>Eelnõu § 18 – võttes arvesse eelnõu eesmärki muuta kogu kahju hüvitamise süsteemi kahjustatud isikute jaoks nii emotsionaalses kui majanduslikus mõttes lihtsamaks, vähendades seejuures kohtusse pöördumise vajadust, saab iseenesest pidada põhjendatuks vajadust näha ette kahjustatud isikule kindlustussüsteemist piisavad hüvitised.</p> <p>Seletuskirjas toodud üldiselt mittevaralise kahjuna välja mõistetud hüvitiste näidete pinnalt võiks pidada eelnõus pakutud piirmäärasid üldjoontes sobivaks. Samas ei ole tegemist konkreetset olukordadega, kus kahju oleks hüvitatud tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel ning viidatud on ka hüvitistele, mis ületavad oluliselt eelnõus toodud maksimaalset hüvitise määra. Samuti ei ole teada, millisesse ulatusse jäävad hüvitised olukordades, kus pooled jõuavad kokkuleppele. Seega võib sarnaselt eelnõu koostajatega nõustuda, et vastavad piirmäärad võivad vajada tulevikus üle vaatamist. Samas võib mõistetakse pidada, et olukorras, kus tervishoiuteenuse osutamisel tekkinud kahju hüvitiste suuruste kohta piisavad andmed puuduvad, võetakse vähemalt teatud ulatuses arvesse pikaajaliselt toiminud süsteemide kogemust ja lahendusi.</p>	<p>Võtame teadmiseks.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 3 – välistus ei ole vajalik, kuna juba seaduse kohaldamisalast (§ 2 lg 1) tuleneb, et seadust kohaldatakse vaid Eesti Vabariigis osutatud tervishoiuteenusele.</p>	<p>Õigusselguse huvides peame sätet antud peatükis välistuste loetelus vajalikuks.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 5 – nagu juba ka eelnõu seletuskirjas endas on nenditud, ei ole vastav välistus vajalik, kuna §-s 11, mis sätestab, milline varaline kahju kuulub hüvitamisele, on viidatud vaid VÕS §-dele 129 ja 130 (ka eraldi välja toodud punktid ei hõlma asja hävimisest, kaotsiminekest või kahjustamisest tekkinud kahju). Palume vältida sätete asjatut dubleerimist.</p>	<p>Õigusselguse huvides peame sätet antud peatükis välistuste loetelus vajalikuks.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 6 – punktiga kuus välistatakse kahju hüvitamine fondi poolt, kui selle eest vastutab tootja VÕS § 1061 alusel. Tootja vastutusest tulenevad nõuded tekivad kannatanul, st isikul, kelle kaitstud õigushüve (eelnõu kontekstis elu ja tervis) on puudusega toote tagajärjel</p>	<p>Tootjavastutus erineb TTO vastutusest. TTO ei saa vastutada puudusega toote eest ning seda ei saa katta ka TTO vastutuskindlustus.</p>

<p>kahjustatud ehk vastav nõue saaks tekkida vaid patsiendil. Seejuures saab pidada küsitavaks, kas antud koormuse panemist patsiendile saab lugeda põhjendatuks. Vastav välistus kitsendaks oluliselt eelnõu § 7 lõike 2 punktis 4 toodut, mille kohaselt loetakse kindlustusjuhtumiks kahju, mis tuleneb läbivaatuse, ravi või muu samalaadse toimingu käigus kasutatud seadme rikkest.</p>	
<p>Eelnõu § 19 p 7 – ka käesolevas punktis korratakse üle seda, mis on öeldud juba eelnõu § 6 lg-s 2. Süstemaatiliselt oleks sobivam eelnõu § 6 lg-s 2 sätestatud välistus kaotada ning tuua see §-i 19.</p> <p>Samas viitame, et sisulise poole pealt saab küsimuse alla seada, kas riigi tagasinõuete välistamine on proportsionaalne lahendus. Seletuskirjas on sisuliselt ainukeseks argumendiks toodud vajadus optimeerida kindlustussüsteemi kulukust. Samas ei ole kaalutud, kas teatud võlausaldajate nõuete välistamine ei teki ebavõrdset kohtlemist, sh võttes arvesse liikluskindlustussüsteemis kehtivat regulatsiooni. Eelnõu seletuskirjas tuleks võimalusel esitada ka arvestuslikud andmed, millist mõju võiks vastav muudatus omada riigieelarvele.</p>	<p>Õigusselguse huvides peame sätet antud peatükis välistuste loetelus vajalikuks.</p> <p>Isik ei saa nõuda nt ravikulusid,, töövõimetushüvitisi, ravimihüvitisi jms, mida hüvitab Eesti Haigekassa.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 8 – punktis 8 sätestatakse, et fond ei hüvita TTO õigusabikulusid. Seejuures jääb selgusetuks, kust tuleneb kindlustusandja õigus fondilt vastavate kulude hüvitamist nõuda ning sellele vastav fondi kohustus kindlustusvõtjale vastavad kulud hüvitada. Palume seda selgitada.</p>	<p>Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 9 – eelnõu alusel hüvitatakse VÕS §-s 129 ja 130 toodud kahju ehk fondi poolt toimub kahju hüvitamine hinnates, kas kulud vastavad nendes sätetes toodud kahjude määratlusle. Seega oleks kaheldav, kas leppetrahvi hüvitamist, mille tasumist võiks kahjustatud isik nõuda sõltumata sellest, kas kahju üldse tekkis, oleks eelnõu kohaselt üldse võimalik nõuda. Eelnevast tulenevalt tuleks täiendavalt hinnata vastava välistuse vajadust.</p>	<p>Õigusselguse huvides peame sätet antud peatükis välistuste loetelus vajalikuks.</p>
<p>Eelnõu § 19 p 12 – punktis 12 sätestatud välistus jääb kahjuks täiesti arusaamatuks. Lause esimeses pooles toodu eeldaks taas TTO-l olevat mingil alusel õigus esitada nõue fondi vastu, tema poolt patsiendiga sõlmitud tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumisest tulenevate kulude hüvitamiseks. Nagu eelnevalt mainitud, ei ole selge, kust selline õigus võiks tuleneda. Ka lause teine pool jääb arusaamatuks – millisel põhjusel soovitakse kahjustatud isiku kahju hüvitamist piirata? Kahjuks ei ole võimalik seda ei sätte sõnastuse ega ka seletuskirja põhjal mõista. Palume täiendavaid selgitusi.</p>	<p>Selgitame: kui isik saab nt välditava tüsistusena operatsioonihaava põletiku, on mõistlik, et isikule osutatakse ravi, seda ei ole mõistlik asendada rahalise hüvitisega.</p>

<p>Eelnõu § 19 p 14 – punktis 14 toodud välistuse kohta ei ole seletuskirjas antud sisuliselt ühtegi selgitust. Liikluskindlustuse ning patsiendikindlustusega kindlustatakse erinevaid riske ning seetõttu jääb ka vastava välistuse vajadus arusaamatuks. Palume täiendavaid selgitusi.</p>	<p>Selgitame: kui sikule hüvitatakse nt transpordi või kiirabiautoga seotud liiklusõnnetuse tulemusena seotud kahju juba liikluskindlustuse kaudu, oleks samade kahjude hüvitamisel antud kindlustusest tegu topelt hüvitamisega.</p>
<p>Eelnõu § 20 lg 1 – lõike 1 kohaselt peab õigustatud isik teavitama fondi kindlustusjuhtumi toimumisest kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis. Seejuures viidatakse seletuskirjas, et siinkohal ei saa kohaldada üksüheselt VÕS § 522 tulenevat kahjustatud isiku teavitamiskohustust, mis sätestab, et kahjustatud isik peab teatama kindlustusandjale kahe nädala jooksul kindlustusandjast teadasaamisel kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis kindlustusjuhtumist ning kindlustusvõtja vastu nõude esitamisest ja viivitamata kindlustusvõtja vastu hagi esitamisest. Eeltoodud seisukohta ei ole seletuskirjas põhjalikumalt põhjendatud ning mõistmatuks jääb, miks ei ole eelnõus soovitud üle võtta VÕS §-st 522 tähtaega teavitamiskohustuse täitmiseks, mis motiveeriks kahjustatud isikut fondi toimunud kahjujuhtumist võimalikult kiiresti teavitama. See võiks soodustada ka kindlustusjuhtumiga seonduvate asjaolude kõige efektiivsemat tuvastamist.</p> <p>Eelnõu viitab teavitamise tähtaja puhul eelnõu § 10 lg-s 2 sätestatud tähtajale, mida võib pidada vägagi pikaks. Eeltoodu tekitab taas ka küsimuse, kas eelnõus sooviti sätestada aegumistähtaeg või õigust lõpetav tähtaeg (vt § 10 lg 2 märkusi).</p>	<p>Arvestatud. Eelnõu sõnastust muudetud.</p>
<p>Eelnõu § 20 lg 2 – lõike 2 eesmärk on sätestada, et kindlustusjuhtumiga seonduvad toimingud antakse üle fondile. Seejuures ei ole aga ehk viited VÕS sätetele kõige täpsemad. VÕS § 450 lg 1 sätestab kindlustusandja täitmise kohustuse sissenõutavaks muutumise aja, sidudes selle küll kindlustusandja täitmise ulatuse kindlaksmääramiseks vajalike toimingute lõpetamisega, kuid säte ei ole iseenesest kindlustusandja vastavate kohustuste aluseks. VÕS § 489 lõikes 1 sätestatakse küll kindlustusandja kohustus viivitamata teha kindlaks hüvitamisele kuuluva kahju suurus, kuid ülejäänud lõiked sinna määratluse alla väga ei sobi (sätestades nt keelu piirata kindlustusvõtja õigust kasutada kahju kindlakstegemisel esindaja abi).</p> <p>Võib ka küsida, kas vastavat sätet on üldse tarvis, kui § 20 lg 7 p 1 kohaselt on fondil kindlustusjuhtumi menetlemisel samad õigused ja kohustused nagu kindlustusandjal. Seejuures märgime, et kuigi kõnekeeles on enamasti mõistetav, mida võiks tähendada määratlus „<i>kindlustusjuhtumi menetlemisel</i>“, leiame, et seletuskiri peaks selles osas olema põhjalikum. Hetkel piirdub see vaid</p>	<p>Arvestatud. Sätted VÕS-le eelnõu sõnastusest välja jäetud.</p>

<p>selgitusega, et „säte on vajalik selleks, et kahjumenethuse läbiviimisel oleks fondil samad õigused ja kohustused, nagu kindlustusandjal ning TTO-l ja õigustatud isikul fondi suhtes samad õigused ja kohustused, nagu neil oleks VÕS järgi kindlustusandja suhtes. Fond esindab kindlustusandjat kindlustusjuhtumi toimumise väljaselgitamisel.“ Palume seletuskirjas täpsemalt avada, millised VÕS-ist tulenevad õigused ja kohustused eelnõu kohaselt üle lähevad.</p>	
<p>Eelnõu § 21 – nimetatud säte sätestab fondi kohustuse hüvitada kahjustatud isikule tekitatud kahju, kui TTO ei ole täitnud seadusest tulenevat kindlustamise kohustust ning et sellisel juhul hüvitatakse kahju patsiendikindlustuse seaduses sätestatud alustel ja ulatuses. Palume selgitada, mida on mõeldud sättes lause osaga „menetletakse käesoleva seaduse põhimõtetest lähtudes“ ning „patsiendikindlustuse seaduses sätestatud alustel“.</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 22 – seletuskirjas selgitatakse, et: „patsiendikindlustuse seaduse kohaselt on kindlustusandja osa ülesannetest pandud patsiendikindlustusfondile ehk viimane tegutseb seaduse alusel kindlustusandjate nimel. Patsiendikindlustusfond täidab näiteks kindlustusandja eest klienditeeninduse funktsiooni, samuti menetleb kindlustusjuhtumeid ning hüvitab kahjustatud isikule kahju kindlustusandja eest.“ Eelnevat võiks mõista nii, et seadusega soovitakse saavutada olukord, kus kõik patsiendikindlustuslepingust tulenevad kahju nõuded hüvitaks fond. Nii sätestab ka § 10 lg 4, et fond hüvitab kahju õigustatud isikule kindlustusandja eest. Paragrahv 22 lg 1 kohaselt on fondil aga omakorda tagasinõudeõigus selle kindlustusandja vastu, kellega tervishoiuteenuse osutajal oli kindlustusjuhtumi toimumise ajal kehtiv patsiendikindlustuse leping. Samas on lõikes 3 sätestatud tagasinõudeõigus TTO vastu nii fondile kui kindlustusandjale. Eelnevalt viidatud sätete kohaselt peaks eelduslikult lõikes 3 toodud tagasinõudeõigus tekkima kindlustusandjale ja seda olukorras, kus ta on fondile viimase poolt kahjustatud isikule tasuta hüvitanud. Küsimusi tekitab aga see, millistel juhtudel tekib fondil õigus esitada tagasinõue otse kindlustusvõtja vastu. Mõistetavaks saab pidada § 22 lg 3 p 2 juhtu, ehk olukorda, kus fond on hüvitanud õigustatud isikule tekkinud kahju juhul, kus TTO ei ole täitnud seadusest tulenevat kindlustuskohustust (vastav kohutus fondile tuleb §-st 21). Seejuures tekib aga küsimus, millisel alusel ja milline kindlustusandja peaks hüvitama kahju TTO kindlustuskohustuse rikkumise korral, et tal tekiks tagasinõue TTO vastu p 2 alusel. Eeltoodust tulenevalt palume selgitada, millistel juhtudel on kahjustatud isikule kohustatud kahju hüvitama fond ja millistel juhtudel kindlustusandja, ning millistel juhtudel tekib neil tagasinõudeõigus TTO vastu.</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>

<p>Samuti palume lõike 4 puhul täpsustada sätte suhet VÕS §-dega 457 ja 458.</p>	
<p>Eelnõu § 22 lg 3 p 4 – sättes ei öelda, <i>kuidas</i> joove tuvastati. Olukorras, kus ei viidata KorS korrale, kehtib loogika, mida on Riigikohus kahel korral märkinud – see on määratlemata ning tuvastatakse muul viisil. Riigikohus on leidnud: „12. <u>Kuna</u> avaliku teenistuse seaduses ega selle seaduse volitusnormide alusel antud <u>õigusaktides ei ole joobeseisundi tuvastamise korda kehtestatud, samuti ei ole viidatud teistes õigusaktides kehtestatud joobeseisundi tuvastamise korrale</u>, siis on kolleegiumi hinnangul <u>tegemist tavapärase olulise tingimuse tõendamisega haldusmenetluses</u>. .. Seetõttu ei ole politseiseaduse ja selle alusel antud siseministri määruises sätestatud joobeseisundi tuvastamise kord ning liikluseaduses sätestatud eeldused isiku joobeseisundis olevaks lugemiseks (LS § 20 lg 3¹) ega ka alkoholi piirmäära ületamise regulatsioon (LS § 20 lg 4) käesoleva asja lahendamisel asjakohased ega kohaldatavad. Viru Vangla on seega ebaõigesti lähtunud distsiplinaarkaristuse määramise käskkirjas liikluseaduse regulatsioonist „koosseisu tunnus "teenistuses joobnuna viibimine" ei eelda kindlat alkoholikontsentratsiooni veres ega väljahingatavas õhus ehk puudub numbriline piirmäär, mille tuvastamisel saaks automaatselt käsitada isikut joobnud olekus olevana. Samas eeldab joobnud olek isiku tüüpiliste kehaliste või psüühiliste funktsioonide või reaktsioonide muutumise või häirumise tuvastamist. Üksnes indikaatorvahendi numbriline näit ei ole joobnud oleku tuvastamisel lõplikult määrava tähendusega.</p> <p>Joobnuna teenistuses viibimise tõendamiseks võib seega kasutada menetlusosalise seletusi, dokumentaalseid tõendeid, asitõendeid, tunnistaja ütluseid, eksperdi arvamust, aga ka mõõtevahendi kasutamisel saadud tulemusi.“².</p> <p>Sama märkus kehtib ka eelnõu § 35, kavandatava KrMS § 205³ lg 1 p 3, ja eelnõu § 38 p 1, täiendatava TTKS § 3 lõike 6 p 2 kohta.</p>	<p>Arvestatud. Viide korrakaitseadusele eelnõust välja jäetud.</p>
<p>Eelnõu § 23 lg 1 – seoses eelnõu § 23 lõikega 1 kerkib küsimus, mis saab olukorras, kus kindlustusandja tegevusluba lõpeb? Kas ja kelle vastu on õigustatud isikul nõue tekkinud kahju hüvitamiseks pärast kindlustusandja liikmesuse lõppu fondis? Kui fond on kohustatud hüvitama õigustatud isikule kindlustusandja eest tekkinud kahju ajal, mil kindlustusandja on fondi liige, siis mis saab olukorras,</p>	<p>Selgitus. Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>

<p>kus kahju, mis tekkis eelnõu § 7 lõikes 2 nimetatud sündmuse või asjaolu tagajärjel, ilmneb pärast kindlustusandja liikmesuse lõppu?</p>	
<p>Eelnõu § 23 lg 2 – selguse huvides tasuks eelnõu § 23 lõike 2 punktides 1 ja 2 kaaluda viidet kindlustustegevuse seadusele, vastasel juhul ei pruugi olla üheselt arusaadav, et räägime spetsiifilistest erirežiimidest ja saneerimismeetmetest, mida on reguleeritud kindlustustegevuse seaduses.</p> <p>Eelnõu § 23 lõige 2 punkti 3 puhul leiame, et õiguslike tagajärgede sidumine pankrotiavalduse esitamisega on problemaatiline. Justiitsministeerium soovib kaaluda lahendust, mille puhul peatab fond kindlustusandja eest tehtavad kahju hüvitamise maksed, kui selle kindlustusandja osas kohus on lõpetanud menetluse pankrotti välja kuulutamata raugemise tõttu või on kuulutanud pankroti välja.</p>	<p>Selgitus. Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>
<p>Eelnõu § 23 lg 3 – Justiitsministeerium ei ole veendunud, et eelnõu § 23 lõikes 3 toodud tingimustel väljamaksete peatamine on õigustatud isiku suhtes proportsionaalne. Kuivõrd eelnõus ei ole rohkem viidatud tagasinõudele esitatud vastuväitele, siis tasuks vähemalt seletuskirjas täpsustada, mida selle all mõeldakse.</p>	<p>Selgitus. Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>
<p>Eelnõu § 23 lg 4 – vastavalt eelnõu § 23 lõikele 4 on fondil kindlustusandja eest täitmise kohustus selle kindlustusandja pankroti korral üksnes patsiendikindlustuse lepingute vastava kattevara ja seda ületavas osas tunnustatud nõude ulatuses. Kas kattevara ja seda ületavas osas tunnustatud nõude ulatuses ei moodustagi kogu õigustatud isiku nõuet ehk fond peab täitma kogu kohustuse?</p> <p>Seletuskirjas on eelnõu § 23 lõike 4 kohta täpsustatud, et olukorras, kus patsiendikindlustuslepingute vastavast kattevarast ei jätku kõikide nõuete rahuldamiseks, täidab fond kattevara ületavas osas õigustatud isikute nõuded tunnustatud nõude ulatuses muu pankrotivara arvel ja võrdeliselt nõuete suurusega. Justiitsministeeriumile jääb arusaamatuks, kuidas on fondil võimalik käsutada muud pankrotivara, mis ei ole kattevara, mis eelnõu kohaselt (KindlITS § 171 täiendamine lõikega 8¹) ei kuulu kindlustusandaja pankrotivara hulka. Kindlustusandja pankrotivara, mis ei ole patsiendikindlustuse lepingutele vastav kattevara, valitsemise õigus ning selle arvel väljamaksete tegemise õigus peaks olema kindlustusandja pankrotihalduril. Kui patsiendikindlustuse lepingutele vastavast kattevarast ei jätku kõikide õigustatud isikute nõuete rahuldamiseks, peaksid õigustatud isikud saama rahuldamata osas esitada nõuded kindlustusandja pankrotimenetluses.</p>	<p>Selgitus. Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>

<p>Eelnõu § 23 lõike 2 kohta on seletuskirjas öeldud, et olukorras, kus Finantsinspeksioon esitab kindlustusandja suhtes pankrotiavalduse, hüvitab fond õigustatud isikute nõuded vastava kattevara arvel. Kuidas on see süstemaatiliselt seotud eelnõu § 23 lõike 4 regulatsiooni (fondil on kindlustusandja eest täitmise kohustus üksnes kattevara ja seda ületavas osas tunnustatud nõuete ulatuses, mis olukorras, kus õigustatud isikute nõuete kogusuurus ületab kattevara, tähendab seda, et fond rahuldab õigustatud isikute nõuded võrdeliselt nende suurusega) ja sama eelnõu sätte kohta antud selgitustega?</p>	<p>Selgitus. Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>
<p>Eelnõu § 24 lg 2 – kui siin on mõeldud, et seadusega välistatakse muu hulgas ka riigivastutus, siis seda ei saa õigeks pidada. Kui see siiski on eelnõu koostajate soov, tuleb seda eraldi põhjendada.</p>	<p>Arvestatud. Säte eelnõust eemaldatud.</p>
<p>Eelnõu 4. ptk – lepituskomisjoni õiguslik alus on sätestatud erinevas sõnastuses nii seaduse kui ka rakendusakti eelnõus. Määruses lepitusorgani õigusliku aluse kordamine on tarbetu ja regulatsiooni erinev sõnastus võib tuua kaasa õiguslikku ebaselgust. Selge lepituskomisjoni õigusliku aluse säte, mille kohaselt on lepituskomisjon riigi lepitusorgan lepitusseaduse tähenduses, peaks sisalduma seaduses ja mitte määruses. Seda, et lepitusorgani õiguslik alus peab olema sätestatud seaduses, nõuab lepitusseaduse § 2 p 4. Lepituskomisjoni õigusliku aluse regulatsioon lepitusorgani moodustamise aluste ja töökorra eelnõu § 1 lg-s 2 tuleks välja jätta ja õigusliku aluse sätte sõnastust seaduse eelnõu §-s 27 täpsustada. Seletuskirja leheküljel 56 § 29 selgituses märgitakse, et lepituskomisjoni menetluse tulemuseks on täitedokument ja seda ei saa enam kohtus vaidlustada, samuti ei ole võimalik enam sama asjaga kohtusse pöörduda. See väide on õige ainult olukorras, kus lepitusmenetlus lõpeb lepituskokkuleppe sõlmimisega. Kui osapool kokkuleppega ei nõustu, siis täitedokumenti ei teki ja täitedokumendi saamiseks tuleb siiski läbida kohtumenetlus. Seletuskirja sõnastust tuleb täpsustada.</p> <p>Eelnõu järgi ei arutata lepitusmenetluse käigus enam neid küsimusi, mis tekkisid fondi kahjumenetluse käigus, kus hinnatakse ja vaieldakse sisuliselt tervishoiuteenuse üle („... näiteks kui on raske hinnata, kas tervisekahju kvalifitseerub kindlustusjuhtumiks. Komisjoni eesmärk ei ole täita fondi ülesandeid.“). Seega lahendatakse lepitusmenetluses õiguslikke vaidluseid. Seetõttu tuleb seletuskirjas täpsustada, kuidas tagatakse patsiendi menetluslikud õigused, st seletuskirjas tuleb välja tuua, et patsient saab taotleda riigiõigusabi, saab taotleda tasuta ekspertiise jne. Kohustuslik kohtueelne menetlus peab olema ette nähtud patsiendi kui nõrgema poole kasuks.</p>	<p>Arvestatud osaliselt. Märgime, et seletuskirjas märgitu ei tähenda, et komisjon ei lahenda üldse meditsiinilisi küsimusi. Lõike eesmärgiks oli tuua esile, et lepituskomisjon ei täida kindlustusandja ülesandeid, vaid lahendab üksnes otsuse suhtes esitatud kaebusi.</p> <p>Nii eelnõus kui ka seletuskirjas on märgitud, et menetlus komisjonis on kaebuse esitajale tasuta ja seega on patsiendi kui nõrgema poole huvid kaitstud.</p> <p>Leiame, et lepitusmenetluses peaks lahendama üksnes otsuseid kindlustusjuhtumi tuvastamise/mittetuvastamise kohta ning kahju hüvitamise ulatuse kohta. Juhul, kui isik leiab, et TTO vastutab tervisekahju eest, siis teavitab ta sellest kindlustusandjat ning kindlustusjuhtumi tuvastamise korral kindlustusandja hüvitab isikule kahju. Kui isik ei pöördu kindlustusandja poole ning soovib vaidlust lahendada muul viisil, siis sellised vaidlused ei peaks lepituskomisjoni pädevusse kuuluma.</p>

<p>Lisaks sellele peab nii lepitusmenetluses kui ka edasises kohtumenetluses olema võimalik lahendada sisulist vaidlust, st patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahelist vaidlust, mitte vaidlust selle üle, kas fond on hinnanud õigesti kahjujuhtumi asjaolusid (st patsiendi ja fondi vahelist vaidlust).</p>	
<p>Eelnõu § 30 lg 1 punkt 1 – registri pidamise eesmärk iseenesest ei saa olla lepingute sõlmimine. Registrisse küll tuleks kanda andmed sõlmitud lepingute kohta, ent eesmärgiks on anda ülevaade nende lepingute kohta. Palume sõnastust vastavalt muuta.</p>	<p>Registri regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p>
<p>Eelnõu § 31 – sättega nähakse ette, et pärast kümnet aastat arvates kahju põhjustanud teo tegemisest või sündmuse toimumisest andmed anonüümitakse. Isikuandmete kaitse üldmääruse³ art 5 lg 1 punkti e kohaselt säilitatakse andmed kujul, mis võimaldab andmesubjekte tuvastada ainult seni, kuni see on vajalik selle eesmärgi täitmiseks, milleks isikuandmeid töödeldakse. Üldmääruse art 17 lg 1 punkti a kohaselt on andmesubjektil õigus nõuda, et vastutav töötleja kustutaks põhjendamatu viivitusega teda puudutavad isikuandmed ja vastutav töötleja on kohustatud kustutama isikuandmed põhjendamatu viivitusega, kui isikuandmeid ei ole enam vaja sellel eesmärgil, millega seoses need on kogutud või muul viisil töödeldud.</p> <p>Ehkki anonüümimise tagajärjel ei ole tõepoolest tegemist enam isikuandmetega, vajab siiski selget põhjendust see, miks on eelnõus peetud vajalikuks isikuandmete anonüümimist, mitte kustutamist. Palume esitada asjakohane selgitus, mille pinnalt oleks võimalik teha järeldus valitud meetme põhjendatuse kohta.</p>	<p>Arvestatud. Sõnastust muudetud.</p>
<p>Eelnõu § 34 p 3 – eelnõuga täiendatakse kindlustustegevuse seaduse §-i 171 lõikega 8¹. Saame aru, et tegemist on sihtotstarbelise varakogumiga, mis eraldub kindlustusandja muust pankrotivarast ja mille arvel rahuldatakse kattevara ulatuses õigustatud isikute nõudeid võrdeliselt nende nõuete suurusega. Siinkohal leiame, et on vastuolu kõnesoleva punkti ja eelnõu § 23 regulatsiooni vahel ehk oluline on tagada selgus, millises ulatuses õigustatud isikute nõuete rahuldamine fondi poolt toimub – kas kattevara arvel ja ulatuses või, nagu eelnõu § 23 lõikest 4 ja vastavast seletuskirjast nähtub, on fondil õigus teha väljamakseid ka pankrotivarast. Justiitsministeerium märkis juba oma kommentaarides eelnõu § 23 kohta, et viimane lahendus ei oleks süstemaatiliselt kohane. Kui fond täidab kindlustusandja pankroti korral nõudeid vaid kattevara arvel</p>	<p>Kindlustustegevuse seaduse asjakohased sätted välja jäetud kuna eelnõu ei käsitle enam fondi tegevust.</p>

3 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>

<p>ja ulatuses, oleks seletuskirjas asjakohane selgitada, mis saab olukorras, kus kattevarast ei piisa ehk et õigustatud isikutel on õigus esitada oma nõue kindlustusandja pankrotimenetluses võlausaldajana.</p>	
<p>Eelnõu § 35 – eelnõuga lisatav kriminaalmenetluse seadustiku (edaspidi <i>KrMS</i>) § 205³ annab täiendava kriminaalmenetluse lõpetamise aluse tervishoiuteenuse osutamise korral, kui tervishoiuteenuse osutamise käigus on ettevaatamatusest põhjustatud patsiendi surm või raske tervisekahjustus. Seletuskirjas on muudatuse tegemist põhjendatud vajadusega soodustada patsiendiohutusjuhtumitest, sh eksimustest ja vigadest teavitamist, mis on vajalik tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi parandamiseks.</p> <p>Justiitsministeeriumi hinnangul on patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise süsteemi sisseseadmine ning selle pinnalt vigadest õppimine tervitatav. Teiselt poolt tuleb vaadata, millist probleemi muudatusega soovitakse lahendada ning kaaluda, kui põhjendatud on ühe valdkonna erialatöötajate karistusõigusliku vastutuse piiramine ning kas soovitud lahendus praktikas ka tulemuslikuks osutub.</p> <p>Toome välja, et tervishoiutöötajate karistusõiguslikust vastutusest rääkides on oluline mõista, kuidas Eesti karistusõiguses sisustatakse ettevaatamatusdelikti, sh tegevusetusega toime pandud ettevaatamatusdelikti eelduseid. Selleks, et mõista isik süüdi ettevaatamatusest raske tervisekahjustuse tekitamises (KarS § 119) või surma ettevaatamatus põhjustamises (KarS § 117), on vajalik ära näidata hoolsuskohustuse rikkumine, mis oli objektiivselt ettenähtav ning välditav. Lisaks on tagajärje omistamise juures vajalik tuvastada õigusvastasusseos. Oluline on märkida, et selline hoolsuskohustuse potentsiaalne rikkumine tugineb ekspertiisile, st see eeldab erialateadmistega isikute hinnangut. Hoolsuskohustuse võimaliku rikkumise hindamisel on näiteks Riigikohus otsuses nr 1-15-6223 selgitanud, et näiteks patsiendi haiguse diagnoosimisel peab vältimatult aktsepteerima arsti piisavat hindamis- ja otsustamisruumi. Karistusõiguslik reageerimine kõikvõimalikele ekslikele diagnoosidele oleks vastuolus karistusõiguse aktseptsioonuse põhimõttega ning võiks asuda takistama meditsiinivaldkonna toimimist. Riigikohus rõhutas, et hoolsuskohustuse rikkumiseks saab pidada vaid sellist diagnoosiviga, mis ületab meditsiiniliselt paratamatu ja meditsiinieetiliselt tolereeritava riski piire. Juhul, kui hoolsuskohustuse rikkumine on tuvastatud, saab vajaliku hoolsuse üles näitamata jätmist isikule ette heita vaid siis, kui saabunud tagajärg oli tervishoiutöötajale ka objektiivselt ettenähtav ning välditav. Kui tagajärg on saabunud, tuleb lisaks hinnata, ega tagajärje saabumine ei</p>	<p>Arvestatud.</p>

olnud objektiivselt vältimatu, st kas hoolsuskohustusele vastav käitumine oleks tagajärje ära hoidnud. Lisaks tuleb veel hinnata, kas tagajärjena realiseerinud oht on tervishoiutöötajale ka subjektiivselt etteheidetav. Oluline on silmas pidada, et läbivalt tuleb lähtuda *in dubio pro reo* põhimõttest, mille kohaselt kõik kõrvaldamata kahtlused kõrvaldatakse kahtlustatava või süüdistatava kasuks. Eelkirjeldatud silmas pidades on selge, et juba kehtivas Eesti karistusõiguses on tervishoiutöötaja vastutus ettevaatamatusest raske tervisekahjustuse või surma põhjustamise eest võimalik vaid äärmuslikel juhtudel, mida kinnitab väga vähene süüdimõistvate otsuste arv.

Lisaks, õiguspoliitiliselt tuleb küsida, kuivõrd on põhjendatud ühe valdkonna erialatöötajate karistusõigusliku vastutuse absoluutne välistamine teatud (ettevaatamatute) kuritegude puhul. Inimese elu ja tervise puhul on tegemist tähtsaimate õigushüvedega ning riigi kohustus nende kaitsmiseks tuleb nii põhiseadusest kui ka Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioonist. Euroopa Inimõiguste Kohus on oma praktikas rõhutanud, et riigil on kohustus tagada efektiivne ravivigade menetlemise süsteem.

Eelnõuga pakutakse välja mitte absoluutne, vaid valikuline menetluse lõpetamise alus, mis annab riigiprokuratuurile võimaluse menetluse lõpetamiseks, kuid ei sätestaks absoluutset kohustust, ning mis näeb ette täiendavad kriteeriumid lisaks teavitamiskohustuse täitmisele. Muudatuse eesmärk ei ole kriminaalmenetluse lõpetamise võimalust tervishoiutöötajate jaoks võrreldes KrMS §-s 202 tooduga kitsendada (sellest ka viide §-le 202), vaid anda täiendav võimalus kriminaalmenetluse lõpetamiseks, kus tuleb sättes nimetatud kriteeriumitega arvestada.

Justiitsministeerium leiab, et kuna menetluse lõpetamine tervishoiutöötaja suhtes on ka kehtiva seaduse kohaselt võimalik (KrMS § 202), ei too eelnõus välja pakutud muudatus kaasa olulisi muudatusi õiguskorras ning on õiguspoliitiliselt aktsepteeriv. Aitamaks kaasa ohujuhtumitest teavitamise korra toimimisele ning seeläbi tervishoiusüsteemi ohutumaks muutmisele, võib Justiitsministeerium patsiendikindlustuse eelnõus välja pakutud KrMSi muudatust põhimõtteliselt toetada, kui on võetud arvesse alltoodud märkusi KrMS § 205³ ning tervishoiuteenuse korraldamise seaduse § 3 lg 6 muutmise kohta.

KrMS § 205³ lg 1 p 1 – menetluse lõpetamise kriteeriumiks on tervishoiutöötaja poolt patsiendiohutusjuhtumist teavitamine, kui see on ette nähtud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses. Eelnõu § 38 p 5 kohaselt muudetakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 4²

lõiget 1 ning kehtestatakse tervishoiutöötajale kohustust registreerida patsiendiohutusjuhtumid, mis põhjustasid patsiendile välditavat tervisekahju. Muudatusettepanekute pinnalt jääb ebaselgeks, millal vastav teade tuleb esitada. Justiitsministeerium teeb ettepaneku täiendada KrMS § 205³ lg 1 punkti 1 järgmiselt: „1) tervishoiutöötaja on esitanud viivitamatult teate enda tegevuse või tegevusetuse kohta tervishoiuteenuse osutaja peetavale patsiendiohutusjuhtumite andmekogule ja Terviseameti peetavale patsiendiohutuse andmekogule, kui see on ette nähtud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses;“. Vastavalt tuleks täiendada ka tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 4² lõiget 1.

KrMS § 205³ lg 1 punkti 2 lõppu tuleb lisada „ja“, näitamaks, et samaaegselt peavad esinema kõik kolm lõikes 1 nimetatud kriteeriumit.

KrMS § 205³ lg 1 p 3 räägib hetkel ainult tervisekahju tekitamisest joobeseisundis, hõlmata tuleks ka surma ettevaatamatu põhjustamine. Ettepanek sõnastada p 3 ümber järgmiselt: „3) tervishoiutöötaja ei ole põhjustanud ettevaatamatusest patsiendi surma või rasket tervisekahjustust alkoholi, narkootilise või psühhotroopse aine või muu joovastava aine tarvitamisest põhjustatud joobeseisundis.“

KrMS § 205³ lg 2 – Justiitsministeerium hinnangul on KrMS § 205³ kohaldamise peamine eeldus asjaolu, et tervishoiutöötaja teavitab enda tegevusest või tegevusest. Seega peaks lõikes 2 toodu jääma erandiks. Nõustuda ei saa seletuskirjas (lk 64) toodud selgitusega, et lõikes 2 nimetatud olukord võib esinda siis, kui tervishoiutöötaja ei ole teadlik, et tema tegevus võis põhjustada tervisekahju. Justiitsministeerium palub selle osa seletuskirjast välja jätta.

Lisaks palume seletuskirja tuua täiendavalt välja, et lõikes 1 nimetatud kriteeriumid peavad KrMS § 205³ alusel menetluse lõpetamiseks alati esinema, kuid kuna KrMS § 205³ kohaldamine on riigiprokuratuuri otsus, on prokuratuuril võimalik arvesse võtta ka muid asjaolusid, mh hoolsuskohustuse rikkumises raskust.

Seoses täiendava kriminaalmenetluse lõpetamise aluse lisamisega KrMS-i on vajalik täiendada ka KrMS § 6, lisades loetellu viite §-le 205³.

Seoses täiendava kriminaalmenetluse lõpetamise aluse lisamisega KrMS-i tuleb silmas pidada menetluse lõpetamise aluste täiendamise vajadust prokuratuuri infosüsteemis ning e-toimikus. Patsiendiohutuse andmekogu loomisel tuleb arvestada, et prokuratuuril peaks olema vajadusel võimalus digitaalselt patsiendiohutuse

<p>andmekogu(de)st kontrollida KrMS § 205³ lg 1 punktis 1 sätestatud kriteeriumi täitmist.</p> <p>TTKS § 3 lg 6 – eelnõuga muudetakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 3 lõiget 6 (ning hilisema jõustumisega täiendavalt lõike 6 sissejuhatavat osa) selliselt, et välistatakse järelevalve- või uurimismenetluse algatamine korrakaitseorgani või kohtu poolt, kui tervishoiutöötaja on nõuetekohaselt dokumenteerinud patsiendiohutusjuhtumi ja teavitanud sellest tervishoiuteenuse osutaja peetavat patsiendiohutusjuhtumite andmekogu, va punktides 1-3 nimetatud juhtudel. Justiitsministeerium on seisukohal, et nimetatud säte on vastuolus eelnõuga ettenähtava põhimõttega, mille kohaselt sätestatakse tervishoiutöötajate karistusõigusliku vastutuse välistamise osas täiendav menetluse lõpetamise alus (ning mitte kriminaalmenetluse alustamata jätmise alus, mis tuleks Justiitsministeeriumi hinnangul sätestada KrMS-s). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 3 lõige 6 eelnõus pakutud sõnastuses välistaks aga ka kriminaalmenetluse alustamise, mis ei ole antud eelnõu mõte. Sätte sõnastust tuleb vastavalt muuta ning selgelt välja tuua, et sättes toodu ei kehti kriminaalmenetluse alustamise kohta.</p>	
<p>Eelnõu § 35 – KrMS § 6 loetleb paragrahvid, milles on välja toodud alused kriminaalmenetluse lõpetamiseks. Kuna eelnõus ei ole välja toodud, et KrMS §-i 6 täiendatakse §-ga 205³, juhhib Justiitsministeerium tähelepanu KrMS §-i 6 täiendamise vajadusele.</p> <p>Eeldusel, et § 205³ lõpetamise alus on analoogne § 205¹ sisalduvale alusele, on tegemist EToimiku ja prokuratuuri infosüsteemi puhul väikese muudatusega, mille saab realiseerida tavapäraste hooldustööde käigus ühekuulise etteteatamise ajaga. Hooldustööde hind sõltub sellest, kas tegemist on majasisese või -välise arendusega, kuid on orienteeruvalt ca 4000 eurot.</p> <p>Prokuröri poolt lõpetamise aluste elektroonilise kontrolli eelduseks on vajalik X-tee teenuste olemasolu patsiendiohutuse andmekogu poolel, mida on võimalik tulevikus prokuratuuri infosüsteemil kasutusele võtta.</p>	<p>Ettepanekut arutatud TEHIK-ga. Kulukas IT arendus antud kontekstis ei ole ratsionaalne lahendus arvestades selliste juhtumite väga väikest hulka.</p>
<p>Eelnõu § 38 p 1 – tervishoiutöötaja teavitab andmekogu pidajat, mitte andmekogu. Seetõttu tuleks muuta sõnastust vastavaks.</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>Eelnõu § 38 p-d 9 ja 10 – palume kaaluda, kas oleks otstarbekam siduda kindlustuse kehtimise nõue tervishoiuteenuse osutamisega, mitte tegevusloa kehtivusega. Tegevusluba õigustab (mitte ei kohusta) tegutsema teatud alal ning osutama teatud teenuseid, kui isik</p>	<p>Selgitame: Eelnõu eesmärgiks on siduda tegevusloa ja kindlustuskohustus. Sellel on tähtsus nt kindlustamata juhtumite hüvitamisel. Kui TTO kõiki loaga lubatud</p>

<p>on haldusorganit veennud, et ta vastab kõigile nõuetele. Üheks nõudeks teiste seas saab edaspidi olema kindlustuse olemasolu. Tegevusloa taotluses esitatakse nende tervishoiuteenuste loetelu, mille osutamiseks tegevusloa taotletakse (TTKS § § 41 lg 2 p 2). Saadud luba annabki õiguse osutada tervishoiuteenuseid (TTKS § 40 lg 3). Siis, kui tervishoiuteenuse osutaja aga kõiki loaga lubatud teenuseid ei osuta, ei peaks ta ka tegevusloal nimetatud teenuste mahus kindlustuskaitset tagama. See oleks ebaproportsionaalne ettevõtlusvabaduse riive. Sama ka siis, kui tervishoiuteenust ei osutata olenemata tegevusloa olemasolule nt nõuetele vastava töötaja puudumise vm TTKS §-s 42 nimetatud nõude mittetäitmise tõttu.</p> <p>Teeme ettepaneku lahutada tegevusloa kehtima hakkamise ja tegevusloaga lubatud teenuse osutamise alguse ajad. Nt võiks tervishoiuteenuse osutaja osutada patsiendikindlustuse lepinguga kaetud tervishoiuteenuseid.</p>	<p>teenuseid ei osuta, siis mõjutab see ka kindlustusmakset.</p>
<p>Eelnõu § 39 p 1–3 – võttes arvesse, et tervishoiutöötaja kätte on usaldatud kõige väärtuslikumad õigushüved, on VÕS § 758 lõikes 2 seadusandja pidanud põhjendatuks suurendada tema tsiviilõiguslikku vastutust. Samas mõistame, et läbi erinevate mehhanismide (eelkõige TLS) kehtib olukord, kus tervishoiutöötaja vastutus on oluliselt piiratud ning võib pidada usutavaks, et kõige edukamalt õnnestub nõue maksma panna ilmselt TTO vastu. Võttes arvesse, et muudatus ei oma praktikas eriti suurt mõju, ning toetades eesmärki soodustada patsiendiohutust läbi ohutusjuhtumite registreerimise, analüüsimise ning edaspidise ennetamise, võime nõustuda VÕS §-s 758 ja § 770-s tehtavate muudatustega.</p> <p>Seejuures viitame, et seletuskirjas on mitmes kohas viidatud, et eelnõuga kaotatakse <i>tervishoiutöötaja isiklik tsiviilõiguslik vastutus</i>. Kuna VÕS §-s 758 tehtavad muudatused puudutavad vaid lepingulist vastutust, palume seda sõnastust parandada.</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>Eelnõu § 39 p 4 – VÕS § 771 sätestatud 5-aastane aegumistähtajaga on seadusandja näinud vajadust isiku elu ja tervise kahjustamise puhuks näha ette laiem kaitse. Kuigi Justiitsministeeriumi hinnangul võiks selle täiendava kaitse tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumiste puhuks patsiendi huvides kehtival kujul säilitada, ei ole me ka otseselt vastu sellele, et vastav aegumistähtaeg ühtlustada teiste isikukahju hüvitamise nõuetega. Samas võib küsida, kas sättel sellised kujul enam eraldi väärtust on. Võib isegi kaaluda, kas regulatsioon ei muutuks selgemaks, kui ka tervishoiuteenuse osutamise lepingust tulenevad nõuded aeguks üldiselt TsÜS kohaselt, mis tooks kaasa suurema selguse TsÜS § 153 lg 2 kohaldatavusest tervishoiuteenuse</p>	<p>Arvestatud. Seletuskirja täiendatud.</p>

<p>osutamise lepingust tulenevatele nõuetele, st maksimaalse aegumistähtajana 30 aasta ette nägemise. Seejuures juhime tähelepanu eelnõu § 10 lg 2 kohta tehtud märkustele.</p> <p>Käesoleva muudatuse kohta antud selgituste kohaselt nähakse eelnõuga ette, et õigustatud isik peab kindlustusjuhtumi toimumisest teavitama fondi kolme aasta jooksul alates ajast, kui ta sai teada TTO poolt kohustuse rikkumisest ja kahju tekitamisest ning viidatakse seejuures eelnõu §le 20 lg 1. Märgime, et sealt sellist kohustust ei tulene. Siiski paluksime selgitusi, kas soovitakse sätestada mingi eriregulatsioon fondi teavitamise tähtaja kohta või mitte (eelnõu ja seletuskiri on selles osas segased).</p>	
<p>Vanglad kui tervishoiuteenuse osutajad – eelnõu kohaselt luuakse kohustuslik vastutuskindlustus TTO-le. TTO on eelnõu tähenduses ka vanglad. Hüvitatavad on üldjoontes tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud kahjud. Hüvitatakse ka näiteks töövõime vähenemisest tekkinud kulud, ülalpidamiskulud vms. Töövõime vähenemisest tekkinud kulude hüvitamine on kinnipeetavate puhul välistatud, kuid ülalpidamiskulude hüvitamine ei ole. Arvestuse aluseks on netotulu, mis kinnipeetavate puhul ei pruugi olla üks ühele. Kinnipeetaval ei tule enda netotulust enda ülalpidamiseks kulusi teha. Sotsiaalmaksu kinnipeetavate tasudelt ei maksta. Vanglaid silmas pidades on olulised veel järgmised asjaolud: 1) kindlustusmaksete tegemiseks on Sotsiaalministeerium juba esitanud RESi taotlused. Justiitsministeerium neid esitanud veel ei ole. 2) Vanglate kindlustusmaksed võivad olla suuremad kui üldhaiglatel (kinnipeetavad kaebavad rohkem). 3) Luuakse kohustuslik kohtueelne menetlus fondi juurde. Kinnipeetavate kahju hüvitamise taotlused hakkavad sinna minema. Sisendi peab paraku andma siiski TTO ehk siis vangla, seega vangla töökoormus selles osas ei muutu. 4) Vanglal juba hüvitatud kulude osas regressiõigust fondile ei ole. Fond hüvitab vaid need kahjud, mida vangla juba ei hüvita (lisaravimid, uus tervishoiuteenus vms). 5) Kohtusse pöördumise õigus jääb lõppastmes alles. Mõjude osas tuleb kindlasti hinnata ka Justiitsministeeriumi tervishoiukulude tõusu. Need on hetkel seletuskirjas nimetatud.</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>Normitehnilised ja keelelised märkused</p>	<p>Arvestatud</p>
<p>Siseministeerium</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Siseministeeriumil pole eelnõuga puutumust, kooskõlastame vaikimisi (Vabariigi Valitsuse reglement § 7 lõike 4 kohaselt). Juhul kui seaduse kohaldamisala tulevikus laiendatakse, palume Härekeskus kaasata muudatuste ettevalmistamisse.</p>	<p>Võtame teadmiseks.</p>
<p>Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>

<p>Me ei kooskõlasta patsiendikindlustuse seaduse eelnõu järgmistel põhjustel.</p> <p>Eelnõu § 30 lg 5. Vaatamata seletuskirjas antud selgitustele jääb arusaamatuks, miks sätestatakse, et X-tee andmevahetust ei kasutata. Kui patsiendikindlustuse register on uus infosüsteem, siis millele tuginedes väidetakse, et see ei ole andmevahetuseks tehniliselt sobiv? Kuna kindlustusjuhtumite käsitlemisel kasutatakse ka tervise infosüsteemis (TIS) vm riigi infosüsteemides olevaid andmed, oleks nende operatiivne ja täpne edastamine ka kindlustusandja huvi. Samuti lihtsustaks see Terviseameti § 4 lg 8 sätestatud ülesande täitmist (või asendaks selle) ning Terviseameti teavitamist vastavalt §-le 25. Eelnõus sätestatu järgi peab Terviseamet kandma enda hallatavasse patsiendiohutuse andmekogusse andmed sisse käsitsi.</p>	<p>Arvestame ja täpsustame eelnõud, et x-tee kasutamine andmevahetuseks oleks võimalus, mitte kohustus.</p> <p>Fondi regulatsioon eelnõust välja jäetud.</p> <p>Kavas on luua funktsionaalne liides Terviseameti tegevuslubade registri ja kindlustussektori vahele, mis käsitsi sisestamise asendaks.</p>
<p>Eelnõu § 31. Säilitustähtaja seadmine tähendab, et pärast säilitustähtaja saabumist teave hävitatakse (kui ei kuulu üleandmisele Rahvusarhiivi). Sätestatakse aga, et säilitustähtaja saabumisel andmed anonüümitakse. Andmete tegelik säilitustähtaeg jääb lahtiseks. Seletuskirjas ei ole selgitatud, kui kaua ja mis eesmärgil kavatakse alal hoida anonüümitud andmeid. Tuleb arvestada teabe pikaajalise säilitamise kulusid, kuna vaja on tagada teabe säilivus kasutatavana ja õige tõlgendamine läbi aja, sh infosüsteemi uuendamiste käigus.</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>Eelnõu § 38. Jääb arusaamatuks, miks nähakse ette mitme patsiendiohutusjuhtumi andmekogu pidamine. Vastavalt AvTSile tuleb kasutada teises andmekogus põhiaandmetena olemas olevaid andmeid. Nii peab tervishoiutöötaja teavitama p 2 alusel samast juhtumist nii TTO andmekogu kui ka Terviseameti andmekogu ning TTO peab pidama p 6 alusel eraldi andmekogu patsiendiohutusjuhtumite kohta ja samuti Terviseameti andmekogu teavitama. Punktis 13 jääb arusaamatuks, kas ka Terviseameti andmekogusse andmete esitamiseks ei kasutata X-tee. See tähendaks andmete esitamist dokumentidena ja sisestamist käsitsi. Eriti ebaselgeks jääb kavandatav korraldus, kuna eelnõu järgi ei saa andmekogus patsienti ega TTOd tuvasta. Et TTOd ja tervishoiutöötajad peavad Terviseameti andmekogu teavitama, siis tähendab see eeldatavasti isiku- jms andmeid sisaldavate alusdokumentide kogumist ja haldamist Terviseametis.</p>	<p>Arvestame ning sõnastame sätte selliselt, et TTKS muudatus ei paneks TTO-le kohustust luua andmekogu, vaid patsiendiohutusjuhtumeid registreerida. Kuna TTO suurused on erinevad alates suurhaiglast kuni FIE-st perearsti või koduõeni võib registreerimine toimuda erinevalt.</p> <p>Riiklikku andmekogusse hakatakse koguma teatud osa juhtumitest ning ilma patsiendi ja tervishoiutöötajate isikuandmeteta (küll saab olema tuvastatav TTO). Eesmärgiks juhtumite analüüsimine ja neist õppimine.</p>
<p>Seaduse rakendamisega kaasnevad kulud. Seletuskirjas on toodud hinnangulised IT-arenduste kulud, mille arvutuskäiku ei ole selgitatud. Arvestades eelnõus kirjeldatud andmete kogumise protsessi ei ole ilmselt kavandatud ka nüüdisaegseid lahendusi, vaid kopeeritakse pabermaailma loogikat. Samuti puudub ülevaade TTOdele ja kindlustusandjatele tekkivate IT-kulude kohta.</p>	<p>Arvestame.</p> <p>IT arenduste kulude hindamisel täpsustasime kulud TEHIK ekspertiisi kasutades.</p> <p>IT lahenduste täpseid ülesandepüstitused koostame järgmises etapis koostöös partneritega ning arvestame ka sealjuures ettepanekut. Seletuskirja täiendatud.</p>
<p>AS Ida-Tallinna Keskhaigla</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>AS Ida-Tallinna Keskhaigla põhimõtteliselt pooldab patsiendikindlustuse süsteemi loomist. Samas aga leiame, et seaduse eelnõus sätestatud kindlustussummad on Eesti oludes üle paisutatud ning tekitavad tervishoiuteenuse osutajatele rahalist koormust suuremate kindlustusmaksete näol, mis omakorda avaldab mõju tervishoiuteenuse kättesaadavusele.</p> <p>Seaduse eelnõu § 8 järgi on:</p>	<p>Käesoleva seaduse eelnõus välja pakutud summad tuginevad ekspertide hinnangule, kohtute sisendile ning töörühma liikmete esitatud ettepanekutele. Nimetatud summade osas on saavutatud konsensus osapoolte vahel. Juhime tähelepanu, et tegemist on maksimaalsete summadega ja</p>

<p>(1) Kindlustussumma on õigustatud isiku kohta 100 000 eurot, kindlustusjuhtumi kohta 300 000 eurot ja patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi kohta 3 000 000 eurot.</p> <p>(2) Mittevaralise kahju kindlustussumma on õigustatud isiku kohta 30 000 eurot ja kindlustusjuhtumi kohta 100 000 eurot. Mittevaralise kahju hüvitis loetakse käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud kindlustussumma hulka.</p> <p>(3) Kui kahjunõuete kogusumma ületab käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 nimetatud kindlustussummat ühe kindlustusjuhtumi kohta, jagatakse hüvitis õigustatud isikute vahel proportsionaalselt iga õigustatud isiku kahju suuruse järgi.</p> <p>Seaduse eelnõu seletuskirja järgi on kindlustussummade määramisel lähtutud Soome ja Rootsi vastavast praktikast. Seletuskirja järgi ühtib kindlustussumma 100 000 eurot ka Eesti eksperdi hinnanguga tervisekahju raskusastmete ja astmest sõltuvalt võimalike hüvitiste piirmäärade kohta, mis arvestas senist haiglate praktikat hüvitiste maksmisel patsientidele, sisaldades nii varalist kui mittevaralist kahju.</p> <p>AS Ida-Tallinna Keskhaiglale jääb selgusetuks, millistele andmetele tugines ekspert, viidates haiglate praktikale hüvitiste maksmisel. AS Ida-Tallinna Keskhaiglast selliseid andmeid päritud ei ole, kuigi haigla on üks vabariigi suurimaid haiglaid.</p> <p>AS Ida-Tallinna Keskhaigla on patsientidele maksnud hüvitisi, kuid ükski summa ei ole küündinud ligilähedalegi 100 000 eurole. See summa on kogu haigla 17 tegevusaasta makstud hüvitiste kogusumma lähedane.</p> <p>AS Ida-Tallinna Keskhaiglal on erialase vastutuskindlustuse leping aastast 2002. Viimastel aastatel on kindlustuslepingu sõlmimisel raskusi, kuna kindlustushanked on nurjunud seetõttu, et kindlustusseltsid ei soovi sellist kindlustustoodet pakkuda ning üldse ei ole huvitatud kindlustusseltsid mittevaralise kahju hüvitamisest ning kui seda teevad, siis ainult juhul, kui on tekkinud ka varaline kahju. Kindlustusseltside pakutud kindlustusmakse aastas on ulatunud 30 000 euron 200 000 euro suuruse kindlustussumma (ühe juhtumi kohta ja aastas) s.h mittevaraline kahju 3 200 eurot. Kindlustusseltsidelt mitteametlikele päringutele saadud vastuste järgi võivad patsiendikindlustuse seaduse jõustumisel kindlustusmaksed suurhaiglate puhul mitme- kuni kümnekordistuda sõltuvalt haiglate poolt eelnevalt väljamakstud hüvitistest.</p> <p>Kindlustusmakse suurenemine kordades tähendab ka kordades väiksemat raha, mis on mõeldud patsientide ravimiseks, mis omakorda toob kaasa ravijärjekordade pikenemise.</p> <p>AS Ida-Tallinna Keskhaigla ettepanek on lähtuda kindlustussummade sätestamisel seadusesse haiglate poolt seni reaalselt makstud hüvitiste analüüsil.</p>	<p>reaalselt väljamakstavad summad võivad olla tunduvalt väiksemad.</p>
<p>Eesti Õdede Liit</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Järgnevad kommentaarid puudutavad seadusega paralleelselt jõustuvaid rakendusakte. Mõistame, et antud dokumendid on valmimisel, kuid juhime tähelepanu mõnele asjaolule:</p>	<p>Võtame arvesse määruste koostamisel.</p>

<p>1. Määruse eelnõu: <i>Patsiendikindlustusfondi nõukoja moodustamise alused ja töökord § 2. Nõukoja moodustamise alused lõige 1 ja 2</i></p> <p>- Määruse eelnõust ei tule välja, kuidas valitakse nõukogusse patsiendi, riigi ja tervishoiuteenuse osutajate esindajad.</p>	
<p>2. Määruse eelnõu: <i>Patsiendiohutuse andmekogusse edastatavate patsiendiohutusjuhtumite loetelu, andmekooseisud ning andmete esitamise ja säilitamise tingimused ja kord.</i></p> <p>- Ohujuhtumite loetelu võiks olla stiili mõttes ühtlustatud – kas surm või ootamatu surm ja grupeeritud sisuliselt.</p> <p>- § 1. lõige 1 ja 2. Teeme ettepaneku kaks punkti kokku kirjutada - kirurgiline või invasiivne protseduur teostatud valel patsiendil või valel kehaosal või organil.</p> <p>- § 1. lõige 10 on võimalik sisuliselt ka kiirabis</p> <p>- § 1. lõige 12. Teeme ettepaneku asendada “tervishoiuteenuse osutaja juures tekkinud lamatis. Põhjendusega, et hetkel on arutelud teemal, kas lisada tervishoiuteenus (õe ametikoht) hooldekodudesse või tekib vaheetapp hooldekodu ja õendushaigla vahel- õenduskodu. Lamatiste tekkimine on õendusabi indikaator ja oleks mõistlik, kui kaasatakse kogu tervishoiusüsteem.</p>	<p>Võtame arvesse määruste koostamisel.</p>
<p>Eesti Haigekassa</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1) § 22 lg 3 p 1: eelnõu kohaselt on fondil tagasinõudeõigus tervishoiuteenuse osutaja (TTO) vastu, kui kindlustusjuhtum on põhjustatud sellise teenuse osutamise käigus, milleks TTO-l ei olnud tegevusluba. Eelnõu §-s 21 on reguleeritud olukord, kus TTO ei ole täitunud eelnõu §-s 4 sätestatud patsiendikindlustuse kohustust – sellisel juhul menetletakse kindlustusjuhtumit ikkagi eelnõu kohaselt ja fond hüvitab isikule kahju. Fondil tekib omakorda tagasinõudeõigus eelnõu § 22 lg 3 punkti 2 kohaselt TTO vastu, kes lepingu sõlmimise kohustust ei täitnud. Palume selgitada, kas eelnõus ei peaks sarnaselt §-s 21 toodule sätestama ka põhimõtte, et fond hüvitab kahju ka sellisel juhul, kui TTO-l ei olnud teenuse osutamiseks tegevusluba. Selline olukord ei käi eelnõu § 4 alla, sest seal on sätestatud, et TTO-l peab olema kindlustuskaitse teenuste osas, millele osutamiseks on talle antud tegevusluba. Seega ei ole nimetatud olukord (ilma tegevusloata teenuse osutamine) hõlmatud eelnõu §-s 21. Märgime, et seletuskirjas on lk 6–7 kirjas, et eelnõu ei kohaldu seadus nendele TTO-dele, kellele ei ole väljastatud tegevusluba, samas on eelnõu § 22 lg 3 p-s 1 kirjas, et sellisel juhul on fondil kahju hüvitamise korral TTO vastu tagasinõudeõigus. Ehk kokkuvõtvalt: eelnõu § 22 lg 3 p-s 1 on küll sätestatud fondi tagasinõudeõigus TTO vastu, kui TTO on põhjistanud kahju teenuse osutamise käigus, milleks tal ei olnud tegevusluba, kuid seda põhimõtet, et selline olukord käib patsiendikindlustuse süsteemi alla, ei ole eelnõus sätestatud. Palume eelnõu vajadusel täiendada;</p>	<p>Käesolevaga ei ole eesmärk hüvitada kahjusid, kui isik osutab tervishoiuteenuseid ilma tegevusloata. Kui isik osutab tervishoiuteenuseid ilma tegevusloata, siis kohaldatakse KarS § 372 regulatsiooni (tegevusloata ja keelatud majandustegevus). Paragrahv 22 lg 2 p 1 on mõeldud eelkõige juhtudeks, kui on ületatud tegevusloa piire. Patsiendil on soovitatav enne teenusele minemist veenduda tegevusloa olemasolus.</p>
<p>2) eelnõu seletuskirja lk-l 74, kus on analüüsitud majanduslikku mõju TTO-dele on kirjas järgmine lause: „Muudatusega tagatakse senisega võrreldes kindel rahastus tervishoiuteenuste hinna kaudu Eesti Haigekassaga lepingut omavatele TTO-dele kindlustuse ostmiseks /.../.” ja lk-l 78, kus on analüüsitud mõju riigiasutuste korraldusele ning avaliku sektori kuludele ja tuludele ja mõju riigieelarvele on kirjas järgmine lause: „Kavandatav muudatus mõjutab ravikindlustuse eelarvet, mis on riigieelarve osa, kuna tervishoiuteenuste piirhindades kajastub ühe hinnakomponendina TTO-de kohustuslik makse vastutuskindlustuse süsteemi.“. Märgime, et kui haigekassa tervishoiuteenuste piirhindadesse</p>	<p>Arvestatud ja täpsustatud seletuskirjas.</p>

<p>arvutatakse juurde patsiendikindlustuse komponent, siis ei saa see tagada, et TTO-de kulud kindlustusele on täielikult kaetud. See sõltub iga TTO kindlustuslepingust, mis ulatuses saavad tema kulud kindlustusele katud läbi haigekassa tervishoiuteenuste piirhindade. Samuti sõltub see vahendite suurusest, mis haigekassal on võimalik tulenevalt oma eelarvest vastutuskindlustuse komponendina tervishoiuteenuste piirhindadesse arvestada. Teeme ettepanku eelnõu seletuskirjas selgemalt välja tuua, et sõltuvalt TTO erinevatest kindlustustingimustest (riskitase, omaosaluse suurus jms) võib TTO kindlustusmakse katmise osakaal läbi tervishoiuteenuste piirhindade olla erinev. Esimesel aastal on seletuskirja kohaselt hinnatud haigekassa lepingupartnerite kindlustusmaksete suuruseks 4 miljonit eurot ehk ca 0,3% haigekassa eelarvest, mille osas Sotsiaalministeerium teeb taotluse riigieelarve eraldiseks. Palume selgemalt kirjutada seletuskirjas, kas riigieelarve eraldised on kavas ka edaspidiseks ja kuidas nende suurus arvutatakse;</p>	
<p>3) eelnõu seletuskirja lk-l 78 seisab: „Kavandatav muudatus mõjutab ravikindlustuse eelarvet, mis on riigieelarve osa, kuna tervishoiuteenuste piirhindades kajastub ühe hinnakomponendina TTO-de kohustuslik makse vastutuskindlustuse süsteemi. Seega tekib ravikindlustusele mõningane lisakulu. Lisakulu mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele on võimalik kontrollida, kui rakendada selle tasakaalustamiseks sihtotstarbelist eraldist riigieelarvest ravikindlustusse. Seda meedet tuleb sihtrühmade hinnangul kindlasti rakendada, et hoida ära tervishoiuteenuste kättesaadavuse vähenemine ravikindlustusele uue lisakulu tekkimisel. Vastav lisataotlus on esitatud 2020–2023 riigieelarve strateegia koostamise raames ja esitatakse uuesti 2021-2024 protsessi raames.“ Eelviidatuga seoses teeme ettepaneku sätestada vastav põhimõte, et TTO-de patsiendikindlustusse tehtav makse rahastatakse riigieelarvest nagu on kehtivas tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (TTKS) sätestatud näiteks TTO-de ehitiste kulumi rahastamine (TTKS § 52 lg 1 p 10 ja lg 4). Vastavate sätete TTKS-i lisamine ja ka nende rakendamine tagaks selle, et loodava patsiendikindlustuse süsteemi tõttu ei väheneks tervishoiuteenuste kättesaadavus. Samuti tagaks selline regulatsioon haigekassale selguse, mis on see summa, mida peaksime summaarselt tervishoiuteenuste piirhindadesse patsiendikindlustuse kulude katteks arvestama.</p>	<p>Vt vastus RaM märkusele.</p>
<p>Eesti Patsientide Liit</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1) Patsiendikindlustuse süsteemi rakendumisel tuleb vältida patsiendi õiguskaitsevõimaluste sisulist vähenemist ning süsteemi rakendusriskide kandmist patsientide õlule nii süsteemi rakendumise algusajal kui pikemas perspektiivis</p> <p>Meie hinnangul väärivad eelnõu ning seletuskiri eelnimetatud eesmärgist lähtuvalt veelkord süsteemset ülevaatamist, vajadusel ka täiendamist-täpsustamist. Toome alljärgnevalt mõned näited, mille puhul võib tekkida küsimus, kas patsiendi kaitse on tulevikus piisavalt tagatud.</p> <p>1.1) Eelnõu § 7 lg 2 numerus clausus põhimõttel sätestatud patsiendikindlustusest hüvitatava kahju põhjustanud sündmuste ja asjaolude kinnine loetelu võib ebamõistlikult piirata patsiendi õigusi ja uue seaduse rakendusala. Eelistaksime siin kas loetelu avatuks jätmist või selle sätestamist oluliselt abstraktsemal tasandil.</p>	<p>Arutatud veelkord osapooltega (seda teemat on väga põhjalikult käsitletud töögrupi kohtumistel)</p>

Võimaliku probleemse näitena võiks esitada küsimuse, kas VÕS § 758 lg 1 teise lause alusel patsiendi hooldamisel tervishoiuteenuse raames tekkinud kahju mahuks eelnõus nimetatud kindlustusjuhtumi asjaolude hulka või mitte?

1.2) Analoomiliselt eelmises punktis märgituga tuleks seletuskirjas põhjalikult ükshaaval avada kõik eelnõu §-s 19 loetletud kahju välistuse alused.

- Näiteks jääb mõisteta, miks peetakse mõistlikuks välistada kahjuhüvitis asja hävimise, kaotsimineku või kahjustamise korral (§ 19 p 5) ka juhul, kui kahjustatud „asi“ on patsiendi tervist toetav abivahend ja/või patsiendile eluliselt vajalik meditsiiniseade, mille rahaline väärtus ehk tekkinud kahju reaalne suurus võib olla märkimisväärne – näiteks südamestimulaator vms.

- Küsitavaks jääb kahju hüvitamise välistamine tootjavastutuse nõude olemasolul (§ 19 p 6), samuti seletuskirja selgitus haiglaapteekide, ka haigla verekeskuste, tegevuse välistamise kohta eelnõu kohaldamisalast, kui õiguslikult on haiglaapteek ja haiglas tegutsev verekeskus haigla struktuuriüksustena haigla kui tervishoiuteenuse osutaja osad ning nende tegevus seega haigla enda tegevuseks.

- Samuti tundub ebaõiglane jätta kindlustuskaitse alt välja tervishoiuteenuse osutaja poolt valesti välja kirjutatud ravimi kasutamisest tekkinud kahju olukorras (juhul, kui patsient ise kodus vale ravimit võtab), kus sedasama kahju saaks teenuse osutajalt nõuda patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahelise tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumise nõude kaudu, sh võiks kehtiva õiguse kohaselt nõude esitada ka otse tervishoiutöötaja vastu.

1.3) Mõistmatuks jääb eelnõus nõuete aegumistähtaegade lühendamise vajalikkus (§ 10 lg 2 ja § 39 p 4 VÕS § 771 muutmise kohta) – meede, mis tänase õigusega võrreldes otseselt kitsendab patsiendi õiguskaitsevõimalusi.

1.4) Eelnõu § 20 lg 1 ja lg 5 koosmõjus näevad patsiendikindlustusfondis ette kaheastmelise menetluse, milles patsient peab kõigepealt teavitama fondi kindlustusjuhtumist ning alles pärast kindlustusjuhtumi toimumise kohta fondilt kinnituse saamist saab patsient taotleda kahju hüvitamist.

Seejuures eelnõu seletuskiri § 27 lg 2 kohta selgitab, et uus Terviseameti juurde loodav lepituskomisjon ei hakka (alati?) lahendama patsiendi ja kindlustusfondi vahelisi vaidlusi selle üle, kas tekkinud tervisekahju kvalifitseerub kindlustusjuhtumiks või mitte.

Eeltoodud sätete ja selgituste koosmõjus võib kahju kannatanud patsient sattuda olukorda, kus ta on sunnitud kahju tekkimise korral:

- esmalt läbima kindlustusfondis kahjujuhtumi tuvastamise menetluse;
- vaidluse tekkimise korral kindlustusjuhtumi tekkimise üle vaidlema fondiga kohtumenetluse korras (vt seletuskirja § 27 lg 2 selgitused);

Täpsustatud seletuskirja selgitustega

Täpsustatud seletuskirja.

Vt vastust Jum samasisulisele märkusele.

Täpsustatud seletuskirja.

- sõltuvalt kohtumenetluse tulemustest pöörduma uuesti fondi poole kahju hüvitamise taotlusega või kohtu poole tervishoiuteenuse osutaja vastu kahju hüvitamiseks;
- fondilt kahju hüvitamise kohta mitterahuldava või ebapiisavas ulatuses hüvitisotsuse saamise korral läbima lepituskomisjonis fondiga kohustusliku kohtueelse lepitusmenetluse (§ 29 lg 5);
- komisjonis leppimise mittaavutamise korral pöörduma fondi (ja komisjoni?) vastu kindlustushüvitise saamiseks kohtusse;
- ning lõpuks tervishoiuteenuse osutajalt välja nõudma fondi kaudu saadud kindlustussummat ületava kahju eraldi nõudega, sh vajadusel kohtumenetluses.

Seda kõike peaks patsient suutma teha olukorras, kus:

- tema tervislik seisund ja seetõttu ka tegutsemisvõime võib tervishoiuteenuse osutamise käigus aset leidnud asjaolude tõttu olla oluliselt pärsitud;
- tänaseid nõude aegumistähtaegu tervishoiuteenuse osutaja vastu teatud osas lühendatakse;
- on välistatud nõudeõigus otse kahju põhjustanud tervishoiutöötaja vastu;
- patsient loetakse lepituskomisjoni kohustuslikus menetluses mitteosalemise korral nõustunuks teise poole ehk kindlustusfondi väidete ja hinnangutega vaidlusaluste asjaolude kohta (§ 29 lg 5).

Loodetavasti oleme eeltoodud menetlusi ja nende korraldust siiski mõistnud ekslikult.

Selguse huvides tuleks aga eelnõu ja seletuskirja vastavad osad täiendavalt üle vaadata ning vähemalt seletuskirja täiendada skemaatilise, tabel- vms ülevaatlikul kujul esitatud kokkuvõttega sellest, kelle vastu, mis tähtaegade jooksul, mis sisuga nõudeid patsient edaspidi esitama peaks, missugusel juhul on patsiendil vajalik pöörduda kahju hüvitamise nõuetega samaaegselt mitme erineva isiku vastu (näiteks olukorras, kus kindlustusega on kaetud vaid osa tekkinud kahjust) ning kuidas erinevat tüüpi nõuete esitamine ja asjakohaste menetluste läbimine erinevates organites mõjutab kahjunõuete aegumistähtaegu.

Patsiendi kui kahju kannatanu ja asjakohases suhtes nõrgema osapoole seisundit arvestades peame käesoleva märkuse lahendamist väga oluliseks.

Lisaks teeme ettepaneku ühitada patsiendi jaoks kindlustusjuhtumist teavitamine ja hüvitisetaotluse esitamine nii, nagu toimib täna liikluskahjust teavitamine.

1.5) Eelnõu § 21 koosmõjus §-s 39 sätestatud VÕS muudatustega ning eelnõu jõustumisnormiga § 40 lg-s 2 võivad patsiendi kaitse seisukohalt samuti luua olukorra, kus tema õiguskaitse väheneb. Tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja vastu enam nõudeid esitada ei saa, sest tervishoiutöötaja isiklik vastutus VÕS alusel lõpeb, samas kompenseerivat kindlustuskaitset patsiendile seaduse rakendumise esimese 3 aasta jooksul teatud juhtudel veel ei teki. Leiame, et patsient kahju kannatanuna ei tohiks kanda uue süsteemi jõustumise üleminekuriske.

1.6) Analooiliselt eelmises punktis kirjeldatule oleks patsiendi suhtes ebaõiglane eelnõu § 23 reeglistik, mis sisuliselt kannaks

Täpsustatud seletuskirja.

Patsient saab nõude esitada TTO vastu.

Patsient saab nõude esitada TTO vastu.

kindlustusandja makseraskuste jms probleemide riski üle patsiendile.

1.7) Patsiendi õiguskaitsevõimalusi halvendaks tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni töö lõpetamine (EN § 38 p 11 ja 14: TTKS § 502 ja uus § 669) koosmõjus asjaoluga, kus loodava patsiendikindlustuse instituudi ulatus on tänasest piiratum:

- kindlustus hüvitaks tekkinud kahju üksnes teatud piirini, mida ületavas osas on patsient sunnitud nõude esitama otse tervishoiuteenuse osutaja vastu;
- eelnõu näeb kindlustuse rakendumiseks ette täiendavad piirid kindlustusjuhtumi mõiste, kahju tekkimise ja kahju hüvitamist välistavate asjaolude näol.

Terviseameti juurde loodav lepituskomisjon omakorda lahendab üksnes patsiendi ja kindlustusfondi vahelisi vaidlusküsimusi (§ 27 lg 1 kohaselt lahendab komisjon patsiendikindlustusvaidlusi), mitte patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahelisi sisulisi vaidlusi.

Tänane ekspertkomisjon annab see-eest hinnangu patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedi kohta tervikuna ning vastav hinnang on õigusvaidluses kasutatav tõendina. Ekspertkomisjoni kaotamine tähendab sisuliselt patsiendi tänase tõendamisvõimekuse piiramist, mille jaoks eelnõu ei näe ette ühtegi otsest kompenseerivat meetet.

1.8) Ebaselge mõjuga on eelnõu § 38 p-ga 4 TTKS-is sätestatav § 32, mis sätestab seaduses potentsiaalselt väga ulatusliku ja olulise mõjuga uue mõiste „tervishoiuteenuse kvaliteet“, kuid jätab isegi seletuskirja tasandil avamata selle mõiste tegeliku sisu ning kohaldamisala ja -eesmärgi. Arvestades muuhulgas asjaoluga, et patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vahelisi suhteid TTKS avaliku õiguse valdkonna seadusena valdavas osas vahetult ei reguleeri, tekib küsimus, kas patsiendikindlustuse kaasuse korral ning patsiendi-tervishoiuteenuse osutaja vahel otseselt peetavas vaidluses kohaldatakse edaspidi TTKS § 32 tervishoiuteenuse kvaliteedi mõistet või VÕS § 762? Probleeme ja arusaamatusi võib tekkida ka asjaolust, et TTKS-i ja VÕS-i kvaliteedikriteeriumite erinevus võib praktikas viia edaspidi olukorrani, kus samade tehniolude pinnalt peetavad erinevad vaidlused lähtuvad kvaliteedi hindamisel erinevatest kriteeriumitest ja jõuavad seetõttu erisuguste tulemusteni.

1.9) Patsiendi kaitse ning selguse huvides väärrib meie hinnangul täiendavalt selgitamist ja põhjendamist ka eelnõu § 27 lg 1 ja 3 ning § 29 lg 5 ja 6 tehtud valikute mõistlikkus ja vajalikkus. Kuna patsiendikindlustuse lepituskomisjon lahendab patsiendi ja kindlustusfondi vahelisi vaidlusi, mitte otseselt patsiendi ja kahju põhjustanud tervishoiuteenuse osutaja vahelist vaidlust, ning kuna komisjon teeb seda kohustusliku lepitusmenetluse korras, siis palume eelnõus selgitada, miks on kindlustusjuhtumi või kahju suuruse üle peetava õigusvaidluse puhul just kohustuslik lepitusmenetlus vaidluse lahendamiseks kohaseim vorm? Arvestada tuleks, et teiste riikide praktikast nähtuvalt loetakse kuni 2/3 juhtudest kindlustuse alla mittekäivateks.

Samuti vajab täiendavat põhjendamist kohustusliku kohtueelse menetluse sätestamise, teisisõnu kohtukaebeõiguse piiramise, põhiseaduslik õigustus. Pelgalt asjaolu, et lepitusmenetluse seadus

TKE ei lahenda ka praegu nõudeid. Peame TKE säilitamist uues süsteemis mittevajalikuks.

Uut mõistet ei looda. Sama mõiste on ka praegu rakendusakti tasemel.

Täpsustatud seletuskirja. Kohtukaebeõiguse piiramist eelnõus ette nähtud ei ole, isikul on alati võimalik pöörduda otse kohtu poole.

tunneb seesuguse kohtustusliku menetluse võimalikkust, ei saa ühelgi konkreetsel juhul olla menetluse põhiseaduspärasuse põhjenduseks. Seda eriti olukorras, kus seletuskirjas § 27 lg 2 kohta antud selgituse kohaselt on komisjoni pädevus patsiendi ja fondi vaheliste vaidluste lahendamisel piiratud ning „komisjon ei lahenda muid küsimusi, mis tekivad fondi kahjumenetluse käigus, näiteks kui on raske hinnata, kas tervisekahju kvalifitseerub kindlustusjuhtumiks“.

Palume ka selgitada, kas on kaalutud komisjonile täiendava pädevuse andmist patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja vaheliste vaidluste lepitamiseks vabatahtlikkus menetluskorras.

1.10) Eelnõu § 20 lg 3, § 26 lg 3 ja § 29 lg 4 sätestavad patsendikindlustusfondi, fondi nõukoja ja patsiendivaidluste lepituskomisjoni õiguse saada ja nõuda andmeid kindlustusjuhtumite kohta. Patsiendi ja tema lähedaste isikuandmete kaitse tagamiseks peame oluliseks, et eelnõu piiritleks täpsemalt, missugustelt „teistelt isikutelt“ (§ 20 lg 3) võib fond andmed saada, missugust infot „kindlustusjuhtumite kohta“ võib fondilt saada fondi nõukoda (§ 26 lg 3), samuti kes on need „isikud, kellel on teavet kindlustusjuhtumiga seotud asjaolude kohta“ ja kes on kohustatud sellist teavet jagama lepituskomisjoniga (§ 29 lg 4)? Selgitamist vajab, kuidas on tagatud eelnimetatud andmete, sh eriliigiliste isikuandmete kaitse.

Kaaluma peaks ka eelnimetatud teabe andmisega seotud kulude hüvitamist teabe andjale.

1.11) Patsientide kaitse ja eelnõu eesmärkide saavutamise tagamiseks võiks kaaluda eelnõu jõustamist mitme-etapiliselt viisil, et patsiendikindlustuse loomiseks ja rakendamiseks vajalikud ettevalmistused ning tervishoiusüsteemi kvaliteedi edendamiseks kavandatud üldised tegevused tuleks ellu viia esmaselt, näiteks patsiendiohutuse andmekogu ettevalmistavad tööd, tervishoiuteenuse osutajate juures kvaliteedisüsteemi uuendamise ja parendamise tegevused.

Kindlustuse rakendumine patsientide suhtes, võimalikud tervishoiutöötajate vastutuse piirangud jms vahetult patsientide tänaast õiguskaitseisundit nii positiivselt kui negatiivselt mõjutavad meetmed jõustuksid täies ulatuses samaaegselt eelnõu rakendumise teises etapis. Näiteks peaks patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise kohustus, sh teavitamise võimekused, tekkima samaaegselt tervishoiutöötaja isikliku vastutuse piiramisega.

Selline lahendus leevendaks oluliselt negatiivseid mõjusid uue seaduse esimestel rakendusaastatel, kus patsiendi võimalus kahjunõuete esitamiseks kitseneb, aga samas ei ole veel täielikult rakendunud seda kompenseerivad meetmed kindlustuskaitse, ravivigadest raporteerimise jm näol.

2) Patsiendikindlustusfondist ja fondi nõukojast

Eelnõu § 9 ja § 24–26 vajaks täpsustamist uue patsiendikindlustuse süsteemi organisatoorse korralduse selguse huvides ning patsiendikindlustusfondi toimimise kestlikkuse tagamiseks.

Täpsustatud seletuskirja.

Töörühmas arutasime, otsustasime rakendada eelnõud siiski korraga.

Näiteks:

2.1) Eelnõu § 9 lg 1–2 ning § 24–25 pinnalt jääb ebaselgeks loodava patsiendikindlustusfondi liikmesus. Ühelt poolt sätestab eelnõu teatud kindlustusandjatele üksnes kohustuse „osaleda fondi ülesannete täitmisel, sealhulgas fondi tegevuse rahastamises“ (§ 9 lg 2), kuid paneb teiselt poolt fondiga seotud kohustuste täitmise üksnes fondi liikmetele (§ 25 lg 1). Tuleks selgelt sõnastada, kes on ja/või peavad olema fondi kui MTÜ liikmeteks ning kes üksnes osalevad fondi ülesannete täitmisel ja kuidas nende kohustused omavahel jagunevad?

2.2) Eelnõu § 9 ja § 24 lg 1, 4 ja 5 koosmõjus jätavad lahtiseks, kas patsiendikindlustusfondi loomine on kohustuslik ja tagatud. Eelnõu § 24 lg 4 kohaselt otsustab fondiga halduslepingu sõlmimise üle minister, kellel on õigus haldusleping ka sõlmimata jätta, pannes fondi sisulised ülesanded ministri enda valiku alusel ükskõik missuguses õiguslikus vormis tegutsevale isikule või jättes need ülesanded riigi kanda.

Olukorras, kus eelnõu jätab lahtiseks ka fondi loomiseks kohustatud isikute ringi, võib potentsiaalselt tekkida olukord, kus mitte keegi ei saa ega taha mõistlikult enda kanda võtta fondi loomisega kaasnevat riski ja kohustusi. Puudub mõistlikult prognoositav kindlus:

- kas fondiks asutatud mittetulundusühing oma ülesandeid realselt ka täitma saab hakata;
- kes ja mis ulatuses ning vormis nende ülesannete täitmisesse peaks panustama;
- kuidas on maandatud risk, et riik juba asutatud fondiga sõlmitud halduslepingut üles ei ütle ega sunni fondi kogu tehtud ettevalmistusi, vahendeid jms riigile üle andma.

Teisalt võib nimetatud ebakindlus tekitada olukorra, kus vastutuskindlustuse pakkujaid on nii vähe, et sisulise konkurentsi puudumine võimaldab kindlustusseltsidel sundkindlustuse tingimustes tervishoiuteenuse osutajatele peale suruda ebamõistlikult kõrgete kindlustusmaksetega lepinguid. Eelnõu seletuskirjas lk 2 on ära toodud Eesti Kindlustusseltside Liidu hinnang, mille kohaselt on „kohustuslikud kindlustusliigid vähese kasumlikkusega või kahjumlikud“.

Väga keerukas on eelnõuga nõustuda, kui see ei taga fondi tasakaalustatud toimimist ja pikaajalist jätkuvust, eriti olukorras, kus samal ajal soovitakse patsiendi õiguskaitsevõimalusi vähendada.

2.3) Täiendavalt vajaksid lahendamist ka küsimused eelnõu §-ga 26 loodava fondi nõukoja õiguslikust seisundist, õigustest ja kohustustest ning sellega kaasnevast vastutusest. Hetkel jätab eelnõu nõukoja seisundi ebamääraseks, kuid tõenäoliselt oleks tegu teatud liiki haldusorganiga.

Tundub, et nõukoja ülesandeks saaks muuhulgas patsiendikindlustussüsteemi arendamiseks ettepanekute tegemine ning sisuliselt ka fondi tegevuse üle järelevalve teostamine, sestap peaks nõukoja staatus eelnõust üheselt selguma.

Fondi ei looda esimeses etapis.

Peame oluliseks, et nõukoja moodustamise aluste ja korra üldised piirid oleksid seaduse tasandil täpsemalt sätestatud, sealhulgas nõukoja liikmete valimise kriteeriumid. Kuna patsientide esindatus on nõukojas ette nähtud, siis tuleks neile eelnõust tekkivad õigused ja kohustused vähemalt üldiste põhimõtete tasandil määrata seaduses, mitte jätta seda üksnes ministri kaalutluse küsimuseks.

3) Patsiendikindlustussüsteemi tegelik hind, rakendamine, kindlustussummade ja -hüvitiste kujunemine

Eestis on tervishoiusüsteem valdavas osas finantseeritud maksumaksja arvelt sotsiaal- jt maksude kaudu, uus süsteem saab piiratud avalike ressursside tõttu edukalt rakenduda vaid juhul, kui sellest saadav kasu patsiendile ja tervishoiusektorile kaalub selgelt üles tekkivad kulud.

Peame oluliseks, et uue patsiendikindlustussüsteemi jõustamiseks vajalikud kulud, sh kõik ettevalmistus-, IT-arendus-, administreerimis- jm kulud ning rakendamiseks vajalikud tegevused ja mõistlik ajakava nii avaliku kui erasektori poolelt oleks seletuskirjas ülevaatlikult välja toodud.

Meie hinnangul tuleks eelduslikud umbmäärased mõjud kogenud ekspertide abiga rahaliselt ära hinnata. Eelnõu seletuskirjas tuleks selgelt välja tuua kõik vajaminevad ressurssid uue süsteemi rakendamiseks ning asjakohaste valikute tegemise lähtekaalutlused, mh:

- kindlustusmaksete ja -preemiate kujunemine;
- tervishoiuteenuse osutajate aja- ja rahakulu uue süsteemi jõustumisel, ettevõttesiseste kvaliteedisüsteemide loomisel ja rakendamisel (enamik 1440-st süsteemi osalisest on väikeettevõtjad, kuid suurimad tervisekahjud saavad patsientidele osaks suurhaiglates);
- lisada patsientide ja avalikkuse teavitamise süsteemi loomisega seotud tegevuskava.

Lisaks palume eelnõu seletuskirjas:

- täpsustada, kes on „Eesti ekspert“, kelle hinnangul ja milliste kalkulatsioonide alusel valiti kindlustussummaks kuni 100 000 eurot õigustatud isiku kohta (vt seletuskirja § 8 lg 1 selgitused);
- valideerida liikluskindlustuse fondi hinnangut, mille kohaselt kahjukäsitluse tarkvara loomiseks planeerib erasektor kulutada 1 miljon eurot, millele lisanduks täiendavalt 100 000 eurot igal aastal, samas kui Terviseameti juures oleva patsiendiohutuse tsentraalse andmekogu IT-arenduskulud on vaid suurusjärgus 160 000 eurot (vt. seletuskiri lk 79-80).
- selgitada täpsemalt osaliste lõikes, milliseid ressursse vajab ning millist kasu toob uutel alustel rakendatav tervishoiuteenuste kvaliteedisüsteem.

Seletuskirjas tuleks ülevaatlikult, soovitavalt skemaatiliselt, tabelkujul vms vormis kirjeldada andme- ja teabevahetuse korraldust seotuna uute andmekogude ja tervishoiuteenuse osutajate jt puudutatud isikute süsteemide muutmis- ning arendusvajadustega.

Täpsustame analüüse ja seletuskirja.

<p>Loodav patsiendikindlustuse süsteem mitte üksnes ei pea olema õige ja õiglane, vaid peab sellisena ka välja paistma ning seda saab saavutada üksnes põhjaliku mõjuhinna, avatuse ja läbipaistvuse teel. Eelnõu selgitustest peab veenvalt nähtuma, et süsteem tervikuna on riigile ja patsientidele maksumaksjana jõukohane ning kokkuvõttes oluliselt soodsam kui sama ressursi suunamine tervishoiuteenuse kvaliteedisüsteemide arendusse ja kontrollimisse vm alternatiivsete võimaluste kasutamisse.</p> <p>4) Tervishoiutöötaja vastutuse piiramine, ravivigadest raporteerimine</p> <p>4.1) Eelnõuga kriminaalmenetluse seadustikus, tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ja võlaõigusseaduses ettenähtud tervishoiutöötajate isikliku vastutust piiravad sätted tähendaks põhimõttelist muudatust nii Eesti tervishoiukorralduses kui oleks ühtlasi oluline muutus õigus- ja karistuspoliitilises mõttes laiemalt.</p> <p>Kuna plaanitavad muudatused hakkaksid lisaks tervishoiule mõjutama ka õigusvaldkonda, siis peame väga oluliseks, et eelnõu saadetakse kooskõlastamiseks juristkonnale laiemalt – lisaks prokuratuurile tuleks eelnõu edastada ka kohtutele ja kohtunike organisatsioonidele, advokatuurile, akadeemilistele õigusteaduslikele organisatsioonidele-ülikoolidele ning juristide liidule.</p> <p>4.2) Leiame, et küsimused tervishoiutöötaja vastutuse piiramisest väärivad laiemat avalikku arutelu, mille raames tuleks eristada kavandatavaid kriminaal-, haldus-, ja tsiviilõiguslikke vastutuse piiranguid. Näiteks võib püstitada küsimuse, kas on mõistlik ja põhjendatud rakendada töölepingu ülesütlemise piirangut ka seesuguse tervishoiutöötaja suhtes, kelle ettevaatamatu tegevuse tõttu tekib kahjujuhtumeid korduvalt? Analüüsimist vajaks ka küsimus vastava regulatsiooni jaoks kohasest seadusest – kas tööõiguslikke ehk eraõiguse küsimusi on põhjendatud reguleerida samas TTKS sättes riikliku järelevalve ehk haldusõiguslikke piiranguid sätestava regulatsiooniga?</p>	<p>Eelnõud on konsulteeritud lisaks justiitsministeeriumile ja töögruppi kuulunud Tartu Ülikooli deliktiõiguse professorile ka Prokuratuuriga. Prokuratuur põhimõtteliselt toetas muudatusi.</p> <p>Nõustume igati avaliku arutelu olulisuse ja vajalikkusega. Oleme oma PR tegevuses sellele tähelepanu pööranud ja eelnõuga edasi liikumisel peame seda jätkuvalt silmas. Ka EIS näol on tegemist avaliku andmebaasiga.</p> <p>Selgituseks: Muudatus ei kaitse tervishoiutöötajat vallandamise eest üldisemalt, kui ta on ebapädev või pidevalt hooletu.</p> <p>Muudatuse mõte on kaitsta raporteerijaid ja mitte lubada raporteeritavate andmete põhjal karistamist, toetades sellega vigadest teatamise ja mitte-süüdistava patsiendiohutuse kultuuri tekkimist.</p>
<p>Eesti Arstide Liit</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1. PKS eelnõu § 18 sätestab mittevarelise kahju hüvitamise tervisekahjustuse ja kehavigastuse liigi ja raskuse alusel. Eelnõus ja seletuskirjas on kirjeldatud peamiselt vigastusi, muid tervisekahjustusi on käsitletud väga põgusalt.</p> <p>Teeme ettepaneku tervisekahjustuse ja kehavigastuse raskusastmete täpsema liigituse ja iseloomulikud tunnused kehtestavas ministri määruks käsitleda põhjalikult nii vigastusi kui tervisekahjustusi. Seaduses ja määruks toodud loetelu peaks olema avatud ja patsiendikindlustuse fondile ja erialaekspertidele on otstarbekas jätta kaalutlusõigus tervisekahjustuse ja vigastuse hindamisel.</p>	<p>Arvestame määruse koostamisel.</p>
<p>2. PKS eelnõu paragrahvis 38 tehakse muudatused tervishoiuteenuste korraldamise seaduses. Sätestatakse TTO kohustus pidada andmekogu patsiendiohutusjuhtumite dokumenteerimiseks, analüüsida neid asutuses ja töötada välja meetmed juhtumite ennetamiseks. Kõige raskemad juhtumid registreeritakse tsentraalses andmekogus, mida peab Terviseamet. Seletuskirja järgi on patsiendiohutusjuhtumite registreerimise ja</p>	<p>Arvestatud.</p>

<p>analüüsimise eesmärk ohutum ja kvaliteetsem ravi, mida on võimalik saavutada juhul, kui analüüsi tulemusena edaspidi juhtumite kordumist ennetatakse.</p> <p>Teeme ettepaneku leida võimalused TTO-de andmekogude loomiseks ühtsete IT-lahendustega, et raviarvutused saaksid analüüsida ja ennetada mitte ainult iseenda ohutusjuhtumeid, vaid kasutada ka teiste andmeid ja nendest õppida. Leiame, et ühtsete IT-lahenduste kasutamine nende süsteemide loomisel annab TTO-dele ka rahalise kokkuhoiu.</p>	
<p>3. Seletuskirja järgi rahastatakse TTO-de kohustuslikku makset vastutuskindlustuse süsteemi ravikindlustuse eelarvest. Oleme seisukohal, et lisakulu haigekassa eelarvele ei tohi mõjutada tervishoiuteenuste eelarvet ja arstiabi kättesaadavust.</p> <p>Teeme ettepaneku sätestada patsiendikindlustuse seaduse täitmiseks vajaliku sihtotstarbelise eraldise tegemine riigieelarvest õigusaktides, tehes vajalikud muudatused tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ja haigekassa seaduses.</p>	<p>Vt ka vastust RaM märkusele. Planeerime RES 2023-2026 raames eraldise alates 2024 aastast.</p>
<p>Eesti Puuetega Inimeste Koda</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1. Teeme ettepaneku lisada eelnõu seletuskirja, et kindlustusjuhtumi menetlemisega seotud ülesanded sisaldavad ka e-teeninduse loomist patsiendile (või vastava lisamooduli loomist patsiendiportaali digilugu.ee).</p>	<p>Plaanis ei ole avalduste esitamist korraldada läbi patsiendiportaali. Vajaliku tehnilise lahenduse töötab välja iga kindlustusandja.</p>
<p>2. Palume kaaluda, kas patsientide õigused oleks paremini kaitstud, kui ka neil oleks ligipääs enda kohta käivatele registriandmetele.</p>	<p>Patsient saab alati oma tervise andmeid küsida ja nendega soovi korral tutvuda.</p>
<p>3. Palume patsiendikindlustuse käivituses kaaluda registriandmete statistilise avaldamise võimalust.</p>	<p>Statistiliste andmete esitamine on ette nähtud § 24 lg 1 p 5 ja § 30 lg 1 p 5. Märkusega arvestatud ja täpsustatud eelnõu sõnastust.</p>
<p>4. Peame patsiendikindlustuse rakendamise ettevalmistamisel ja rakendamisel oluliseks, et kasvaks patsientide teadlikkus oma õigustest ning et seadusega loodav süsteem oleks arusaadav ka erialaste teadmisteta patsiendile. Eesti Puuetega Inimeste Koda saab siinkohal olla abiks kommunikatsioonitegevustega.</p>	<p>Täname ja arvestame.</p>
<p>Eesti Hambaarstide Liit</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Eesti Hambaarstide Liit tervitab loodava seaduse plaani tunnistada kehtetuks võlaõigusseaduse § 758 lg 2, mille kohaselt vastutab tervishoiutöötaja tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult. See loomulikult ei välista tervishoiutöötaja vastutusest vabastamist, kuid annab võimaluse tervishoiutöötajal panustada rohkem patsiendile. Ühtlasi on oluline võlaõigusseaduse § 771 aegumistähtaaja muutmine selle kooskõlla viimiseks tsiviilseadustiku üldosa seadusega.</p> <p>Patsiendiohutusjuhtumite andmekogu loomine on vajalik andmete analüüsimiseks ning ohutuse ja kvaliteedi kasvatamiseks tervishoiuteenuse osutamisel. On oluline, et andmekogu analüüsid oleksid kättesaadavad ka tervishoiuteenuse osutajatele tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks.</p> <p>Patsiendikindlustuse seaduseelnõu väljatöötamisel pole huvigruppidele kahjuks tehtud ülevaadet tervishoiuteenuse osutaja kindlustusmakse suuruse kohta. Kindlustusmakse suurus kajastub tasuliste teenuste korral patsiendile lõpphinnas. Seepärast oleks oluline ka orienteeruvate näidispakkumiste või näidislahenduste pakkumine tervishoiuteenuse osutajatele.</p>	<p>Näidispakkumiste lisamine seletuskirja mõjutaks maksete kujunemist, mis ei ole kooskõlas erakindlustuse põhimõtetega.</p>

Terviseamet	Sotsiaalministeeriumi kommentaar
<p>1. Eelnõu § 4 lg 3 ja lg 5. Eelnõus: <i>Patsiendikindlustuse lepingust tulenev kindlustuskaitse peab hõlmama kõiki tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks on tervishoiuteenuse osutajale antud tegevusluba tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel.</i> Ettepanek: Patsiendikindlustuse lepingust tulenev kindlustuskaitse peab hõlmama kõiki tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks on tervishoiuteenuse osutajal kehtiv tegevusluba. Põhjendus: Tervishoiuteenuse osutajale võib olla kunagi antud tegevusluba väga paljude erinevate teenuste osutamiseks, kuid patsiendikindlustuse seisukohalt omavad tähendust siiski üksnes need teenused, mida tervishoiuteenuse osutajal on õigus osutada käesoleval ajal. Segaduse vältimiseks võiks „on antud“ asemel kasutada „on kehtiv“. Sellisel juhul ei ole lg-s 5 vaja täiendavalt täpsustada, et kindlustuskohustust ei ole selliste tervishoiuteenuste osas, mille osutamiseks antud tegevusluba on kehtetuks tunnistatud.</p>	<p>Arvestatud sisuliselt.</p>
<p>2. Eelnõu § 4 lg 8. Terviseameti kohustus on sõnastatud ebaselgelt. Tuleks täpsustada, mida peetakse silmas süsteemse kontrolli all. Seletuskirja põhjal luuakse kontrolli läbiviimiseks tehniline lahendus, mis võrdleb kindlustuskohustust ja väljastatud tegevuslube automaatselt. Patsiendikindlustusfond edastab Terviseametile kindlustuskohustuse kohta teavet reaajas, mis võimaldab kiiresti reageerida, kui mõni teenuseosutaja on jätnud kindlustuse tegemata. Sellisel juhul on Terviseamet kohustatud alkatama riikliku järelevalve menetluse, et tuvastada kindlustuse puudumise põhjus. Riikliku järelevalve eesmärgiks ei peaks olema kindlustuse puudumise põhjuse tuvastamine, vaid kindlustuse olemasolu tagamine. Patsiendi seisukohalt ei ole oluline, mis põhjusel tervishoiuteenuse osutaja on kindlustuskohustuse täitmata jätnud.</p>	<p>Arvestatud. Sõnastus täpsustatud.</p>
<p>3. Eelnõu § 7. Kindlustusjuhtum on § 7 lg 1 p 3 kohaselt piiratud ning kahju hüvitatakse üksnes siis, kui see on toimunud § 7 lõikes 2 sätestatud sündmuse või asjaolu tagajärjel. Kinnise nimekirja kehtestamine sündmustest ja asjaoludest ei ole kindlasti patsiendi huvides. Ilmselt ei ole ka võimalik ette näha kõiki sündmusi ja asjaolusid, mille tagajärjel võib patsiendile potentsiaalselt kahju tekkida. Paljudel juhtudel võib üks ja sama sündmus mahtuda erinevate punktide alla. Näiteks on patsiendile vale ravimi manustamise näol tegemist olukorraga, mis võiks mahtuda nii punkti 1 kui 5 alla. Samas jääb punkti 5 põhjal ebaselgeks, kas kahju kuulub hüvitamisele ka juhul, kui arst määrab patsiendile vale ravimi, aga patsient manustab seda iseseisvalt. Punkti 4 alusel loetakse üheks võimalikuks sündmuseks või asjaoluks diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toiminguga käigus kasutatud seadme rike. Seletuskirja põhjal puudutab see eelkõige selliseid seadmeid nagu näiteks hingamisaparaadid, kirurgiainstrumendid, patsiendi seisundi jälgimise seadmed, haiglavoodid ja uuringulauad. Samas on eelnõu § 19 lg 6 kohaselt välistatud kahju hüvitamine, mille eest vastutab tootja võlaõigusseaduse § 1061 alusel. Seletuskirja põhjal võib tootjaks käesolevas kontekstis olla haiglaapteek või verekeskus. Haiglaapteek ei ole</p>	<p>Kinnine nimekiri on töögrupi konsensuslik otsus. Peame süsteemi käivitamisel selgeid reegleid vajalikuks.</p>

<p>kirurgiainstrumentide, hingamisaparaatide vms tootja. Seega jääb ebaselgeks, missugust kahju antud punkti alla silmas peetakse ja missuguse kahju hüvitamine on välistatud.</p>	
<p>4. Eelnõu § 8. Kindlustussummad 100 000 eurot õigustatud isiku kohta ja 300 000 eurot kindlustusjuhtumi kohta ei ole kindlasti piisavad olukordades, kus patsiendile tuleb ravikulusid ja töövõimetushüvitist maksta pikema perioodi jooksul või kus patsiendi ülalpeetavatele tuleb maksta ülalpidamishüvitist mitmete aastate vältel.</p>	<p>Käesoleva seaduse eelnõus välja pakutud summad tuginevad ekspertide hinnangule, kohtute sisendile ning töörühma liikmete esitatud ettepanekutele. Nimetatud summade osas on saavutatud konsensus osapoolte vahel</p>
<p>5. Eelnõu § 38 punktid 8 ja 9. Kui kõigil tervishoiuteenuseid osutavatel füüsilisest isikust ettevõtjatel ja juriidilistel isikutel on kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile kahju tekkimisest tuleneva vastutuse kindlustamiseks, siis ei saa kohustus omada patsiendikindlustust olla tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa kõrvaltingimuseks. MsÜS-i seletuskirja põhjal eristatakse teineteisest tegevusloa regulatsiooniesemes sisalduvat põhiregulatsiooni ja kõrvaltingimusi. Esimene peab tulenema seadusest endast (haldusorgani otsustamisruum puudub) ning teise näeb ette tegevusloa andja seaduses sätestatud juhul ja ulatuses (otsustamisruum olemas). Seega – kui kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping on seaduse tasandil ette nähtud kõigile teenuseosutajatele, siis ei saa see olla tegevusloa kõrvaltingimus. Terviseametil ei saa olla otsustusruumi, kas konkreetse tegevusloa puhul kindlustuskohustus on või ei ole. Tegevusloa kui haldusakti kõrvaltingimuste täitmise kohustus tuleneb haldusaktist, mitte vahetult õigustloovast aktist.</p>	<p>Konsulteritud JuM-ga, jääme eelnõus pakutud lahenduse juurde.</p>
<p>6. Eelnõu § 39 p 10. Jääb ebaselgeks, miks on Terviseametile jäetud kaalumisruum tegevusloa kehtetuks tunnistamise osas, kui tervishoiuteenuse osutaja ei ole täitnud patsiendikindlustuse seaduses nõutud kindlustuskohustust. Kui tervishoiuteenuse osutajal on kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping, siis peab olema tagatud ka riigipoolne kontroll kindlustuskohustuse täitmise üle ning selge regulatsioon, mida toob endaga kaasa kindlustuskohustuse täitmata jätmine. Kui Terviseamet peab igal konkreetsel juhul hakkama kaaluma ja põhjendama, kas kindlustuskohustuse rikkumine on piisavalt oluline rikkumine, et tegevusluba kehtetuks tunnistada või peatada, võib see tuua kaasa olukorra, kus tervishoiuteenuse osutajad kindlustuskohustust ei täida ning Terviseametil puuduvad tõhusad vahendid kindlustuskohustuse täitmise tagamiseks.</p>	<p>Kaalumisruum on vajalik on selleks, et regulatsioon oleks proportsionaalne. Tegu võib olla lühiajalise hiliemise vms, mille korral kohene tegevusloa tühistamine ei ole proportsionaalne.</p>
<p>Eesti Perearstide Selts</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Üksiti juhime tähelepanu sellele, et seaduse sujuvaks jõustumiseks on vajalik aegsasti ning hästi läbi mõelda ning süstemaatiliselt jõustada nii sisulise kui ka infotehnoloogiliste poole pealt rakendusaktides kirjeldatud süsteemid, mis toimiksid nii esmasandis kui ka eriarstiabis sh vigade raporteerimise süsteem.</p>	<p>Võtame teadmiseks.</p>
<p>Riigiprokuratuur</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Siiski peab prokuratuur vajalikuks märkida, et eelnõu seletuskirjast tulenevalt jääb ebaselgeks, kuidas toimub vastavasisulise informatsiooni jõudmine, mille alusel oleks põhjust kaaluda kriminaalõiguslikku sekkumist, andmekogust õigussüsteemi. Enese mittesüstamise privileegist tulenevalt on kahtlustataval või süüdistataval piiramatu õigus keelduda ütluste andmisest iseenda vastu. Kui aga isik pöördub iseseisvalt õiguskaitseasutuse poole</p>	<p>Arvestatud ja täpsustatud seletuskirja.</p>

<p>enda ravivigade tunnistamiseks, võib see muuta problemaatiliseks kogu edasise kriminaalmenetluse käigu. Seda riski on aga võimalik minimaliseerida tavapäraste kriminaalmenetlusõiguslike lahendustega nagu kaitsjate ja esindajate kaasamine. Seega tuleks käesoleva eelnõu seletuskirjas selgelt ära määratleda, kuidas ja kelle vahendusel hakkab toimuma vastavasisulise informatsiooni jõudmine andmekogust õigussüsteemi, et tagatud oleks kõikide osapoolte õiguste kaitse.</p> <p>Eeltoodust tulenevalt toetab prokuratuur eelnõu eesmärki tagada patsientide huvide parem kaitse kahjude hüvitamise kaudu ning soodustada ravivigade ja ohujuhtumite dokumenteerimist tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks ja ohutuse suurendamiseks ning on edaspidigi valmis kaasa rääkima praktikute poolelt kõnealuse süsteemi rakendumisel.</p>	
<p>Eesti Töötukassa</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Töötukassa hinnangul vajab eelnõu täpsustamist alljärgnevas:</p> <p>Eelnõu § 20 lg 3 kohaselt on fondil õigus saada tervishoiuteenuse osutajalt ja teistelt isikutelt kindlustusjuhtumi menetlemise eesmärgil kindlustusjuhtumiga seotud andmeid, sealhulgas isikuandmeid ja selgitusi. Tervishoiuteenuse osutaja ja teised isikud on kohustatud esitama fondile asjakohased andmed esimesel võimalusel, kuid kõige hiljem kui 30 kalendripäeva jooksul alates taotluse saamisest.</p> <p>Eelnõu § 30 lg 2 p 2 kohaselt töödeldakse registris andmeid toimunud kindlustusjuhtumite kohta. Eelnõu § 30 lg 3 p 2 järgi sätestatakse registrisse kogutavate andmete koosseis ja registrisse kandmise kord registri põhimääruses. Eelnõust, seletuskirjast ega eelnõule lisatud patsiendikindlustuse registri kavandist ei nähtu, missuguseid andmeid on kavas andmekogusse kanda.</p> <p>Arvestades, et eelnõus on kavas töövõimetushüvitise määramisel tugineda muuhulgas isiku töövõime hindamise andmetele töötukassa poolt, mis isikuandmete kaitse üldmääruse kohaselt on eriliiki isikuandmed, siis meie hinnangul peaks töödeldavad andmed ja töötlemise ulatus olema seaduses täpsemalt sätestatud. Samuti tuleks täpsustada võimalik tervise infosüsteemi andmete töötlemine arstiõppe läbinud isiku poolt.</p> <p>Teeme ettepaneku sätestada andmete töötlemine patsiendikindlustuse seaduses sarnaselt liikluskindlustuse seaduse § 75 lg-tega 7¹ ja 7² või töövõimetoetuse seaduse §-s 22¹.</p>	<p>Kuna fondi eelnõus ei ole praeguses etapis, siis märkus pole enam asjakohane.</p>
<p>Eesti Ämmaemandate Ühing</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>Eesti Ämmaemandate Ühingul ei ole täiendusettepanekuid.</p>	<p>Võtame teadmiseks.</p>
<p>SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1. Tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud kahju, tervishoiuteenuse tagajärjel tekkinud kahju või tervishoiuteenuse osutamisega tekkinud kahju?</p> <p>Eelnõu § 1, § 4, § 22 lg 1 p 3 jm räägivad tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud kahjust, eelnõu § 2 räägib aga tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel tekkinud kahjust.</p> <p>Eelnõu §-s 7 lg 1 p-s 1 on kindlustusjuhtumi mõiste lahti kirjutamise juures veel ka kolmas mõiste: „tervishoiuteenuse osutamisega“, mitte tagajärjel või käigus tekkinud kahju. Need on oma olemuselt</p>	<p>Sisuliselt on tegemist sünonüümidega. Sõnastus eelnõus üle vaadatud.</p>

<p>erinevad mõisted - läbivalt peaks olema ühtne sõnastus ja mõisted, et ei tekiks mitmeti tõlgendamise olukordi.</p>	
<p>2. Nii eelnõus kui ka seletuskirjas toodu alusel jääb üsna segaseks, kumb peab TTO-l enne olemas olema – kas tegevusluba või kindlustuskaitse? Või peavad need tekkima üheaegselt? (eelnõu § 4 lg-d 4 ja 6)</p> <p>Eelnõu § 4 lg 4 sätestab, et „Patsiendikindlustuse kindlustuskaitse peab kehtima kogu tegevusloa kehtivuse ajal.“</p> <p>Eelnõu § 4 lg 6 sätestab, et „Patsiendikindlustust pakkuv kindlustusandja on kohustatud sõlmima patsiendikindlustuse lepingu tervishoiuteenuse osutajaga, kellel on kehtiv tegevusluba.“</p> <p>Eelnõu § 5 sätestab, et „Kindlustatud isik on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel kehtivat tegevusluba omav tervishoiuteenuse osutaja.“</p> <p>Eelnõu ja seletuskirja kohaselt ei teki ilmselt probleeme TTO-dega, kellel on juba kehtiv tegevusluba ja/või tegevusload. Kuid juhul, kui TTO alles taotleb tegevusluba, siis seletuskirjas (lk 10) öeldakse, et „Lisaks tuleb tähele panna, et <u>kindlustuskaitse peab algama tegevusloa väljastamise hetkest</u>. (Regionaalhaigla märkus - vt eelnõu § 4 lg 4 ja lg 6 sõnastust, kas kindlustuskaitse kehtestatakse siis teatud juhtudel tagasiulatuvalt, kuna praktikas ei ole ilmselt alati võimalik tegevusluba ja kindlustuskaitset ühel ajal jõustada?). Terviseamet seab tegevusloa taotluse menetlemisel tingimuseks, et teenuse osutamise ajaks peab TTO-l olema kehtiv leping. Selleks, et kindlustusandjatel oleks kindlus, et leping sõlmitakse isikuga, kellele väljastatakse tegevusluba, on TTKSis tehtud muudatus, mille kohaselt kohustus omada tervishoiuteenuse osutamise ajal kehtivat patsiendikindlustuse lepingut on tegevusloa kõrvaltingimuseks. Seega <u>hakkab tegevusluba kehtima patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi algusest või tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riiklikus registris märgitud ajast, kui viimati nimetatut on hilisem</u>.“.</p> <p>Samas pakutud uue sõnastusega TTKS § 42¹ lg 2 sätestab üksnes, et tegevusluba hakkab kehtima patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi algusest. Kumb peab enne kehtima – tegevusluba või kindlustusleping ja kuidas see praktikas välja nägema hakkab? Eelnõu (samuti sellega koos muudetava TTKS'i) sõnastus peaks oluliselt selgemalt seda väljendama.</p>	<p>Tervishoiuteenuse osutamise hetkeks peab TTO-l olema kindlustuskaitse.</p>
<p>3. Sõnastuse paranduse ettepanek eelnõu § 7 lg 2 p 3 osas</p> <p>Sõnastusettepanek: „tervishoiuteenuse osutaja poolt patsiendi transportimisel tekkinud vigastus või tervisekahjustus;“.</p> <p>Sõnade „aset leidnud“ asemel võiks olla sõna „tekkinud“. Sündmus leiab aset, mitte tervisekahjustus. Lisaks „kahjustuse“ asemele lisada sõna „tervisekahjustus“. Ettepanek lisada § 7 lg 2 p 3 täpsustus, et tegemist on juhtumiga, kus patsienti transpordib tervishoiuteenuse osutaja. Juhul, kui kiirabibrigaad põrkab kokku muu sõidukiga, siis ei kohaldu § 7 lg 2 p 3 muude isikute kui patsiendi suhtes (ettepanek seotud eelnõu § 19 p-ga 14).</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>4. Kas kindlustusjuhtumi korral hüvitab Fond varalise kahju õigustatud isikule või ka otse tervishoiuteenuse osutajale (eelnõu § 11)?</p> <p>Seletuskiri (lk 22) ütleb, et „/.../Kindlustusandja võib hüvitada patsiendi eest otse TTOle ravikulud, mida ei maksta Eesti Haigekassa eelarvest. Sellisel juhul lepivad patsient, kindlustusandja ja TTO tasu ülevõtmise kohustuses kokku. Näiteks esitab isik fondile soovi minna</p>	<p>Fond on eelnõust eemaldatud. Eelnõud täpsustatud.</p>

<p><i>taastusravile ning fond kinnitab garantiikirjaga, et on valmis tasuma isiku tervishoiuteenuste eest. Ravikulude hüvitamisel lähtutakse põhimõttest, mille kohaselt peab makstav hüvitis leevendama patsiendi vaevusi, hoidma ära tema tervises seisundi halvenemise või haiguse ägenemise ning taastama patsiendi tervise. Eesmärk on see, et võimaluse korral hüvitatakse ravikulud otse TTO-le. Seega puuduks vajadus isikule vastavat hüvitist kanda ning isik saaks teenust kasutada ilma omaosalusest. See vähendaks bürokraatiat erinevate asutuste vahel./.../“</i></p> <p>See oluline põhimõte ja erisus peaks olema kajastatud ka eelnõus, mitte ainult seletuskirjas, et Fond võib varalise kahju teatud juhtudel hüvitada ka otse TTO-le, antud juhul ütleb § 11: „Fond hüvitab õigustatud isikule kindlustusjuhtumi toimumise korral järgmise varalise kahju:“</p>	
<p>5. Isikul on õigus saada riigilt eelduslikult siiski kahju hüvitamist, mitte kahju</p> <p>Eelnõu § 19 p 7 – fond ei hüvita „/.../kahju, mida kindlustatud isikul on õigus saada riigilt /.../.“ Jääb mulje, et inimestel on õigus riigilt kahju saada(?!). Siin peaks ilmselt olema „/.../kahju, mille hüvitamist on kindlustatud isikul õigus saada riigilt /.../“.</p>	<p>Mõeldud on, et kindlustus ei hüvita nt ravikulusid, mida hüvitab Eesti Haigekassa.</p>
<p>6. Kas kindlustusjuhtumist võib teavitada üksnes õigustatud isik (eelnõu § 20)</p> <p>Sõnastus on hetkel järgmine: „Õigustatud isik peab kindlustusjuhtumi toimumisest fondi teavitama kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis. Kui kindlustusjuhtumist on teavitatud tervishoiuteenuse osutajat või kindlustusandjat, teavitab ta sellest viivitamata fondi.“ Kui eelnõu § 20 lg-s 1 on mõeldud, et ainult patsient või õigustatud isik saab teavitada TTO-d ja kindlustusandjat, mitte mistahes kolmas isik, siis võiks loobuda teises lauses toodud umbisikulisest kõneviisist, et oleks selge, et keegi kolmas isik ei ole õigustatud patsiendiga seotud menetlust alustama.</p>	<p>Sõnastust muudetud.</p>
<p>7. Kindlustusandja vastuväide peaks olema sisuliselt ja õiguslikult põhjendatud</p> <p>Eelnõu § 23 lg 3 sõnastuse ettepanek (muudatusettepanek punases): „Fondil on õigus peatada kahju hüvitamiseks tehtavad väljamaksed, kui kindlustusandja ei täida oma liikmemaksu tasumise kohustust või ei hüvita temale esitatud tagasinõuet, millele ei ole esitanud õiguslikult põhjendatud vastuväidet ja mistõttu ohustab käesolevast seadusest tulenevate fondi kohustuste täitmist.“ Lisatud võiks olla mõte, mis sunniks kindlustusandjaid oma võimalikke vastuväiteid ka sisuliselt ja õiguslikult põhjendada.</p>	<p>Fond on eelnõust eemaldatud. Eelnõud täpsustatud.</p>
<p>8. Fondi üleminekuga seonduvad sätted on liialt üldsõnalised (eelnõu § 24)</p> <p>Fondi üleminekuga seotud regulatsioon on eelnõus liiga üldine ja napp, tuleks konkreetsemalt ja täpsemalt reguleerida vahetusega seotud küsimused. Sama märkus oli Regionaalhaiglal ka eelmisel korral esitatud ettepanekutes.</p>	<p>Fond on eelnõust eemaldatud. Eelnõud täpsustatud.</p>
<p>9. Fondi kohustuste täitmine</p> <p>Eelnõu § 25 lg 1 – fondi finantseerimine peaks olema seaduses selgelt sätestatud, ei tohiks jätta põhikirjas sätestamiseks. Eelnõu § 25 lg-d 3 ja 4 – kas eelnõu § 4 lg-s 8 nimetatud automaatne tehniline lahendus seda ei võimalda? Terviseameti kohustus on seda rakendust kasutada, siis näeb Terviseamet lepingu lõppemist automaatselt. Eelnõu § 4 lg 4 kohaselt peab leping kehtima sama kaua kui tegevusluba, mille üle peab järelevalvet Terviseamet. Sama</p>	<p>Fond on eelnõust eemaldatud. Eelnõud täpsustatud.</p>

märkus oli Regionaalhaiglal ka eelmisel korral esitatud ettepanekutes.	
<p>10. Rakendussätted (eelnõu § 38)</p> <p>TTKS § 32 sätestatud uue tervishoiuteenuse kvaliteedi mõiste ei tohiks hõlmata patsiendi rahulolu, kuna tervishoiuteenuse kvaliteedi sisu hindamine eeldab ikkagi vastavaid erialaseid teadmisi ja hinnanguid. Patsiendi rahuolu saab tulla kõne alla üldise viisaka suhtlemise reeglite juures, aga see ei mõjuta tervishoiuteenuse osutamist (milleks on laias laastus diagnoos+ravi)?</p> <p>Sõnastuse ettepanek TTKS § 32 (täiendusettepanek on toodud punases ning lõpust on ära jäetud sõnad „patsiendi rahulolule“.): „Tervishoiuteenuse kvaliteet käesoleva seaduse tähenduses on tervishoiuteenuse omaduste kogum, mis iseloomustab osutatud tervishoiuteenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmistele, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi tervises seisundist tulenevatele vajadustele.“</p>	Arvestatud osaliselt. Patsientide rahulolu on väga oluline indikaator.
Eesti Haiglate Liit	Sotsiaalministeeriumi kommentaar
<p>EHL pooldab patsiendikindlustuse süsteemi loomist, kuid EHL on jätkuvalt mures patsiendikindlustuse süsteemi loomisega seotud kulude katmise pärast. EHL on seisukohal, et kõik patsiendikindlustuse süsteemi loomisega seotud lisakulud, mis tervishoiuteenuse osutajatele tekivad, peavad saama riigi- või haigekassa poolse rahastuse. Sealjuures soovime, et täiendavate kulude tekkimine tervisesüsteemis ei avaldaks negatiivset mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele.</p> <p>1. Eelnõu seletuskirjas on mitmetel kordadel viidatud eelnõuga loodavale patsiendiohutussüsteemile ning sellele, et Eesti patsiendikindlustuse ja patsiendiohutuse süsteemi luuakse sarnaselt Soome süsteemile. Juhime teie tähelepanu asjaolule, et Soomes loodi patsiendikindlustuse süsteem mitukümmend aastat enne patsiendiohutuse süsteemi loomist. Soovitame teil tutvuda (ning eelnõu seletuskirjas viidata) ka Euroopa Komisjoni 9.juuni 2009. a soovitusel, mis käsitleb patsiendi ohutust, sh tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet (2009/C 151/01). Märgime, et patsiendiohutusjuhtumite registreerimise süsteemi loomine vastutuskindlustuse süsteemi kõrvale on kahtlemata vajalik, kuid meie hinnangul peaks patsiendiohutuse süsteem tuginema juba toimival patsiendikindlustuse süsteemil ning muuhulgas selle praktiliselt. Seepärast oleme arvamisel, et patsiendiohutuse süsteem peaks olema oluliselt ulatuslikum, kui eelnõus hetkel on välja pakutud.</p>	<p>Patsiendiohutuse tagamine on ka praegu TTO kohustus. Reguleerimine on lihtsalt väga üldine ning seetõttu korraldavad erinevad organisatsioonid seda väga erinevalt. OECD peab tervishoiutöötaja isiklikul süül mitte põhinevat vastutuskindlustuse ja kahjude hüvitamise süsteemi üheks patsiendiohutuse meetmeks.</p> <p>Peame mõistlikuks koos patsiendikindlustusega reguleerida miinimumnõuded ja luua alus riiklikuks andmete kogumiseks tulevikus ehk teha esimene samm süsteemi parendamise suunas</p>
<p>2. Eelnõu § 4 lg 2 kohaselt võib patsiendikindlustuse lepingu sõlmida tähtajaga kuni üks aasta. Kui sõlmitakse automaatselt pikenev leping, pikeneb leping järgmiseks kindlustusperioodiks üksnes juhul, kui tervishoiuteenuse osutaja ei väljenda hiljemalt kümme tööpäeva enne kindlustusperioodi lõppu teistsugust tahet või ei sõlmi lepingut teise kindlustusandjaga.</p> <p>Eelnõu seletuskirja kohaselt on patsiendikindlustuse lepingu puhul tegemist vastutuskindlustusega, mistõttu tuleks tervishoiuteenuse osutajal patsiendikindlustust hankida riigihangete seaduse alusel. Palume eelnõu § 4 lõikes 4 täpsustada, mitu aastat võib lepingut automaatselt pikendada.</p>	Lepingute automaatse pikendamise piiramine ei ole siiski mõistlik, tegemist on asjaoluga, milles osapooled saavad kokku leppida.
3. Viimastel aastatel on haiglatel olnud vastutuskindlustuse lepingu sõlmimisel raskusi, kuna kindlustushanked on nurjunud seetõttu, et	Kindlustusmaksed hakkavad sõltuma TTO riskiastmest. Tulenevalt EL kindlustusõiguse

<p>kindlustusseltsid ei soovi sellist kindlustustoodet pakkuda ning üldse ei ole huvitatud kindlustusseltsid mittevaralise kahju hüvitamisest ning kui seda teevad, siis ainult juhul, kui on tekkinud ka varaline kahju. Kindlustusseltside pakutud kindlustusmakse aastas on ulatunud 30 000 euron 200 000 euro suuruse kindlustussumma (ühe juhtumi kohta ja aastas) s.h mittevaraline kahju 3 200 eurot. Kindlustusseltsidelt mitteametlikele päringutele saadud vastuste järgi võivad patsiendikindlustuse seaduse jõustumisel kindlustusmaksed suurhaiglate puhul mitme- kuni kümnekordistuda sõltuvalt haiglate poolt eelnevalt väljamakstud hüvitistest. Kuivõrd eelnõu seletuskirjas viidatakse üksnes haiglatele, teeme ettepaneku analüüsida ka teiste tervishoiuteenuse osutajate hüvitisi ning seekaudu seletuskirjas arusaadavamalt põhistada kas eelnõus väljendatud kindlustussummad on kõiki tervishoiuteenuse osutajaid, nii riiklikke kui ka erakliinikuid, arvestades mõistlikud või ülepaisutatud?</p> <p>Lisaks ei tule seletuskirjast välja, kui suured konkreetselt siiski kindlustuslepingu alusel kindlustusmaksed hakkavad olema. Arusaadavalt sõltub see eri faktoritest, kuid täiesti uue kohustusliku kindlustuse sisseseadmise puhul oleks elementaarne siiski mingeid summasid-vahemikke tutvustada. Palume seletuskirja täiendada konkreetsemate andmetega.</p>	<p>põhimõtetest ei saa riik sellesse protsessi sekkuda ja kindlustusmaksed kuidagi reguleerida. Kindlustusandjad ei ole soovinud selles osas prognoose avaldada, kuna see ei ole kooskõlas konkurentsi põhimõtetega. Eelnõus väljendatud kindlustussummad tuginevad ekspertide hinnangule, kohtute sisendile ning töörühma liikmete esitatud ettepanekutele. Nimetatud summade osas on saavutatud konsensus osapoolte vahel.</p>
<p>4. Palume selgitust, kas vastutuskindlustuse lepingutega seotud kulude katmisel läbi tervishoiuteenuste loetelu hakkab TTL-s sisalduma kogu kindlustusmakse osa sh omavastutuse osa? Haiglatel on kahjuks olemas kogemused nt IT või toitlustuskulu komponendiga hindades, kus on öeldud, et sisaldub TTL-is, aga me teame, et realselt TTL-i kalkuleeritud IT- ja toitlustuskomponent ei kata reaalseid kulusid.</p>	<p>Metoodika välja töötamine on alles käsil. Kaasame sellesse kindlasti ka TTO-d.</p>
<p>5. Kuivõrd eelnõud ei ole tehtud mitte ainult tervishoiuteenuse osutajate jaoks, vaid eelkõige patsientidele, siis võiksid olulisemad patsiendikindlustusfondi menetluse tähtsajad, sh otsuse vaidlustamise osas, olla seaduses kirjeldatud, mitte viidata teistele seadustele. Praegune eelnõu on patsiendi jaoks ilmselgelt liigselt keeruline.</p>	<p>Oleme lähtunud hea õigusloome tavadest.</p>
<p>6. Eelnõu § 11 p 6 ütleb, et hüvitamisele kuulub muu varaline kahju, mis kuulub hüvitamisele võlaõigusseaduse § 129 ja 130 kohaselt. Võlaõigusseaduse § 130 järgi kuulub hüvitamisele ka edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kahju. Eelnõu § 19 p 2 järgi ei hüvita fond aga ikkagi patsiendi edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud varalist kahju. Seletuskiri ütleb selle välistuse kohta, et „<i>Edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud varalist kahju ei hüvitata (punkt 2), sest seda on keeruline hinnata, see on suures osas hüpoteetiline ning tekitab tõenäoliselt suure kulu patsiendikindlustuse süsteemile. Patsiendil on siiski õigus edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud varalist kahju nõuda VÕSi alusel TTO-lt.</i>“ Leiame, et edasiste majanduslike võimaluste halvenemise peaks samuti fond hüvitama (kas või mingite maksimaalsete summade vahemike tabelite alusel nagu nt mittevaralise kahju puhul), kuna fondi eesmärk peaks olema patsiendi põhilised nõuded fondi tasandil lõplikult lahendada, mitte põhjendusega, et mingi kahju liik on „keeruline hinnata“, lükata seda ikkagi tervishoiuteenuse osutajale lahendamiseks (kes ikkagi peavad selle „keerulise hindamise“ suutma kuidagi ära teha), milleks patsient peab uue nõude tervishoiuteenuse osutajale esitama.</p>	<p>Iga juhtumi puhul hinnatakse kahjusid individuaalselt, samas peame süsteemi käivitamisel mõistlikuks jääda hüvitatavate kahjude osas pigem konservatiivseks.</p>

<p>7. Patsiendikindlustuse süsteemi loomisega reorganiseeritakse tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni töö ning selle asemel luuakse Terviseameti juurde patsiendikindlustuse lepituskomisjon.</p> <p>Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni eesmärk on täna patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmine ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine. EHL on seisukohal, et patsiendikindlustuse süsteemi juurde lepituskomisjoni (kohtueelse vaheinstantsi) loomine on väga hea lahendus ja selline komisjon peaks kahtlemata patsiendikindlustuse süsteemi juures olema, kuid kui vaadata tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tänast pädevust (TTKS § 52² lg 2), siis jäävad tulevikus mitmed ülesanded täitmata ja sellest on kahju. EHL hindab täna toimiva ekspertkomisjoni tööd ning leiame, et selline komisjon peaks tööd jätkama.</p>	<p>Võtame teadmiseks.</p>
<p>8. Eelnõu § 32 lg 1 kohaselt on tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa alusel käesoleva seaduse jõustumise ajal tegutsevatel tervishoiuteenuse osutajatel kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping 30 kalendripäeva jooksul alates käesoleva seaduse jõustumisest.</p> <p>Kui arvestada patsiendikindlustuse hankimisel riigihangete seadust, siis rahvusvahelist piirmäära ületava hanke korral (sõltub, missugune saab olema hanke maht ja eeldatav maksumus) lepingut 30 kalendripäeva jooksul sõlmida ei ole võimalik. Teeme ettepaneku pikendada eelnõu § 32 lõikes 1 patsiendikindlustuse lepingu sõlmimise tähtaega vähemalt kahe kuuni või täpsustada seda lõiget selliselt, et tervishoiuteenuse osutajal on kohustus 30 kalendripäeva jooksul alustada riigihangete registris riigihanke läbiviimist.</p>	<p>Kuna eelnõu eeldatava vastu võtmise ja jõustumise vahele jääb üle 2 aasta, siis pikendamine siiski põhjendatud ei ole.</p>
<p>9. Patsiendiohutuse andmekogu loomine (TTKS lisatav §57⁵). Positiivne on, et eelnõus sõnastatakse korrektset patsiendiohutusega seotud nõuded ja kehtestatakse miinimumnõuded patsiendiohutuse korraldusele, sh patsiendiohutusjuhtumite dokumenteerimisele. Praeguse ni on see olnud TTO-de lõikes erinev, ohujuhtumite dokumenteerimine ei ole populaarne. Mitmetel haiglatel on patsiendi ohujuhtumite registreerimise süsteem loodud, kuid paljudel ei ole sellist infosüsteemi hetkel veel olemas. Soovime tähelepanu juhtida asjaolule, et uue infosüsteemi väljatöötamine, testimine, koolitamine ja rakendamine võtab aega ning tähendab ka rahalist kulu. Seega ei ole meie hinnangul eelnõus sätestatud tähtaeg (01.07.2021) selleks piisav ja rakendamise tähtaeg võiks meie hinnangul olla 2023.aastal.</p> <p>Seevastu tuleb ka riikliku patsiendiohutuse andmekogu loomiseks luua vastav infotehnoloogiline lahendus ning seletuskirja järgi peab riiklik andmekogu olema valmis 1.10.2023. a. Ehk riikliku andmekogu loomine, mis on sisult tunduvalt vähem mahukam kui tervishoiuteenuse osutajalt nõutav andmekogu, nõuab riigilt ettevalmistusaega poolteist aastat enam kui tervishoiuteenuse osutajalt nõutava uue andmekogu loomine. Selle kohta leitakse seletuskirjas, et mingeid erilisi ettevalmistusi vaja polegi. Siin on vastuolu.</p>	<p>Pikendatud tähtaega</p>

<p>Haiglate IT-arendused, mis on riigi poolt haiglatele kohustuslikuks tehtud, peavad kajastuma ka Sotsiaalministeeriumi, TEHIK-u, Haigekassa ja EHL vahel kokku lepitud IT-arenduste teekaardil.</p> <p>Lisaks loodame, et Terviseameti juurde loodav andmekogu hakkab tulevikus olema hästi lingitav haiglate infosüsteemidega, et jääksid ära eraldi aknas sisse logimised järjekordsesse süsteemi, mis on tähendaks lisa ajakulu ja koormust personalile (nt NAKIS).</p>	
<p>10. Eelnõu § 23 kohaselt peatatakse väljamaksed kindlustusandja pankroti jt seisundite puhul. Haigla on makseid teinud, usaldab ja eeldab, et kahjujuhtum saab hüvitatud, patsient usaldab haiglat ja eeldab, et kahjujuhtum saab hüvitatud. Kas kindlustusandja pankroti korral võib tekkida olukord, kus patsient hüvitist ei saa ja kas sellisel juhul on tegemist patsientide ebavõrdse kohtlemisega? Kas võib tekkida situatsioon, kus asjaolude kokkulangemisel, kindlustusandja pankroti tõttu Eesti kodanikule hüvitist välja ei maksta, samal ajal teise riigi kodanikule makstakse, nt ülalpidamishüvitist, hüvitist osalise puuduva töövõime korral?</p>	<p>Kindlustuskaitseta olukorras on patsiendi võimalused kahju nõudmiseks analoogsed praegusega.</p>
<p>Eesti Kindlustusseltside Liit</p>	<p>Sotsiaalministeeriumi kommentaar</p>
<p>1 SISSEJUHATUS.</p> <p>Oleme eelnõu menetlemise käigus osutanud, et patsiendikindlustuse süsteemi loomisel on kindlustusandjate jaoks suurimaks probleemiks üksikasjaliku statistika puudumine valdkonnas. Lisaks statistika puudumisele teevad kindlustusandjatele muret probleemid meditsiini üldises korralduses, olgu selleks ravi kättesaadavus, ravijärjekorrad, rahastus, aga ka ajakirjanduses pidevalt käsitlemist leidvad meditsiinierialaga seotud negatiivsed kaasused.</p> <p>Oleme edastanud ministeeriumile jooksvalt ettepanekuid eelnõu eelmiste redaktsioonide kohta. Osade ettepanekutega on arvestatud, teistega paraku mitte. Nende ettepanekute eelnõusse sisseviimine ja osundatud probleemide lahendamine on kindlustusandjate jaoks jätkuvalt oluline.</p> <p>Meie arvates ei tohiks eelnõuga kiirustada. Seni on eelnõu koostajate ja töögrupi põhifookus olnud põhiküsimustel nagu kindlustuskaitse ulatus (hüvitatav kahju), kindlustusjuhtumi määratlus ja kindlustussummad, samal ajal, kui muud küsimused on jäänud tahaplaanile. Samas süsteemi toimimise tagamiseks on oluline põhjalikult läbi analüüsida ka kindlustuskohustuse ja lepingu sõlmimisega seonduv. Just viimati nimetatu osas esineb palju ebaselgust ning vastuolusid sõnastuse ja seletuskirja vahel.</p> <p>Järgnevalt käsitleme teemasid, mille puhul peame vajalikuks senisest oluliselt täpsemat regulatsiooni. Redaktsioonilised ja patsiendikindlustuse rakendamise seisukohalt vähemtähtsad ettepanekud edastame kommentaaridena eelnõule ja seletuskirjale (Lisa: redaktsioonilised tähelepanekud).</p>	
<p>2 KINDLUSTUSKOHUSTUS JA KINDLUSTUSLEPING</p> <p>Eelnõu ettevalmistajate taotluseks on olnud siduda kindlustuskohustus tegevusloaga. Nii on seletuskirjas märgitud, et kohustuslik kindlustus on selliste TTO-de jaoks, kellele on väljastatud vastav tegevusluba TTKSi alusel ja, et leping peab katma kõiki tegevusloa alusel osutatavaid tervishoiuteenuseid. (vt. Seletuskiri lk 6) Paraku eelnõu sõnastusest see selgelt välja ei tule. Eelnõu § 4 lõige 1 ütleb, et tervishoiuteenuseid osutaval füüsilisest</p>	

<p>isikust ettevõtjal ja juriidilisel isikul on kohustus sõlmida patsiendikindlustuse leping tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile kahju tekkimisest tuleneva vastutuse kindlustamiseks käesolevas seaduses sätestatud ulatuses ja korras. Lõige 3 ja 4 üksnes täpsustavad, et leping peab hõlmama tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks on tervishoiuteenuse osutajale väljastatud ja kehtima tegevusloa ajal. Rõhutame, et patsiendikindlustuse süsteemi toimimiseks on ülimalt oluline, et kindlustuskohustus oleks seotud tegevusloaga. Esmajoones on sellel tähtsus kindlustamata juhtumite hüvitamisel (§ 21), mille hüvitamise maksavad kindlustusmaksete näol esmalt kinni teised TTO-d, kuid lõppastmes jääb see patsientide ja/või maksumaksjate kanda. Eelnõu § 21 näeb ette, et kui tervishoiuteenuse osutaja ei ole täitnud käesoleva seaduse §-s 4 sätestatud patsiendikindlustuse kohustust, menetletakse kindlustusjuhtumit käesolevas seaduses sätestatud põhimõtetest lähtudes ning fond hüvitab kindlustusjuhtumi korral õigustatud isikule tekkinud kahju käesolevas seaduses sätestatud alustel ja korras. Kuna kindlustuskohustus pole seotud tegevusloaga, tähendab see, et läbi loodava patsiendikindlustuse fondi hüvitataks ka juhtumeid, mille on põhjustanud isikud, kes osutavad tegevusloata tervishoiuteenuseid. Tervishoiujärelevalvet teostab terviseamet (TTKS § 60) ja amet peab tagama tõhusa järelevalve, et sellised teenuseosutajad tervishoius tegutseda ei saaks. Tegevusloata tervishoiuteenuse osutamine võib olla kuritegu (KarS § 372).</p> <p>Meie hinnangul pole õiglane, et läbi TTO-d ja patsiendid/maksumaksjad maksaksid läbi kõrgemate kindlustusmaksete kinni teiste, ebaseaduslikult tegutsevate turuosaliste kahjud.</p> <p>Eeltoodust tulenevalt teeme ettepaneku teha §-s 4 järgmised muudatused:</p>	
<p>2.1 § 4 jaotamine mitmeks erinevaks paragrahviks</p> <p>§ 4 reguleerib kindlustuskohustust, kindlustuskaitset ja patsiendikindlustuse lepingut. Tegemist on paragrahviga, mis reguleerib erinevaid eelnõu kontekstis tähtsaid teemasid, mida oleks mõistlik reguleerida eraldi paragrahvides. Näiteks: § 4. Kindlustuskohustus; § 5. Patsiendikindlustuse leping; vms. Ka HÕNTE § 24 lõike 5 järgi paljude lõigetega paragrahve välditakse, rühmitades sätted sisu järgi mitmeks paragrahviks.</p>	Arvestatud
<p>2.2 Lõige 1 Teeme ettepaneku lõige 1 sõnastada järgmiselt (vt põhistus käesoleva peatüki sissejuhatuses):</p> <p><i>„(1) Tervishoiuteenuse osutaja, kellele on antud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel tegevusluba, on kohustatud tervishoiuteenuse osutamisest tuleneva vastutuse kindlustamiseks sõlmima patsiendikindlustuse lepingu, mis hõlmab kõiki tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks talle on tegevusluba antud.“;</i></p>	Arvestatud.
<p>2.3 Lõige 2</p> <p>Eelnõu lõige 2 peaks asetsema uues §-s 5. Kindlustusleping (vt meie ettepanek 2.1). Lõike 2 teise lause palume eelnõust välja jätta. Ilmselt on sätte eeskujuks LKindIS § 20. Patsiendikindlustuses, kus lepingu sõlmimise protsess on oluliselt keerulisem (kindlustusrisi hindamise seisukohalt aga ka arvestades asjaolu, et sageli sõlmitakse lepingud läbi hankemenetluse) ja lepingu pooleks on tarbija asemel majandus-või kutsetegevuses tegutsev TTO, pole</p>	Arvestatud

<p>sellise regulatsiooni sätestamine vajalik. Meie hinnangul võiks seaduses piirduda sättega, mis ütleb:</p> <p><i>„Pooled võivavad lepingus ette näha, et patsiendikindlustuse leping pikeneb tähtaja lõppedes automaatselt lepingus näidatud tähtajaks.“</i></p>	
<p>2.4 Lõige 4</p> <p>Kõnealuses lõikes sätestatakse, et patsiendikindlustuse kindlustuskaitse peab kehtima kogu tegevusloa kehtivuse aja. Kindlustuskaitse saab tuleneda üksnes lepingust. Kõnealuse lõike puhul esineb vastuolu selles, et tegevusluba on üldjuhul tähtajatu, samas kindlustuslepingu võib sõlmida tähtajaga kuni üks aasta. Samuti peaks sõnastuses rõhutama, et kindlustuskaitse tagamine on TTO kohustus ja seda, et TTO arvestaks, et tegevus peab olema kindlustatud ilma katkestusteta. Pideva kindlustuskaitse tagamiseks peab TTO oma tegevuse korraldama selliselt, et võimalikult aegsasti korraldab lepingu sõlmimise järgmiseks perioodiks ja täidab omalt poolt sõlmitud lepingut. Olgu öeldud, et TTO põhikohustuseks on tasuda kindlustusmaksid ja selle kohustuse mittetäitmine võib kaasa tuua kindlustuslepingu erakorralise ülesütlemise (VÕS § 557, 558). Mõistlik oleks sätestada, et tervishoiuteenuse osutaja on kindlustuskohustuse täitmisel kohustatud järgima, et tegevusloa kehtivuse ajal on igal ajahetkel tema tegevus kaetud patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustuskaitsega, kui seaduses ei ole sätestatud teisiti. Teisiti on sätestatud eelnõus näiteks eelnõu § 4 lõikes 5 (tervishoiuteenus, mille osutamisest on ajutiselt loobunud) kui ka § 32 (üleminekusäte).</p> <p>Teeme ettepaneku sõnastada:</p> <p><i>„Tervishoiuteenuse osutaja on kindlustuskohustuse täitmisel kohustatud tagama ja jälgima, et tegevusloa kehtivuse ja tervishoiuteenuse osutamise ajal oleks igal ajahetkel tema tegevus kaetud patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustuskaitsega, kui seaduses ei ole sätestatud teisiti.“</i></p>	Arvestatud
<p>2.5 Lõige 5</p> <p>Kõnealuse lõike kohaselt ei kehti patsiendikindlustuse kohustus sellise tervishoiuteenuse suhtes, mille osutamiseks antud tegevusluba on peatatud, sealhulgas tervishoiuteenus, mille osutamisest on ajutiselt loobunud, ega sellise tervishoiuteenuse suhtes, mille osutamiseks antud tegevusluba on kehtetuks tunnistatud. Tegevusluba on haldusakt, mis annab õiguse TTO-le tervishoiuteenust osutada (MSÜS § 16 jj). Õiguslikke tagajärgi loob ja täitmiseks on kohustuslik ainult kehtiv haldusakt (HMS § 60). Kui tegevusluba on peatatud või kehtetuks tunnistatud, siis puudub TTOI kindlustuskohustus juba lähtuvalt lõikest 4. Küll aga peame problemaatiliseks, et kindlustuskohustust pole ka kõnealuse sätte kohaselt sellise <u>tervishoiuteenuse osas, mille osutamisest on ajutiselt loobunud</u>. Seletuskirjas on küll märgitud, et eelnõu koostajad on pidanud justkui silmas olukorda, kus TTO esitab ise majandustegevusest loobumise teate (MTÜS § 34). Siin on vastuolu seletuskirja ja eelnõu sõnastuse vahel, sest eelnõus räägitakse „tervishoiuteenusest, mille osutamisest on ajutiselt loobunud“, mitte majandustegevusest ajutisest loobumisest, mida reguleeritakse MTÜS § 34 ja mis on olemuselt teine asi (st TTO loobub kogu oma majandustegevusest seoses ühe või mitme tegevusloaga). Meie arvates saab tõhusa kindlustussüsteemi,</p>	Arvestatud

tervishoiuteenuste tegevuslubade registri korrastamise ja tervishoiujärelevalve eelduseks olla, et kogu tegevusloastatud tegevuse osas peab kehtima kindlustuskohustus, sõltumata sellest, kas kõiki tegevusloaga hõlmatud tervishoiuteenuseid parasjagu osutatakse või mitte.

Oleme seisukohal, et kindlustuskohustusest vabastamine võiks kõne alla tulla üksnes majandustegevusest loobumise puhul, kui TTO on esitanud MTÜS § 34 kohase majandustegevusest ajutiselt loobumise teate esitanud ja see on kantud tervishoiuteenuse tegevuslubade registrisse.

Rõhutame, et nii peatatud tegevusloa kui ka ajutiselt majandustegevusest loobumise puhul, peaks kehtima sama printsiip nagu uue tegevusloa väljastamise või kehtiva tegevusloa muutmise puhul, mille korral hakkav tegevusluba kehtima arvates kindlustuslepingu sõlmimisest ja selle järgse kindlustusperioodi algusest (vt eelnõu § 38 p 9).

2.6 Lõige 6

Patsiendikindlustust pakkuv kindlustusandja on kohustatud sõlmima patsiendikindlustuse lepingu tervishoiuteenuse osutajaga, kellel on kehtiv tegevusluba. Sõnastuse kohaselt pole kindlustusandjal justkui kohustust lepingut sõlmida, kui tegevusluba pole veel kehtima hakanud ja seda isegi juhul, kui kehtima hakkamise eelduseks on kindlustuslepingu olemasolu. Eelnõu § 38 p 9 täiendatakse TTKS paragrahvi 42.1 lõikega 2 järgmises sõnastuses: „(2) Tegevusluba hakkab kehtima patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi algusest või tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riiklikus registris märgitud ajast, kui viimati nimetatul on hilisem. Käesolevas lõikes sätestatud kohaldatakse ka tegevusloa muutmise ja üleandmise menetluses.“.

Meie arvates peaks kindlustuskohustus hõlmama nii eelmises lauses nimetatud olukordasid kui ka peatunud tegevusloa uuesti kehtima hakkamist ja majandustegevuse jätkumist. Kõikidel loetletud juhtudel peaks kindlustusleping olema eelduseks, et tegevusluba hakkab kehtima ja TTO saab vastavaid tervishoiuteenuseid osutada. Kõnealune regulatsioon vähendaks oluliselt käibes ilma kindlustuseta teenuste osutamist, tõhustaks kindlustuskohustuse täitmise kontrolli ja vähendaks seeläbi oluliselt terviseameti halduskoormust kindlustuskohustuse täitmisel.

Samuti ei arvesta pakutud sõnastus asjaoluga, et lisaks lepingu sõlmimise kohustusele peaks teatud juhtudel olema kindlustusandjal kohustus lepingut muuta ja pakkuda ka kindlustuskaitset uute tervishoiuteenuste osas, mida enne TTO ei osutanud. Nimelt näeb eelpool sedastatud TTKS täiendus ette, et sama põhimõtet kohaldatakse vastavalt tegevusloa muutmise ja üleandmise puhul. Kuigi seda seletuskirjas ei avata oleks loogiline tõlgendada seda sätet niiviisi, et muudatus tegevusloas jõustub arvates hetkest, kui jõustub kindlustuslepingu muudatus (nt hakkab TTO osutama tervishoiuteenust, mida tegevusluba ei hõlmanud). Samuti peaks „lepingu sõlmimise“ kohustus hõlmama olukorda, kui TTO taotleb uut tegevusluba ja tal on sõlmitud kindlustusleping nelja erineva tegevusloa osas, mille kehtivust uus tegevusluba ei mõjuta. Kuna eelnõu põhimõtteks on, et üks TTO saab sõlmida üksnes ühe kindlustuslepingu, mis peab katma kogu tema tegevuse,

Arvestatud osaliselt

<p>siis saab kõne alla tulla üksnes sõlmitud lepingu muutmise või uue sõlmimine.</p> <p>Eeltoodust tulenevalt teeme ettepaneku sõnastada need põhimõtted järgnevalt:</p> <p>„(xx) Kindlustusandja on kohustatud sõlmima patsiendikindlustuslepingu isikuga, kellele on kehtiv tervishoiuteenuse tegevusluba või isikuga, kellele on antud tegevusluba, mille kehtima hakkamine on tervishoiuteenuse korraldamise seaduse 42.1 lõike 2 kohaselt seotud patsiendikindlustuse olemasoluga.</p> <p>(xx) Kindlustusandja on kohustatud sõlmima uue patsiendikindlustuse lepingu või muutma olemasolevat patsiendikindlustuse lepingut, kui kindlustusvõtja taotleb terviseametilt tegevusloa muutmist või uue tegevusloa väljastamist ning muudatuse jõustumine või uue tegevusloa kehtivus on tervishoiuteenuse korraldamise seaduse 42.1 lõike 2 kohaselt seotud patsiendikindlustuse lepingu muudatuse jõustumisega.“.</p> <p>Vastatavalt tuleks täiendada eelnõu § 38 p 9.</p>	
<p>2.7 Erand kindlustusandja kohustusest leping sõlmida</p> <p>Käesoleval ajal tuleneb Eestis vastutuskindlustuse lepingu sõlmimise kohustus ca 30 seadusest. VÕS § 520 kohaselt on kindlustusandja kohustatud seaduse alusel nõutavat vastutuskindlustuse lepingut sõlmima, kui kindlustusvõtja vastab tüüptingimustes ettenähtud tingimustele. Õiguskirjanduses on märgitud, et kindlustusandja ei tohiks tüüptingimustes mingeid eritingimusi kindlustusvõtjale kindlustuslepingu sõlmimiseks siiski seada. Kindlustusandja lepingu sõlmimise kohustuse juures tuleb arvestada ka sellega, kas kindlustusandja üldse vastavat kindlustusteenust pakub. Seega lasub kindlustusandjal kohustus kindlustusleping sõlmida ja seega lepingu sõlmimist taotlevat isikut mitte diskrimineerida siis, kui ta vastava kohustusliku vastutuskindlustuse liigi pakkumisega tegeleb. (J. Lahe, O-J. Luik. Kindlustusõigus, Juura 2017, lk 167.)</p> <p>Meie hinnangul on nii VÕS § 520 kui ka eelnõu § 4 lg 6 näol tegemist ebamõistliku lepinguvabaduse piirangutega, sest kindlustusandja on kohustatud sõlmima lepingu isegi pahauskselt käitunud kindlustusvõtjaga. Näiteks on kindlustusandja justkui kohustatud sõlmima lepingu kindlustusvõtjaga, kellega ta on hiljuti kindlustuslepingulised suhted viimase pahauskse käitumise tõttu lõpetanud (n klient on süüdi mõistetud kindlustuskelmuses). Samuti kindlustusvõtjaga, kellel on tema ees kindlustusmakse võlgnevus. Olgu öeldud, et kõnealuse paragrahvi puhul on tegemist ka maailma kindlustusõiguse kontekstis küllaltki radikaalse sättega. Olgugi, et VÕS kommentaarides on tehtud viide vana VVG §-le 158b lõikele 2 kui VÕS § 520 eeskujule, on see eksitav. VVG-st sellist kohustust kindlustusandjale ei tulene ega ole ka kunagi tulenenud. Mõned regulatiivsed erisused Saksamaal siiski on: nt kohustusliku liikluskindlustuse seadusest tuleneb kindlustusandjale kohustus sõlmida kindlustusvõtja vastaval soovil viimasega kohustusliku liikluskindlustuse leping (PflVersG § 5 lg 2). Kuid ka kohustusliku liikluskindlustuse puhul pole kindlustusandja kõnealune kohustus siiski absoluutne – PflVersG § 5 lõikes 4 on sätestatud ammendav nimekiri keeldumise alustest. Just nimetatud keeldumise alustest on</p>	<p>Arvestatud</p>

<p>ajendatud ka meie sõnastusettepanek. Ka potilavahinkolaki ei sätesta kindlustusandja lepingu sõlmimise kohustust.</p> <p>Eeltoodust tulenevalt teeme ettepaneku täiendada eelnõud järgmiselt:</p> <p><i>„(X) Kindlustusandja ei pea käesoleva paragrahvi lõikes x nimetatud lepingut sõlmima, kui kindlustusvõtja on eelneva kolme aasta jooksul:</i></p> <p><i>1) rikkunud kindlustusandja suhtes VÕS § 440 tulenevat kohustust ja kindlustusandja on VÕS § 441 alusel temaga sõlmitud kindlustuslepingust seetõttu taganenud;</i></p> <p><i>2) jätnud täitmata oma kindlustuslepingust tuleneva kindlustusmakse tasumise kohustuse ja kindlustusandja on seetõttu kas lepingust taganenud või selle üles öelnud;</i></p> <p><i>3) pannud kindlustusandja suhtes toime karistusseadustiku §-s 212 nimetatud teo või käitunud muul moel pahauskselt.“</i></p> <p>Meie arvates aitaks kõnealune muudatus pigem elavdada konkurentsi kohustusliku vastutuskindlustuse turul, kus kindlustusandjad on loobunud seetõttu teenust pakkumast, et sest neil ei ole võimalik keelduda lepingu sõlmimisest isikuga, kes on kõnealuses valdkonnas tundmatud ja/või kellaga seotud kindlustusriski nad ei ole valmis enda kanda võtma.</p>	
<p>2.8 Lõige 7</p> <p>Lõige 7 sätestab, et kindlustuskohustuse täitmist tõendav teave, sealhulgas andmed kindlustusandja ja kindlustuskaitse kohta ning juhised vaidluste lahendamise kohta, peavad olema avaldatud nii TTO tegevuskohas kui ka tema veebilehel selle olemasolu korral. Lõikes 7 võiks olla konkreetset välja toodud, millal ja milline teave tuleb avaldada. Oluline on, et teave oleks patsiendile avaldatud enne lepingu sõlmimist või teenuse osutamist. Sellisel juhul saaks patsient hoiduda tervishoiuteenusest, mida osutab tervishoiuteenuse osutaja, kellel pole patsiendikindlustust. Meie arvates ei peaks kõnealune teavituskohustus olema sätestatud patsiendikindlustuse seaduses. Asjakohane oleks teavitamiskohustus sätestada VÕS-i tervishoiuteenuse osutamise lepingu peatükis (nt VÕS § 766) või TTKS-s, mil selle kohustuse täitmist saaks kontrollida terviseamet. Küsitav on ka eriregulatsiooni vajalikkus, sest MTÜS § 31 lõige 2 punkt 9 näeb ette teenuse osutaja kohustuse vastutuskindlustuse olemasolu nõude korral avaldada vastutuskindlustuse suurus, kehtivuse piirkond, kehtivuse algus- ja lõppkuupäev ning kindlustusandja nimi ja kontaktandmed. Seejuures on kõnealune regulatsioon teabe avaldamise viisi ja tähtaegade osas oluliselt täpsem, nähes ette, et teenuseosutaja teeb selgelt ja üheselt mõistetavalt ning aegsasti enne kliendiga lepingu sõlmimist, või kui kirjalikku lepingut ei sõlmita, siis enne teenuse osutamist, kõnealuse teabe kättesaadavaks (lõige 1). Veelgi arusaamatum on, et paralleelselt jääb kehtima TTKS § 505 lõige 1, mis sätestab teistsuguse teavitamiskohustuse piiriülese tervishoiuteenuse osutamisel.</p>	<p>Eelnõu sõnastust täpsustatud.</p>
<p>2.9 Kindlustusleping</p> <p>2.9.1 Eelnõu sõnastusest peaks selgemini välja tulema, et ühe lepinguga kaetakse kogu TTO tegevusloastatud tegevus (vt sõnastusettepanek p 2.2.).</p> <p>Eelnõu üheks põhimõtteks on, et lepingu sõlmimisel loetakse TTO kogu tegevusloastatud tegevus kindlustatuks. Oluline on märkida, et</p>	<p>Arvestatud</p>

<p>see saab kindlustatud olla üksnes lepingu sõlmimise seisuga. Saame seletuskirjast aru, et eelnõu koostajad on seda tegelikult ka silmas pidanud, sest uue tegevusloa muutmise ja uue tegevusloa kehtima hakkamine on eelnõu järgi seotud kindlustuskohustuse täitmise ja kindlustuskaitse kehtima hakkamisega (vt eelnõu § 38 p 9). Nimetatud põhimõtte peaks ka sõnastusest selgelt välja tulema (§ 4 lg 3). Teeme ettepaneku sõnastada:</p> <p><i>„(3) Patsiendikindlustuse lepingust tulenev kindlustuskaitse peab hõlmama kõiki tervishoiuteenuseid, mille osutamiseks on tervishoiuteenuse osutajale lepingu sõlmimise ajal väljastatudandud tegevusluba. Tegevusloa muutmisel või uue tegevusloa väljastamisel tuleb esitada kindlustusandjale tahteavaldus uue lepingu sõlmimiseks või olemasoleva lepingu muutmiseks.“</i></p>	
<p>2.9.2 Eelnõus tuleks sätestada, et tegevusloa numbrid, mis on kindlustuslepinguga kaetud märgikse poliisile. Sõnastus võiks olla näiteks järgmine: <i>„Lisaks VÕS § 434 lõikes 2 sätestatule tuleb poliisil märkida kõik tegevusload, millega seotud tegevus on patsiendikindlustuslepinguga kindlustatud.“.</i></p>	Arvestatud
<p>2.9.3 Tegevusloa ja kindlustuslepingu kehtivuse sidumine Oleme varem teinud ettepaneku, et tegevusloa lõppemisega peaks kaasnema kindlustuslepingu automaatse lõppemine. Üldiselt on seda ettepanekut toetatud. Paraku ei sisaldu seda põhimõtet eelnõus. Teeme ettepaneku sõnastada:</p> <p><i>„Patsiendikindlustuse leping lõpeb tegevusloa kehtetuks tunnistamise, kehtetuks muutumise ja peatumise korral. Juhul, kui patsiendikindlustusleping hõlmab mitut tegevusluba või tegevusluba lõpeb osaliselt, jääb kindlustusleping muus osas kehtima.“.</i></p>	Arvestatud
<p>2.9.4 Lepingu sõlmimise piirangud ja VÕS-i mittekohaldamine Oleme seisukohal, et eelnõus tuleks liikluskindlustuse eeskujul, registripõhise kindlustuse juurutamiseks ja kindlustuskohustuse täitmise kontrollime hõlbustamiseks sätestada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagasiulatava kindlustuskaitse ja lepingu tagasiulatava lõpetamise keeld • Mitmekordse kindlustuse keeld • VÕS §-de 432 ja 458 lg 4 mittekohaldamine patsiendikindlustuslepingule. <p>Teeme ettepaneku sõnastada need järgnevalt:</p> <p><i>„(x) Kokkulepe kindlustuskaitse tagasiulatava alguse või lõppemise kohta on tühine.</i> <i>(x) Tervishoiuteenuse osutajal ei ole lubatud sõlmida mitut kattuva kindlustusperioodiga lepingut. Kui on sõlmitud mitu kattuva kindlustusperioodiga lepingut, on hiljem sõlmitud leping tühine ulatuses, milles see kattub varem sõlmitud lepinguga.</i> <i>(x) Patsiendikindlustuse lepingule ei kohaldata võlaõigusseaduse §-s 432 ja § 458 lõikes 4 sätestatud.“</i></p>	Arvestatud osaliselt.
<p>3 KINDLUSTUSSUMMA (§ 8) 3.1 Agregaatse kindlustussumma vähendamine. Eelnõu järgi on kindlustussumma õigustatud isiku kohta 100 000 eurot, kindlustusjuhtumi kohta 300 000 eurot ja</p>	Arvestatud

<p>patsiendikindlustuse lepingu järgse kindlustusperioodi kohta 3 000 000 eurot (§ 8 lg 1).</p> <p>Kindlustussumma 3 000 000 on sätestatud kindlustusperioodi kohta. Agregaatse kindlustussumma puhul rakendatakse kindlustuses põhimõtet, et see väheneb iga väljamakstud hüvitise võrra. Nimetatud põhimõtte peaks ka eelnõus sisalduma. Teeme ettepaneku sõnastada lõige 1 järgnevalt:</p> <p><i>„(1) Kindlustussumma on õigustatud isiku kohta 100 000 eurot ja kindlustusjuhtumi kohta 300 000 eurot. Kindlustussumma patsiendikindlustuse lepingu järgse aastase kindlustusperioodi kohta on 3 000 000 eurot. Eelmises lauses sätestatud kindlustussummat vähendatakse pärast iga kindlustusjuhtumi toimumist ning kindlustusandja vastutab hilisema kindlustusjuhtumi tõttu tekkinud kahju eest üksnes varasema kahju hüvitamisest ülejääva kindlustussumma osa ulatuses.“.</i></p>	
<p>3.2 Kahju proportsionaalne hüvitamine.</p> <p>Lõikes 3 on sätestatud, et kui kahjunõuete kogusumma ületab käesoleva paragrahvi lõikes 1 või 2 nimetatud kindlustussummat ühe kindlustusjuhtumi kohta, jagatakse hüvitis õigustatud isikute vahel proportsionaalselt iga õigustatud isiku kahju suuruse järgi. Esmalt teeme ettepaneku sõnastusest välja jätta „ühe kindlustusjuhtumi tõttu“, sest agregaatse kindlustussumma puhul vaadatakse kõiki kindlustusjuhtumeid, mis perioodil aset leidsid.</p> <p>Teisalt valmistab selle sätte rakendamine praktikas probleeme, sest tervisekahjudele on omane, et neid makstakse pikkade aastate jooksul ja paljudele inimestele sama kindlustuslepingu või kindlustusjuhtumi raames (nt töövõimetus, ülalpidamine). Mida rohkem on aasta jooksul kindlustusjuhtumeid või mida rohkem on kindlustusjuhtumid kannatanud õigustatud isikuid, seda tõenäolisem on, et kindlustussummast ei piisa kõigi õigustatud isikute kahjude täielikuks hüvitamiseks. Agregaatse kindlustussumma puhul on probleemiks, et see võib täis saada alles aastate kuludes ja seda pole patsiendikindlustuse fondil võimalik ette prognoosida. Sõnastuse järgi oleks aga õigustatud isikul õigus proportsionaalsele osale. Samas on teistele isikutele juba hüvitised välja makstud. Siit tõusetub küsimus, kas lõike 3 rakendamiseks peaks patsiendikindlustuse fond juba väljamakstud hüvitised rohkem makstud ulatuses tagasi küsima? Meie seda ei toeta. Teeme ettepaneku eelnõus sätestada, et väljamakstud hüvitisi õigustatult isikult tagasi nõuda ei saa.</p>	Arvestatud
<p>3.3 Mittevaralise kahju kindlustussummad (§ 8 lg 2, 18 lg 3).</p> <p>Mittevaralise kahju kindlustussumma on õigustatud isiku kohta 30 000 eurot ja kindlustusjuhtumi kohta 100 000 eurot. Olemuselt on mittevaralise kahju kindlustussummad ka eelnõu § 18 lõikes 3 toodud summad. Nimetatu peaks eelnõust välja tulema. Ka seletuskirjas tuleks märkida, et tegemist on kindlustussummadega. Teeme ettepaneku sõnastada:</p> <p>§ 8 lg 2</p> <p><i>„(2) Mittevaralise kahju kindlustussumma kindlustusjuhtumi kohta 100 000 eurot ja õigustatud isiku kohta 30 000 eurot. Patsiendi tervise kahjustamise ja kehavigastuse tekitamise korral rakendatavad kindlustussummad on sätestatud käesoleva seaduse</i></p>	Arvestatud

<p><i>§ 18 lõikes 3. Mittevaralise kahju hüvitis loetakse käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud kindlustussumma hulka.“.</i></p> <p>§ 18 lg 3</p> <p><i>„(3) Patsiendile hüvitatakse mittevaraline kahju järgmiste kindlustussummade ulatuses:</i></p> <p><i>1) keskmise raskusega kergema tervisekahjustuse või kehavigastuse korral 500 eurot;</i></p> <p><i>2) keskmise raskusega raskema tervisekahjustuse või kehavigastuse korral 2000 eurot;</i></p> <p><i>3) raske tervisekahjustuse või kehavigastuse korral 5000 eurot;</i></p> <p><i>4) väga raske tervisekahjustuse või kehavigastuse korral 15 000 eurot;</i></p> <p><i>5) eriti raske tervisekahjustuse, kehavigastuse või surma korral 30 000 eurot.“</i></p>	
<p>4 KINDLUSTUSJUHTUM</p> <p>4.1 § 7 lg 2 p 4</p> <p>Kui on täidetud lõikes 1 toodud eeldused, hüvitatakse kahju, mis on tingitud diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu käigus kasutatud seadme rikkest. Sõnastust tuleks muuta selgemaks, et hüvitatakse üksnes kahjud, mille eest TTO vastutab VÕS § 770 lõike 2 alusel, kui tervishoiuteenuse osutaja, et sõnastus oleks arusaadav ja ei tekiks näilist vastuolu eelnõu § 19 punktiga 6. Teeme ettepaneku sõnastada:</p> <p><i>„4) diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu käigus kasutatud seadme rike, mille eest tervishoiuteenuse osutaja vastutab võlaõigusseaduse § 770 lõike 2 alusel;“</i></p>	Arvestatud
<p>4.2 § 7 lg 2 p 7</p> <p>Eelnõu kohaselt hüvitatakse kahju, mille põhjustas tervishoiuteenuse osutaja korraldusliku kohustuse rikkumine, mis on otseselt seotud diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu teostamisega või teostamata jätmisega. Korraldusliku kohustused on lai mõiste, siia alla kuuluvad ka tegevused, mis ei ole otseselt seotud tervishoiuteenuse osutamisega, nagu näiteks toitlustuse korraldamine, põrandate puhastamine, jne. Tsiviilvastutuse kontekstis kätkeb korralduslike kohustuste rikkumine endast ka üldvastutust. Üldvastutust on eelnõu autorid soovunud kindlustuskaitse alt välistada, sest hüvitatakse üksnes sellise korraldusliku kohustuse rikkumisest tulenev kahju, mis on otseselt <u>seotud diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu teostamisega või teostamata jätmisega.</u> Siit tõusetub küsimus, milline on korraldusliku kohustuse rikkumisest tulenev kahju, mida ei hüvitata eelmiste punktide alt? Korralduslike kohustuste rikkumine, mis on otseselt seotud ravi diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toimingu teostamisega või teostamata jätmisega, saavad olla näiteks: infektsioonidega ebapiisav tegelemine, valve ebaõige korraldamine; ravimite puudumine ja ebaõige hoiustamine; meditsiiniseadmete puudulik hooldamine ja korrast ära olek. Kõikide nende kohustuste rikkumisega seotud kahjude hüvitamine on kaetud juba eelmiste punktide alt kaetud. Samas tekitab punkti 7 lisamine regulatiivse konkurentsi ja õigusliku segaduse. Näiteks on nakkuse korral võimalik esitada nõue tuginedes punktile 2 või alternatiivselt tuginedes punktile 7. Kui punkti 2 puhul tuleb hinnata, kas nakkus oleks olnud välditav, siis punkti 7 puhul seda ei nõuta. Eelnõu järgi oleks sellise kahju hüvitamist lihtsam nõuda tuginedes punktile 7. Meie arvates tuleks sellise olukorra</p>	Mitte arvestatud, tegemist on olulise asjaoluga, mis võib põhjustada nt patsiendile vale teenuse osutamisega vms.

<p>tekitamisest hoiduda. Punkti 7 lisamine oli ehk põhjendatud olukorras, kus lg 2 p 1 oli sõnastatud kitsalt ravi- või diagnoosivea keskselt. Eelnõu praeguses redaktsioonis on aga punkt 1 ja muud alused sõnastatud oluliselt laiemalt ning punkt 7 tekitab tarbetut segadust. Juhime tähelepanu, et vastav säte puudub ka eelnõu üheks eeskujuks ja allikaks olevas potilasvahinkolakis. Teeme ettepaneku punkt 7 eelnõust välja jätta.</p>	
<p>4.3 Puudused tervishoiu korralduses. Kindlustusjuhtumiks ei saa olla kohustuste rikkumine (sh tegevusetus), mis tuleneb puudustest tervishoiu korralduses, nagu näiteks meditsiini alarahastus, tervishoiutöötajate puudus, ravijärjekorrad, sobivate seadmete ja ravimite puudus või muud sarnased asjaolud. Palume täiendada eelnõu kõnealust paragrahvi lõikega 3 järgmises sõnastusest:</p> <p><i>„(3) Kindlustusjuhtumiks ei ole kohustuste rikkumine, mis tuleneb otseselt või kaudselt puudustest tervishoiu korralduses, nagu näiteks ravikindlustuse rahastatus, ravijärjekorrad, sobivate seadmete ja ravimite puudus või muud sarnased asjaolud.“</i></p>	<p>Mitte arvestatud. Hinnata tuleb alati sisuliselt ja hetkeolukorrast lähtuvalt.</p>
<p>5 PATSIENDIKINDLUSTUSE FOND Patsiendikindlustusfondi olemust ja selle juhtimisega seotud küsimusi käsitletakse § 9 ja § 24 – 26. Väljapakutud kujul ei ole regulatsioon õnnestunud, kuivõrd ühe reguleerimisala sätted paiknevad eri peatükkides ja on sõnastatud ka ebamääraselt.</p> <p>Esiteks peame mõistlikuks käsitleda patsiendikindlustusfondi tegevust, välja arvatud kahju hüvitamist puudutavad sätted, ühes peatükis (nt. 3. peatükk), et tagada seaduse parem loetavus. Nii hõlmaks see peatükk nii fondi olemust, juhtimist kui ka sellega seotud teisi regulatsioone.</p> <p>EKSL teeb ettepaneku muuta § 9 lg 1 ja 2, kuna sõnastusest ei tulene, kes patsiendikindlustuse fondi peaksid moodustama, samuti ka liikmesusest tulenevad peamised kohustused. Teeme ettepaneku sõnastada lg 1 ja 2 ümber alljärgnevalt:</p> <p><i>„(1) Fond on kindlustusandjate asutatud mittetulundusühing, mis täidab käesolevast seadusest ja halduslepingust tulenevaid ülesandeid.</i> <i>(2) Kindlustusandja, mis soovib sõlmida Eestis käesolevas seaduses sätestatud patsiendikindlustuse lepinguid, peab astuma fondi liikmeks, osalema fondi ülesannete täitmisel ja selle tegevuse rahastamises.“</i></p> <p>Eelnõu § 24 lg 4 kätkeb põhimõtet, mille kohaselt ei tule halduslepingu sõlmimata jätmise ja ennetähtaegse lõpetamise korral järgida § 9 sätestatud juriidilise isiku vormi.</p> <p>Leiame, et halduslepingu mittesõlmimisel või lõppemisel peaks seadus sätestama üheselt, millised seaduse sätted ei rakendugi. Üksnes patsiendikindlustuse fondi vorminõude muutmine ei taga patsiendikindlustuse süsteemi toimimist soovitud kujul, sest liikmelisus on kehtivate seaduste kohaselt olemas üksnes mittetulundusühingutel ja ühistutel. Kuna sihtasutustel ja äriühingutel liikmeid ei ole ning tulundusühistu vorm ei vasta olemuslikult patsiendikindlustuse eesmärkidele, ei oleks patsiendikindlustuse fondi eksisteerimine mittetulundusühingu</p>	<p>Fond välja jäetud eelnõust</p>

vormi väliselt võimalik. Samuti on ilmne, et mittetulundusühingu asutajateks saaksid olla üksnes kindlustusandjad ja mitte muud organisatsioonid või äriühingud. Kuna näiteks § 25 lg 1 sätestab fondi liikmete kohustuse tagada fondi kohustuste täitmise, ei oleks see praktikas ilmselt võimalik, et kindlustusandjad hakkaksid vabatahtlikult tagama mõne organisatsiooni kohustuste täitmist, mis ei allu vahetult nende juhtimisele ja kontrollile. Seega soovitame seaduse sõnastust muuta selliselt, et juhul kui halduslepingut ei sõlmita või see lõppeb, rakendatakse seadust selliselt, et patsiendikindlustusfondi ülesandeid kahjude hüvitamisel täidab enda lepingust tulenevate kohustuste osas iga kindlustusandja ise. Samuti ei saaks sellisel juhul rakendada mitmed teised ülesanded, nagu näiteks kindlustamata juhtumite hüvitamine, patsiendikindlustuse register jne. Antud juhul hakkaks patsiendikindlustuse süsteem toimima sarnaselt teistele kohustuslikele kindlustustele, mille puhul kindlustusandja pakub kindlustusvõtjale kindlustuskaitse ja menetleb ka kahjujuhtumeid.

§ 26 sätestab fondi nõukojate kohustuslikkuse ja selle funktsioonid. Eelnõu kohaselt on „fondil nõukoda, kes teeb valdkonna eest vastutavale ministrile ettepanekuid patsiendikindlustuse süsteemi arendamiseks ning annab hinnanguid fondi jätkusuutlikkusele ja tegevusele kindlustusjuhtumite menetlemisel vähemalt üks kord aastas.“ Leiame, et antud sõnastus ja ka teised seonduvad sätted on ebamäärased ning jätab lahtiseks nõukojate olemuse, samuti õigused ja kohustused.

Väljapakutud kujul ei ole selge, kas ministeerium soovib luua traditsioonilist nõukoda, mis kannab nõuandvat eesmärki või soovib luua auditi- või kontrollorgani või kõike korraga. Seaduseelnõud ette valmistades käigus peeti meile teadaolevalt nõukojate puhul vajalikuks ennekõike esmast funktsiooni, kus erinevad huvigrupid kohtuvad, arutavad patsiendikindlustuse süsteemi toimimist ja teevad ettepanekuid selle arendamiseks. Eelnõu sõnastuse kohaselt aga:

- annab nõukoda hinnanguid fondi jätkusuutlikkusele ja tegevusele kindlustusjuhtumite menetlemisel (lg 1), mis oma olemuselt on auditi ülesanne;
- on nõukojal õigus saada fondil informatsiooni majandustegevuse kohta, kindlustusjuhtumite ja nende menetlemise ning kindlustuskohustuste täitmise kohta (lg 3), mis oma olemuselt on kontrollorgani õigus;
- on nõukojate volitatud esindaja õigus osa võtta fondi kõrgeima organi istungitest (lg 4), mis oma olemuselt on liikme või osaniku õigus (PS! Seadusandluse kohaselt on eraõiguslike isikute töövormideks koosolekud, mitte istungid);
- määrab valdkonna eest vastutav minister nõukojate liikmete /.../ tasustamise korra (lg. 5), mis olemuselt on omane juhtorganitele.

Ülaltoodu tõttu peame vajalikuks kogu paragrahv ümber sõnastada, et oleks selge, mis eesmärgil nõukoda on ellu kutsutud. Meie hinnangul saab see olla üksnes nõuandev. Kuna kindlustusandjad alluvad finantsjärelevalvele ja kontrollifunktsioonid on mõistlik sätestada halduslepinguga, puudub igasugune vajadus ebamääraste

<p>juhtimis- ja kontrollfunktsioonidega täiendava organi moodustamiseks. Samuti ei pea me vajalikuks nõukoja liikmete tasustamist, sest nõukoja puhul ei ole tegemist ei juht- ega kontrolliorganiga, mistõttu ei kaasne tegevusega ka vastutust. Kuna tegemist on organiga, milles osalemine peaks aitama kaasa tervishoiusüsteemi parandamisele ja ka nõukoja liikme tegevusvaldkonna huvide edendamisele, peaks nõukoja tegevuses osalemisega seotud kulud olema kaetud liikme põhitöökoha poolt.</p> <p>Tulenevalt eeltoodust teeme ettepaneku sõnastada § 26 tervikuna ümber alljärgnevas sõnastuses:</p> <p><i>„§ 26. Fondi nõukoda</i> <i>(1) Fondil on nõukoda, mis analüüsib patsiendikindlustuse süsteemi toimimist ja teeb vajadusel valdkonna eest vastutavale ministrile ja fondile ettepanekuid patsiendikindlustuse süsteemi arendamiseks.</i> <i>(2) Nõukoda koosneb kindlustusandjate, tervishoiuteenuse osutajate, riigi ja patsientide esindajatest.</i> <i>(3) Fondi juhatus esitab nõukojale regulaarseid ülevaateid patsiendikindlustuse süsteemi toimimise kohta.</i> <i>(4) Nõukoja moodustamise alused kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega.“</i></p>	
<p>6 KAHJU HÜVITAMINE 6.1 Õiguslikud alused (§ 10) Eelnõu § 10 pealkirjaks on „kahju hüvitamise õiguslikud alused“. Paraku kõnealune paragrahv ei käsitle õiguslikke aluseid, millele tuginedes saab fondilt kahju hüvitamist nõuda. VÕS-i järgi saab TTO-lt kahju hüvitamist nõuda VÕS § 770 või õigusvastaselt ja süüliselt tekitatud kahju hüvitamise sätete järgi, kõne alla võiks tulla ka nõude esitamine VÕS § 1061 alusel. Samas sellise kahju hüvitamine on välistatud tulenevalt eelnõu §-st 19 punktist 6.</p> <p>Selguse huvides tuleks §-i 10 sisu viia vastavusse pealkirjaga ja sätestada, millisel alusel saab nõude esitada. Analoogiline säte sisaldub ka LKindIS §-s 23. Teeme ettepaneku sõnastada lõige 1 järgmiselt:</p> <p><i>„1) Kindlustusjuhtumi toimumise korral võib õigustatud isik nõuda fondilt varalise ja mittevaralise kahju hüvitamist, kui tervishoiuteenuse osutaja vastutab patsiendi või õigustatud isiku ees võlaõigusseaduse § 770 või õigusvastaselt ja süüliselt tekitatud kahju hüvitamis sätete alusel.“</i></p>	Arvestatud
<p>6.2 Kindlustusandja ja fondi vaherkord Eelnõus tuleks täpsemalt sõnastada, et lepingust ja seadusest tuleneva täitmise nõude saab patsient või õigustatud isik esitada üksnes fondi vastu. Fond hüvitab kahju kindlustusandja eest ja nimel. Fondi ja kindlustusandja omavahelises suhtes vastutab kahju hüvitamise eest üksnes kindlustusandja. Nimetatud põhimõtte peaks eelnõust välja tulema. Seletuskirjas tuleks märkida, et kõnealune põhimõtte rakendub ka hagimenetluse korral ning, et fond ja kindlustusandja ei vastuta kahju hüvitamise eest solidaarvõlgnikena.</p> <p>Teeme ettepaneku sõnastada järgmiselt:</p> <p><i>„(4) Patsient või muu õigustatud isik võib nõuda käesoleva seaduse ja patsiendikindlustuse lepingu alusel kindlustusvõtja poolt talle</i></p>	Fond välja jäetud eelnõust

<p><i>tekitatud kahju hüvitamist üksnes fondilt. Fond hüvitab kahju õigustatud isikule kindlustusandja nimel ja eest. Fondi ja kindlustusandja omavahelises suhtes vastutab ainult kindlustusandja.“</i></p>	
<p>6.3 Varalise kahju hüvitamine</p> <p>Eelnõus on lähtutud põhimõttest, et kindlustusjuhtumi toimumise korral võib kahjustatud isik nõuda varalise ja mittevaralise kahju hüvitamist võlaõigusseaduse alusel, arvestades käesolevas seaduse sätestatud erisusi. Arvestades eelnõus toodut, saame aru, et kahjustatud isik saab nõuda fondilt sisuliselt üksnes võlaõigusseaduse §-de 129, 130 ja 134 sätestatud kahju hüvitamist. Segadust tekitab, miks on § 11 pealkirjastatud, kui varalise kahju hüvitamine ja selle hüvitamise kohta on koostatud ülevaatlik kataloog, mida on veel täpsemalt reguleeritud ülalpidamise äralangemise ja töövõimetuse hüvitamise põhimõtetega. Samal ajal sellist ülevaatliku liigendust pole mittevaralise kahju puhul. Meie arvates võiks § 11 pealkirjastada „Kahju hüvitamine“ ja seal anda ülevaade ka mittevaralise kahju hüvitamisest.</p> <p>Kuna eelnõu koostajad on pidanud vajalikuks hüvitatava kahju loetlemist eelnõus, siis tuleks eelnõusse lisada säte, et fond hüvitab kindlustatud isiku asemel kindlustusjuhtumi tagajärjel üksnes eelnõus nimetatud kahju, tehes seda eelnõus sätestatud ulatuses ja korras.</p> <p>Teeme ettepaneku sõnastada § 11 järgmiselt:</p> <p><i>„§ 11. Varalise kahju hüvitamine</i> <i>(1) Käesoleva seaduse ja patsiendikindlustuse lepingu alusel hüvitatakse patsiendile või õigustatud isikule üksnes kindlustusjuhtumist tingitud alljärgnev kahju:</i> <i>1) ravikulud, sealhulgas kulud ravimitele, mida ei hüvitata ravikindlustuse seaduse alusel;</i> <i>2) kulud, mis on tekkinud patsiendi vajaduste suurenemisest, sealhulgas kulud abivahenditele ja meditsiiniseadmetele;</i> <i>3) osalisest või puuduvast töövõimest või ajutisest töövõimetusest tekkinud kahju;</i> <i>4) matusekulud;</i> <i>5) ülalpidamishüvitis; ülalpidamise äralangemisest tekkinud kahju;</i> <i>6) muu varaline kahju, mis kuulub hüvitamisele võlaõigusseaduse §-de 129 ja 130 kohaselt;</i> <i>7) mittevaraline kahju VÕS § 134 kohaselt arvestades käesoleva seaduse §-s 18 sätestatud erisusi.“</i></p>	<p>Arvestatud osaliselt.</p>
<p>6.4 Top-up kindlustuse põhimõtte rakendamine</p> <p>Patsiendikindlustus on olemuselt kindlustus, mis hüvitab kahju ulatuses, milles patsiendil ei ole õigus saada kahju hüvitist riigilt või kohaliku omavalitsuse üksuselt muu seaduse alusel. See on väga mõistlik. Ilma kõnealuse põhimõtte rakendamiseta oleks sissejuhatavas punktis käsitletud riske arvestades patsiendikindlustuse süsteemi rakendamine äärmiselt küsitav.</p> <p>Praegu sisaldub kõnealune põhimõte üksnes eelnõu § 12 punktis 6, mille kohaselt ei hüvitata kahju, mida kahjustatud isikul on õigus saada riigilt või kohaliku omavalitsuse üksuselt muu seaduse alusel. Näiteks ei hüvitata kahjusid, mis seisnevad kindlustusjuhtumi tagajärjel tekkinud tervisekahjustuse või kehavigastuse ravimise kulude osas, milles patsiendil on õigus ravikindlustushüvitisele</p>	<p>Arvestatud</p>

ravikindlustusseaduse alusel. Samuti ei hüvita fond näiteks kahjusid, milles kahjustatud isikul on õigus kahju tekitamisest tulenevalt saada töövõimetoetust töövõimetoetuse seaduse alusel.

Normitehniliselt on sellise olulise põhimõtte "avastamine" alles välistuste juures küsitav. Oleme seisukohal, et nii oluline põhimõte tuleks sätestada täpsemalt eespool, näiteks hüvitatava kahju ulatust käsitlevates paragrahvides. Samuti peaks seda põhjalikult käsitama seletuskirjas. Selguse huvides tuleks eelnõuga täiendada ka RaKS § 26 ja välistada seal tagasinõue patsiendikindlustuse kindlustusandja ja fondi vastu.

Samuti tekitab küsimusi, kuidas kõnealust sätet peaks tõlgendama. Olgu öeldud, et üldise põhimõttena tuleks kahju hüvitise määramisel VÕS § 127 lg 5 kohaselt niikuinii võtta arvesse ka kahju tekitamise tagajärjel kannatanul tekkivad kasulikud tagajärjed, sest kannatanu ei tohi kahju hüvitamise tagajärjel sattuda paremasse olukorda, kui ta oleks olnud juhul, kui kahju tekitavat sündmust ei oleks toimunud. Seega sisaldab ka juba VÕS § 127 lg 5 põhimõtet, et teatud juhtudel seda kahju ei hüvitata.

Vastavate soorituste mahaarvatavus võlaõigusseaduse alusel sõltub kohtupraktika kohaselt eelkõige konkreetse pensioni või toetuse iseloomust ja eesmärgist. Kui pension või toetus on suunatud individuaalselt kannatanu poolt kehavigastuse või tervisekahjustuse tõttu suurenenud vajaduse või kahju kompenseerimisele, tuleks seda pigem hüviste suuruse juures arvesse võtta, nt võib seda põhimõtet välja lugeda Riigikohtu lahendist töötuskindlustushüvitise kohta (RKTko 3-2-1-79-13 p 32.7). Kahtlasem on see selliste pensionite ja toetuste puhul, mille suuruse määramisel ei võeta arvesse õigustatud isiku individuaalseid vajadusi või kahju (selline näib näiteks olevat toitjakaotuspension või matusetootus) sest selliste toetuste või pensionide eesmärgiks ei ole mitte niivõrd kannatanud tekkinud kahju kompenseerimine ja selle kaudu kahju tekitaja kahju hüvitamise kohustuse vähendamine, vaid kannatanu abistamine. Kõnealuse punkti osas tekitabki eelkõige küsimusi asjaolu, kas seda peab tõlgendama koosmõjus VÕS § 127 lg 5 või mitte. Sellest sõltub ka see, millise hüvitise võib kahjuhüvitisest maha võtta ja millist mitte. Segadust tekitab ka loetelu sissejuhataav lauseosas „Fond ei hüvita kahjustatud isikule“, mis viitab sellele, et kahjustatud isikule seda kahju ei hüvitata, kuid see ei välista eriseadusest (nt RaKS) tulenevaid tagasinõudeid.

Teeme ettepaneku eelnõu § 11 täiendada järgmise sättega:

„Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetud kahju hüvitatakse üksnes käesolevas seaduses sätestatud ulatuses ja osas, milles kahju ületab patsiendile või muule õigustatud isikule seoses tema ravimise, tervise kahjustamise, kehavigastuse tekitamise või surma põhjustamisega riigi, avalik-õigusliku juriidilise isiku või kohaliku omavalitsuse üksuse poolt muu seaduse alusel makstava hüvitise, toetuse või pensioni. Riigil, avalik-õiguslikult juriidiliselt isikul ja kohaliku omavalitsuse üksusel ei ole eelmises lauses sätestatu osas tagasinõudeõigust fondi suhtes.

6.5 Kahju hüvitamise välistused (§ 19)

Kahju välistuste kataloogi osas esitame järgmised ettepanekud:

Arvestatud

<p><i>„6) kahju, mille eest vastutab tootja, sealhulgas verekeskus või haiglaapteegi pidaja võlaõigusseaduse § 1061 või kahju õigusvastaselt tekitamise sätete alusel“;</i></p> <p>Lähtuvalt VÕS § 1061 lg 5 saab nõude esitada ka muul alusel, sh kahju õigusvastaselt tekitamise sätete alusel. Tootjavastuse nõuete esitamine peaks olema välistatud ka alternatiivsetel alustel. Eelnõu kohaselt on analoogiliste nõuete esitamine lubatud, kui TTO vastutab diagnoosimise, ravi või muu samalaadse toiminguga käigus kasutatud seadme rikke eest TTO-na VÕS § 770 lõike 2 alusel. Selguse huvides rõhutasime ka „verekestust“ ja „haiglaapteeki“, mis on mõlemad põhjendanud eelnõu ettevalmistamise käigus erinevaid diskussioone. Olgu öeldud, et tootja vastutus on vastutuskindlustuse lepingutes tavaliselt välistatud rahvusvahelise kindlustus- ja edasikindlustuspraktika tõttu, kusjuures eraldi on rõhutatud verepankade ja ravimite tootmisega seotud vastutuse välistamist.</p>	
<p>6.5.1 Teeme ettepaneku täiendada p 15 järgmises sõnastuses: <i>„16) kahju, mis tuleneb otseselt või kaudselt puudustest tervishoiu korralduses, nagu näiteks ravikindlustuse rahastatus, ravijärjekorrad, sobivate seadmete ja ravimite puudus või muud sarnased asjaolud;“</i></p> <p>Alternatiivselt esitasime ettepaneku sätestada, et sellisest asjaolust tingitud juhtumit ei käsitata kindlustusjuhtumina.</p>	<p>Mitte arvestatud. Hinnata tuleb alati sisuliselt ja hetkeolukorrast lähtuvalt.</p>
<p>6.5.2 Teeme ettepaneku täiendada punkti 10 sõnastust alljärgnevalt: <u>„6) kahju, mis on tervishoiuteenuse osutaja vastutuskindlustuse lepingutes tavaliselt välistatud rahvusvahelise kindlustus- ja edasikindlustuspraktika tõttu, nagu näiteks kahju, mis on tekkinud kõrgendatud kaitsevalmiduse, erakorralise seisukorra, sõjaseisukorra või hädaolukorra ajal või seoses terroriakti toimepanemisega“;</u></p> <p>Kindlustusandjad ei ole valmis ja ka võimelised kindlustama kõiki kahjusid. Eelkõige on selleks kahjud, mille hüvitamine on välistatud edasikindlustusandjate poolt. Tavaliselt on need välistused seotud sõja (sõda, massilised korratused jms), terrorismi, tuumaenergia ja tuumarelvadega, samuti ka verepankade, HIV-i, kosmeetilise (meditsiinilise näidustusteta) kirurgia ja protseduuriga. Analoogiline säte ei ole meie õiguses pretsedenditu, näiteks on selline põhimõte sätestatud VMS § 120 lg 3 punktis 44</p>	<p>Sätte sõnastus muutunud.</p>
<p>7 KINDLUSTUSJUHTUMIST TEAVITAMISE JA KAHJU MENETLEMISE KORD (§ 13) 7.1 Kindlustusjuhtumist teavitamine Eelnõus ei ole praegu reguleeritud kindlustusjuhtumist teavitamise tähtaegasid ja korda, seda nii patsiendi kui ka TTO poolt. VÕS § 4221 lg 1 2 ls näeb ette, et kohustusliku kindlustuse kindlustuslepingu suhtes kohaldatakse käesolevat seadust kohustuslikku kindlustust kehtestavast seadusest tulenevate erisustega. Sama põhimõtte tuleneb ka eelnõu § 2 lõikest 2, mille kohaselt patsiendikindlustusele kohaldatakse võlaõigusseaduse asjakohaseid sätteid, arvestades käesoleva seaduse erisusi. Järelikult tuleb kohaldada vastavalt VÕS § 522 lõiget 1 patsiendi poolse teavitamise kohustuse puhul ja VÕS § 514 TTO poolse teavitamise kohustuse puhul. Meie arvates ei ole selline regulatsioon asjakohane eelkõige patsiendi vaatevinklist.</p>	<p>Sisuliselt arvestatud.</p>

Mõistlik oleks õigusselguse huvides patsiendi ja TTO oma kohustuse mõistmiseks ja õiguste maksmapanekuks vajalikud sätted koondada eriseadusesse.

Eeltoodust tulenevalt teeme ettepaneku sõnastada kõnealune paragrahvi lõiked 1-4 järgmiselt:

„(1) Käesoleva seaduse alusel on patsiendil või muul õigustatud isikul õigus nõuda kahju hüvitamist olenemata sellest, millisel § 10 lõikes 1 nimetatud alusel nõue esitatakse, kolme aasta jooksul alates ajast, mil ta sai teada tervishoiuteenuse kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest, kuid mitte hiljem kui 10 aasta jooksul arvates kindlustusjuhtumi toimumisest.

Selgitus: kõnealune säte sisaldub praegu eelnõu paragrahvis 10. Õigusselguse ja ülevaatlikkuse huvides võiks kaaluda selle sätte lisamist käesolevasse paragrahvi.

(2) Patsient peab teavitama kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis fondi kindlustusjuhtumist kahe nädala jooksul arvates kindlustusjuhtumist teadasaamisest. Kui patsiendil ei ole võimalik teavitamiskohustust täita tervises seisundi või muu mõjuva põhjuse tõttu, pikeneb tähtaeg vastava aja võrra.

(3) Kui kindlustusjuhtumist on teavitatud tervishoiuteenuse osutajat või kindlustusandjat, edastab tervishoiuteenuse osutaja või kindlustusandja selle viivitamatult fondile. Tervishoiuteenuse osutaja peab teavitama kindlustusandjat asjaoludest, mille tagajärjeks võib olla kindlustusjuhtumi toimumine, samuti kindlustusandjat ja fondi tema vastu õigustatud isiku poolt nõude või haqi esitamisest.

(4) Võlaõigusseaduse §-des 450 ja 489 sätestatud kindlustusjuhtumi toimumise, täitmise ulatuse ja kahju kindlakstegemise kohustus lasub fondil.

(5) Fondil on õigus saada tervishoiuteenuse osutajalt ja teistelt isikutelt oma käesolevast seadusest tuleneva kahju hüvitamise kohustuse olemasolu ja ulatuse väljaselgitamiseks vajalikke selgitusi ja dokumente, sealhulgas terviseandmeid. Tervishoiuteenuse osutaja ja teised isikud on kohustatud esitama fondile asjakohased andmed esimesel võimalusel, kuid kõige hiljem kui 30 kalendripäeva jooksul alates taotluse saamisest.

(6) Fond on kohustatud tegema otsuse, kas tegemist on kindlustusjuhtumiga, pärast kõigi vajalike tõendite ja dokumentide saamist, kuid kõige hiljem 180. kalendripäeval arvates kindlustusjuhtumi teate saamisest. Kindlustusjuhtumiks tunnistamise või mittetunnistamisest tuleb patsienti ja õigustatud isikut viivitama teavitada.

(7) Fond on kohustatud teavitama patsienti või muud õigustatud isikut kindlustusjuhtumi lahendamise edasisest käigust ja sellest, milliseid tõendeid ja dokumente õigustatud isik peab kahju hüvitise suuruse väljaselgitamiseks fondile esitama.

<p><u>(8) Kindlustusjuhtumiks mittetunnistamise korral on fond kohustatud patsienti teavitama kaebuste lahendamise korrast ja õigusest pöörduda fondi otsuse vaidlustamiseks patsiendikindlustuse lepituskomisjoni.</u></p> <p>(9) Kindlustusjuhtumi menetlemisel on:</p> <p>1) fondil samad õigused ja kohustused nagu kindlustusandjal, sealhulgas kohaldatakse fondi poolt isikuandmete töötlemisele vastavalt kindlustustegevuse seaduse §-des 217–2201 kindlustusandja kohta sätestatud, kui käesolevas seaduses ei ole sätestatud teisiti;</p> <p>2) õigustatud isikul ja tervishoiuteenuse osutajal fondi suhtes samad õigused ja kohustused nagu neil on võlaõigusseaduse järgi kindlustusandja suhtes.</p>	
<p>8 KINDLUSTAMATA JUHTUMID (§ 21)</p> <p>Töögruppis räägitud põhjal oleme olnud veendunud, et kindlustamata juhtumina tohiks käsitleda üksnes juhtumeid, kus kahju tekib tervishoiuteenuse osutamise käigus, mille osutamiseks TTO-l oli tegevusluba, kuid puudus patsiendikindlustus. Juhul, kui TTO-l puudus üldse tegevusluba või teenuse osutamine väljus tegevusloa ulatusest, siis ei tohiks juhtumit käsitada kindlustusjuhtumina. Segadust põhjustab ka asjaolu, et § 4 sõnastus võimaldab erinevaid tõlgendusi (vt selle kohta meie ettepanekuid ja selgitusi käesoleva kirja punktis 2).</p>	<p>Fondi ei looda, märkus ei ole enam asjakohane.</p>
<p>9 TAGASINÕUDEÕIGUS (§ 22)</p> <p>8.1. Tagasinõudeõigus alltöövõtja kindlustusandja vastu</p> <p>Oleme varem teinud korduvalt ettepaneku, et olukorras, kus kindlustusjuhtumi põhjustab tervishoiuteenuse osutaja, kellel on ka endal käesolevast seadusest tulenev kindlustuskohustus, kuid kelle poolt tekitatud kahju eest vastutab tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 132 või võlaõigusseaduse § 1054 alusel patsiendiga tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlminud TTO, peaks peale kahju hüvitamist selle tervishoiuteenuse osutaja kindlustusandjal või fondil olema õigus esitada tagasinõue kindlustusjuhtumi tegelikult põhjustanud tervishoiuteenuse osutaja kindlustusandja vastu. Tegemist on juba varem esitatud ettepanekuga, mida on töögruppis arutatud ja mille suhtes on oldud toetavad. Paraku seda sätet ei ole meile arusaamatutel põhjustel eelnõusse lisatud.</p> <p>Teeme ettepaneku lisada uus tagasinõude alus järgmises sõnastuses:</p> <p>„(6) Kui kindlustusjuhtumi põhjustas tervishoiuteenuse osutaja, kellel on käesolevast seadusest tulenev kindlustuskohustus, kuid kelle poolt tekitatud kahju eest vastutas tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 132 või võlaõigusseaduse § 1054 alusel patsiendiga tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlminud tervishoiuteenuse osutaja, on peale kahju hüvitamist selle tervishoiuteenuse osutaja kindlustusandjal või fondil õigus esitada tagasinõue kindlustusjuhtumi põhjustanud tervishoiuteenuse osutaja kindlustusandja vastu.“</p> <p>8.2. Lõikes 5 sätestatud tagasinõudeõigus peaks olema üksnes kindlustusandjal.</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>10 PATSIENDIKINDLUSTUSE LEPITUSKOMISJON</p> <p>10.1. Teeme ettepaneku täiendada § 27 sättega, mis annaks erandjuhtumil ka fondile õiguse komisjoni poole pöörduda. Fondil</p>	<p>Fondi ei looda.</p>

<p>võiks olla õigus pöörduda seisukoha saamiseks komisjoni poole, kui kindlustusjuhtumi ja fondi täitmise kohustuse väljaselgitamine eeldab eriteadmisi nõudvate asjaolude selgitamist ja nendele tuginevate järelduste tegemist, kuid fondil pole vaatamata jõupingutustele õnnestunud ekspertiisi korraldada ja eriteadmistega isikut kaasata. Ekspertiisi kaasamine ja korraldamine võib osutuda praktikas keerukaks või erandjuhtudel lausa võimatuks ning sel juhul oleks otstarbekas kasutada komisjoni võrgustikku ja sealset oskusteavet suuniste saamiseks. Olgu öeldud, et ka Soomes on PIC-l õigus pöörduda sealse lautakunta poolele, sealhulgas on mõnel puhul PIC-l lausa kohustus sinna pöörduda.</p> <p>Teeme ettepaneku täiendada § 27 lõikega 4 järgmises sõnastuses:</p> <p><i>„(4) Fondil on õigus pöörduda seisukoha saamiseks komisjoni poole, kui kindlustusjuhtumi ja fondi täitmise kohustuse väljaselgitamine eeldab eriteadmisi nõudvate asjaolude selgitamist ja nendele tuginevate järelduste tegemist, kuid fondil pole vaatamata jõupingutustele õnnestunud ekspertiisi korraldada ja eriteadmistega isikut kaasata. Sellisel juhul käsitatakse avaldajana fondi ja õigustatud isik kaasatakse lepitusmenetlusse komisjoni poolt.“.</i></p> <p>10.2. Komisjon lahendab patsiendi, muu õigustatud isiku ja tervishoiuteenuse osutaja poolt fondi otsuse vaidlustamiseks esitatud kaebusi. Lepitusmenetluse pooleks võiks olla ka TTO. Kui TTO on ühtlasi lepituskokkuleppe pooleks, oleks sedaviisi võimalik vältida edasisi vaidlusi või hagi esitamist TTO vastu.</p> <p>10.3. § 29 lõikes 5 on sätestatud, et lepitusmenetluse pooled on kohustatud menetluses osalema. Kui pool ei osale menetluses, loetakse seisukoha esitamata jätmist teise poole seisukohtadega nõustumisena. Palume eelnõu koostajatel selgitada, milline on selle sätte õiguslik tagajärg. Meie hinnangul ei ole selline säte lepitusmenetluses kohane.</p>	
<p>11 ÜLEMINEKUSÄTTED (§ 32)</p> <p>Eelnõu § 32 lg 1 2 lauses on sätestatud, et mõjuvatel põhjustel ja kooskõlastatult Terviseametiga võib kindlustuskohustuse tähtaega ületada kuni mõjuva põhjuse äralangemiseni. Meile jääb kõnealune säte arusaamatuks. Seletuskirjas on märgitud, et põhjuseks võib olla riigihanke korraldamine ja sellega seotud vaidlused. Oleme seisukohal, et kindlustuskohustuse täitmise tähtaega ei tohiks reguleerida ja pikendada läbi terviseameti kooskõlastuste. Leiame, et pigem võiks kaaluda pikema tähtaja sätestamist. Kuna patsientide olukord sellest kuidagi ei parane, võiks terviseamet hoopis kindlustuskohustuse täitmisel ja ettekirjutuste tegemisel lähtuda sellest, kas kindlustuskohustuse mittetäitmiseks oli mõjuv põhjus. Äärmisel juhul tuleks eelnõus täpsustada, kui kaua saab kindlustuskohustust edasi lükata ja mis on edasilükkamise tagajärg ning kas sellest peaks teenuse osutaja patsiente teavitama?</p> <p>Rõhutame samas, et tavasiulatuva kindlustuskaitse pakkumist patsiendikindlustuses ei pea kindlustusandjad võimalikuks</p>	<p>Arvestatud.</p>
<p>12 JÕUSTUMISSÄTTED</p> <p>Teeme ettepaneku, et seadus võiks jõustuda 2022. aasta 1. veebruaril, eeldusel, et riigikogu võtab selle 2019.aasta jooksul vastu. 1. jaanuaril jõustumist ei toeta me seetõttu, et sellele eelnevale ja järgnevale nädalale järgneb traditsiooniline puhkuste periood, mil seaduse jõustamine pole mõistlik. § 21 võiks jõustuda vastavalt 3 aasta pärast arvates seaduse jõustumisest.</p>	<p>Arvestatud.</p>

Palume meie ettepanekuid eelnõu edasisel menetlemisel arvestada. Oleme meeleldi valmis vajadusel kohtuma ja oma ettepanekuid täiendavalt selgitama.	
Lisa: REDAKTSIOONILISED ETTEPANEKUD 1. § 1: Käesoleva seadusega reguleeritakse tervishoiuteenuse osutaja tsiviilvastutuse kohustuslikku kindlustust ja tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile tekkinud kahju hüvitamist (edaspidi patsiendikindlustus). Tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile kahju hüvitamist reguleerib VÕS.	Mitte arvestatud.
2. § 2 lg 1: (1) Käesolevat seadust kohaldatakse Eesti Vabariigis tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel käigus tekkinud kahju hüvitamisele patsiendikindlustusfondi (edaspidi fond) ja kindlustusandja poolt, kui tervishoiuteenuse osutamise tagajärjel on patsiendil tekkinud kehavigastus või tervisekahjustus või patsient sureb.	Arvestatud osaliselt.
3. § 4 lg 1 - tervishoiuteenuseid > tervishoiuteenust - Kindlustuskohustus peaks olema ka sel juhul, kui osutatakse ainult ühte kindlustusteenust	Arvestatud.
4. § 4 lg 4 – rõhutada, et „Kindlustusvõtja peab tagama, et kindlustuskaitse kehtib kogu tegevusloa kehtivuse ajal. - Pideva kindlustuskaitse tagamine peaks olema kindlustusvõtja, mitte kindlustusandja kohustus.	Arvestatud.
5. § 4 lg 7 võiks olla konkreetselt välja toodud, milline info tuleb avaldada.	Arvestatud.
6. § 5 lg 2 (2) Käesoleva seaduse alusel ei või Riik, sealhulgas avalik-õiguslik juriidiline isik ja kohaliku omavalitsuse üksus, ei või nõuda fondilt kindlustusjuhtumiga seotud kahju hüvitamist, välja arvatud käesoleva seaduse § 13 lõikes 3 sätestatud juhul. Selgitus: Oluline on öelda, et just teiste seaduste alusel ei või nõuda (nt RaKS § 26). Lähtuvalt TsÜS §-st 25 tuleks sõnastust veel korrigeerida, sest avalik-õiguslik isik on laiem mõiste. Vt (2) Avalik-õiguslik juriidiline isik on riik, kohaliku omavalitsuse üksus ja muu juriidiline isik, mis on loodud avalikes huvides ja selle juriidilise isiku kohta käiva seaduse alusel	Arvestatud.
7. § 6 lg 1 – sõnastust tuleks täpsustada Olemasolev tekst: Õigustatud isik on patsient, ülalpeetav, pärija või muu isik, kellel on õigus nõuda fondilt kahjuhüvitamist võlaõigusseaduses sätestatud alustel ja korras, arvestades käesolevas seaduses sätestatud erisusi. Ettepanek: Õigustatud isik on patsient, ülalpeetav, pärija või muu isik, kellel on õigus nõuda fondilt kahju hüvitamist käesolevas seaduses sätestatud alustel ja ulatuses.	Seaduses sätestatud erisusi tuleks arvestada.
8. § 10 lg 3 – „täies ulatuses“ > „omavastutust rakendamata“ - Praegu võiks siit välja lugeda nagu üldse piiranguid ei oleks (välistused, kindlustussumma jms).	Arvestatud.
9. § 11 lg 3 – kindlustusjuhtumi toimumise korral > kindlustusjuhtumist tingitud	Arvestatud.
10. § 12 lg 4 -	
11. § 13 lg 1 – „kindlustusjuhtumi toimumise korral tekkinud“ > kindlustusjuhtumi toimumise korral tekkinud tõttu tekkinud“ või „kindlustusjuhtumi tagajärjel tekkinud“	Arvestatud.

12. § 13 lg 5 – „patsient“ > „isik“. TVTS §-s 2 ei ole patsienti.	Mitte arvestatud. Antud eelnõus räägime läbivalt patsiendist.
13. § 14 lg 1: (1) Fond tuvastab tervise seisundit arvesse võttes patsiendi üldise töövõime vähenemise protsentides skaalal 10–100 ja eraldi kindlustusjuhtumist tingitud töövõime vähenemise protsentides skaalal 10–100. Vajaduse korral ning kaasab fond töövõime vähenemise ulatuse tuvastamiseks vajaduse korral arstiõppe läbinud isiku. Töötamist osaliselt takistavaks loetakse üldise töövõime vähenemist alates 40 protsendist.	Fondi ei looda.
14. § 15 lg 11 – kindlustusandja > kindlustatu	Arvestatud.
15. § 15 lg 13 – patsiendil > õigustatud isikul - Ülalpidamishüvitise saaja võib olla ka nt elatisõiguslik lapsevanem	Arvestatud.
16. § 20 lg 1 tuleks ümber sõnastada – siit võib praegu välja tulla, et (vastuolus § 10 lg 1) võiks hüvitist nõuda ükskõik, millisel õiguslikul alusel. Olemasolev tekst: Käesoleva seaduse alusel on patsiendil õigus nõuda kahju hüvitamist olenemata sellest, milline on nõude õiguslik alus, kolme aasta jooksul alates ajast, mil ta sai teada tervishoiuteenuse kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest. Ettepanek: „Käesoleva seaduse alusel on patsiendil õigus nõuda kahju hüvitamist olenemata sellest, millisel § 10 lõikes 1 nimetatud alusel nõue esitatakse, kolme aasta jooksul alates ajast, mil ta sai teada tervishoiuteenuse kohustuse rikkumisest ja kahju tekkimisest, kuid mitte hiljem kui 10 aasta jooksul arvates kindlustusjuhtumi toimumisest.“	Arvestatud
17. § 22 lg 5 – lisada „proportsionaalses ulatuses“ (vrd eelmine lõige), praegu saaks seda lõiget lugeda ka nii, et kui kindlustusmaks oleks 100 eurot kõrgem, siis selle saaks hüvitisest maha arvata	Arvestatud.
18. § 24 lg 1: (1) Valdkonna eest vastutav minister sõlmib fondiga Eesti Vabariigi nimel halduslepingu, milles lepitakse kokku poolte õigused ja kohustused järgmiste käesolevas seaduses sätestatud ülesannete täitmiseks: 1) kahju hüvitamise koordineerimisega seotud ülesannete täitmiseks;ne; 4) fondi majanduslikust jätkusuutlikkusest teavitamine aruandluse kord;	Fondi ei looda.
19. § 25 lg 3: Fond teavitab viivitamata Terviseametit kehtivat tegevusluba omava tervishoiuteenuse <u>osutaja osutajaga</u> patsiendikindlustuse lepingu ja kindlustuskaitse lõppemisest, <u>kui puudub info uue lepingu sõlmimise kohta.</u>	Fondi ei looda.
20. § 25 lg 4: Fond teavitab viivitamata Terviseametit patsiendikindlustuseta kindlustusjuhtumist, <u> mille menetlemisel ilmneb kindlustuslepingu puudumine või tervishoiuteenuse osutamine, mis ei ole lubatud tegevusloaga.</u>	Fondi ei looda.
21. § 30 lg 2 p 1 – „sugu, sünniandmed“ – need on asjakohased juhul, kui isikukood puudub. Viibimiskoha andmed võiks välja jätta.	Fondi ei looda.
22. § 30 lg 2 p 2 – puudu on andmed esitatud nõuete, teadete kohta. Enamiks nendest Soome kogemusele tuginedes kindlustusjuhtumiks ei tunnistata.	Fondi ei looda.
Finantsinspeksioon	Sotsiaalministeeriumi kommentaar
Käesolevaga Finantsinspeksioon kooskõlastab eelnimetatud alljärgnevate kommentaaridega:	

<p>1. Seletuskirjas on välja toodud, et: „Samas allub patsiendikindlustusfondi tegevus KindITS § 104 kohaselt Finantsinspeksiooni järelevalvele. KindITS § 223 lõige 1 annab selleks ka otse volituse. Asjakohased on ka KindITS § 227 lõike 1 punkt 8 ja lõige 2 ning §-d 230 ja 231.”</p> <p>Finantsinspeksiooni hinnangul ei ole korrektne tõlgendus, mille kohaselt saaks fondi üle järelevalvet teha tegevuse edasiandmise regulatsiooni alusel, sest tegevuse edasiandmine peaks olemuslikult KindITS § 104 mõistes olema lepinguline ja kindlustusandja valikuvabadusel põhinev. Eelnõu puhul aga ei ole kindlustusandjal valikuvabadust ega alternatiivi fondile.</p>	<p>Fondi ei looda.</p>
<p>2. Finantsinspeksioon teeb järelevalve teostamise lihtsustamiseks ettepaneku täiendada eelnõu § 34 punkti 1 järgmise lausega: „Patsiendikindlustusfond kohustub Finantsinspeksiooni viivitamatult teavitama käesolevas punktis nimetatud kohustuste täitmatajätmisest kindlustusandja poolt.”</p> <p>Finantsinspeksioon palub eelnimetatud ning käesolevas kirjas välja toodud tähelepanekuid ja kommentaare eelnõu menetlemisel arvesse võtta. Täiendavate küsimuste korral oleme valmis oma kommentaare selgitama.</p>	<p>Fondi ei looda.</p>