

Terviseministri määruse „Kindlustusandja esitatav tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruanne“ eelnõu seletuskiri

1. Sissejuhatus

Eelnõu eesmärk on kehtestada tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse (TOKVS) § 5 lõike 6 alusel tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruandes kindlustusandja poolt esitatavad andmed, esitamise kord ning andmetele juurdepääsu võimaldamine.

TOKVS-ga kehtestatakse kindlustusandjatele kohustus esitada Terviseametile aruandeid sõlmitud vastutuskindlustuslepingute, kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite kohta. Nimetatud kohustus tagab riigile vajaliku teabe kättesaadavuse, et hinnata süsteemi toimimist, kahjunõuete hulka ja trende ning patsiendiohutuse olukorda tervikuna, et vajadusel planeerida täiendavad sekkumised või regulatsioonide kohandamine. Teiste riikide kogemuse põhjal võib prognoosida, et süsteemi käivitamisel toimub esimesel ~10 aastal nii kahjunõuete kui ka hüvitatud juhtude arvu kasv.

Eelnõu ja seletuskirja koostasid Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arendamise osakonna tervishoiuvõrgu juht Heli Paluste (heli.paluste@sm.ee, 51 60802), Sotsiaalministeeriumi terviseõiguse juht Ebe Sarapuu (Ebe.Sarapuu@sm.ee, 5912 9275), kes tegi eelnõu juriidilise ekspertiisi. Eelnõu ja seletuskirja toimetamine keeleliselt viiakse läbi peale kooskõlastusringi.

Eelnõu koostamises oli kaasatud Eesti Kindlustusseltside Liit, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus ja Terviseamet.

2. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs

Eelnõu koosneb 5 paragrahvist.

Eelnõu § 1 sätestab määruse reguleerimisala. Määrusega kehtestatakse tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse (TOKVS) § 5 lõike 6 alusel tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruandes kindlustusandja poolt esitatavad andmed, esitamise kord ning andmetele juurdepääsu võimaldamine.

Eelnõu § 2 reguleerib Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruandes kindlustusandja poolt esitatavad andmeid.

Lõikes 1 sätestatakse, et kindlustusandja esitab Terviseametile andmed iga sõlmitud vastutuskindlustuslepingu kohta, sealhulgas selle muutmise või pikendamise kohta. Lepingu kohta esitatakse järgmised andmed:

- 1) kindlustuslepingu number ja kindlustuslepingu muutmisel selle versiooni number;
- 2) kindlustusvõtja äriregistri kood;
- 3) kindlustuslepingu sõlmimise, muutmise või pikendamise kuupäev,
- 4) kindlustusperioodi alguse ja lõpu kuupäevad;
- 5) kindlustussummad.

Igal kindlustusandjal on oma lepingute numeratsioon. Kindlustusvõtja äriregistri kood võimaldab siduda lepingud tervishoiuteenuse osutajaga. Kindlustuslepingu sõlmimise,

muutmise, pikendamise kuupäev ning kindlustusperioodi alguse ja lõpu kuupäevad võimaldavad hinnata vastutuskindlustusega kaetud perioodi ja kindlustuskohustuse täitmist. Kindlustussummade andmed võimaldavad hinnata riigil tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse süsteemi rahalist kogumõju.

Lõikes 2 sätestatakse, et kindlustusandja esitab Terviseametile kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite hulga, liikide ja raskusastmete hindamiseks iga kahjunõude ja kindlustusjuhtumi kohta järgmised andmed:

- 1) kahjunõude vastuvõtmise kuupäev;
- 2) kahjunõude unikaalne number (samas kahjujuhtumis, mille number on toodud punktis 4, võib olla mitu kannatanud, mistõttu kahjunõudeid võib ühe kahjujuhtumi kohta olla rohkem kui üks);
- 3) kahjunõudega seotud kindlustuslepingu number;
- 4) kahjujuhtumi number;
- 5) kahjujuhtumi toimumise aeg;
- 6) kahjunõude olek (kas on hinnatud kindlustusjuhtumiks, valikuteks kas „esitatud nõue“ (esialgu on kõik nõuded selles olekus), kas „on kindlustusjuhtum“ või „pole kindlustusjuhtum“);
- 7) kahjujuhtumi liik (valikud TOKVS § 10 lõige 2 kohaselt: „diagnoosimis- või raviviga“, „nakkus“, „transport“, „seadme rike“, „vale või kõlbmatu ravim või selle annus“, „dokumenteerimisviga“, „korraldusliku kohustuse rikkumine“. Lisaks „täpsustamisel“ või „muu“, sealjuures kui olekuks on juba „on kindlustusjuhtum“, pole selle valiku edasine kasutamine lubatud. Kui nõude on olek on „pole kindlustusjuhtum“ võib jääda „täpsustamisel või muu“ ka valikuna, andes sellisel juhul märku, et kahju võis küll tekkida, kuid muude, st §-s 10 loetlemata asjaolude tagajärjel, mistõttu pole tegemist kindlustusjuhtumiga ja kahju ei hüvitata);
- 8) juhtumi raskusaste (valikud vastavalt TOKVS § 19 lõikele 3 või 4: „keskmine kergem“, „keskmine raskem“, „raske“, „väga raske“, „eriti raske“, „väike“, „täpsustamisel“);
- 9) juhtumiga seotud eriarstiabi eriala ja vajadusel lisapädevus lähtuvalt sotsiaalministri määrusest „Eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu“ (28.11.2001 määrus nr 110);
- 10) hüvitiste maksmise kuupäevad, hüvitatavate kahjude liigid ja summad. Hüvitatava kahju liigid esitatakse vastavalt TOKVS § 12 lõikele, märkides kas „ravikulud“, „vajaduse suurenemine“, „ajutine töövõimetus“, „püsiv töövõimetus“, „matusekulu“, „ülalpidamise äralangemine“, „muu varaline kahju“, „mittevaraline kahju“. On võimalik, et kahju liike on mitu, on ka võimalik, et sama kahju liigi piires tehakse mitu väljamakset, seetõttu räägitakse määruses hüvitistest mitmuses.
- 11) tagasinõuete laekumise kuupäevad, tagasinõude liigid ja summad; (Tagasinõude liigid esitatakse vastavalt TOKVS §-le 22, märkides kas „omavastutus“, „põhjustaja joobes“, „kindlustusmakse tasumata“, „riskiasjaolude varjamine“, „teine kindlustusandja“. Tagasinõuded kajastatakse miinusemärgiga. Tagasinõude liike võib olla mitu ja need võivad laekuda mitmes osas erinevatel kuupäevadel, mistõttu on tagasinõuded määruses mitmuses.)
- 12) juhtumiga seotud rahuldamata nõuete eraldiste summad kahju liikide lõikes; (Kahjunõude käsitlemine ja kahjude hüvitamine võtab oma aja, keeruliste juhtumite puhul võib kuluda kuid või aastaid. Mõnikord on vaja kaasata väliseid eksperte. Püsiva töövõimetuse või ülalpidamise äralangemise perioodilisi hüvitisi makstakse mõnikord aastakümneid, samuti võib kannatanu ravi nõuda aastaid. Näiteks on liikluskindlustuses Eestis toimunud juhtum, millega seotult on hinnatud, et viimane kahjunõudega seotud perioodiline väljamakse tehakse 22. sajandil. Selleks, et andmed võimaldaksid hinnata kahjunõuetega seotud kulusid adekvaatselt enne kui kõik hüvitiste maksed on teostatud, on kindlustuspraktikas tavaline juba makstud hüvitistele lisada rahuldamata nõuete eraldiste summa. Kui on täpselt teada, kui palju tuleb lähiajal välja

maksta, on eraldi võrdne makstava summaga. Kui teostamata maksete suurust pole veel teada või maksed võivad toimuda kaugel tulevikus, valib kindlustusandja aktuaar eraldise arvutamiseks kohased matemaatilised mudelid ja statistilised meetodid.)

13) laekumata tagasinõuete summad tagasinõude liikide lõikes;

14) kas kahjujuhtumi käsitus on lõpetatud või pooleli;

15) kahjujuhtumi käsitluse lõpetamise kuupäev.

Andmed võimaldavad saada riigil ülevaadet ka hüvitatavate kahjude liikidest ja summadest ning kahjunõuete menetluste seisust konkreetsel ajahetkel.

Ülevaade hüvitatud kahjujuhtumite kohta ning eelkõige trendide hindamine aastate kaupa võimaldab riigil planeerida kvaliteedi ja ohutuse parandamisega seotud tegevusi, kui seda on vajalik teha riigi tasemel ning vajadusel alatatada, juhendada ja koordineerida ohutuse arendamisele suunatud tegevusi tervishoiuteenuse osutajate tasemel koos läbi heade praktikate jagamise, koolituste jms parendustegevuste.

Eelnõu § 3 reguleerib tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruande esitamise korda.

Lõikes 1 sätestatakse, et kindlustusandja esitab käesoleva määruse paragrahvis 2 loetletud andmed Terviseametile infosüsteemide andmevahetuskihi kaudu hiljemalt ühe tööpäeva jooksul andmete tekkimisest või nende muutumisest. See tagab andmete pideva esitamise ning annab Terviseametile võimaluse igal ajahetkel saada andmetest ülevaadet ning võtta kokku aruandeid erinevate ajaperioodide kaupa (aasta, kvartal, kuu).

Lõikega 2 saab kindlustusandja võimaluse nimetada Terviseametile volitatud isik, kes kasutab infosüsteemide andmevahetuskihti tema eest.

Eelnõu § 4 reguleerib tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse aruande andmetele juurdepääsu võimaldamise korda. Ligipääs andmetele on vajalik riskide hindamiseks kindlustuslepingute pikendamise või sõlmimise eel, milleks on vajalikud andmed kahjujuhtumite ja kindlustusjuhtumite kohta antud tervishoiuteenuse osutajaga seoses.

Lõike 1 kohaselt võimaldab Terviseamet TOKVS § 5 lõigete 1, 2 ja 5 ning käesoleva määruse paragrahvis 2 nimetatud andmetele juurdepääsu kindlustusandjale kindlustusriski hindamiseks kindlustuspakkumise koostamisel ja kindlustusmakse määra arvutamiseks.

Lõikes 2 sätestatakse käesoleva paragrahvi õigetes 3 ja 4 nimetatud andmetele juurdepääsu eesmärk. Juurdepääs käesoleva paragrahvi õigetes 3 ja 4 nimetatud andmetele võimaldatakse kindlustusandjale või tema volitatud isikule kindlustuspakkumiste koostamisel kindlustusriski hindamiseks infosüsteemide andmevahetusekihi kaudu.

Lõikes 3 reguleeritakse, millised andmed väljastatakse kindlustuslepingute andmete pärimisel kindlustusvõtja äriregistri koodi alusel. Väljastatakse järgmised andmed:

1) tervishoiuteenuse osutaja riskiprofil;

2) tervishoiuteenuse osutaja varasemate kindlustuslepingute arv kindlustussummade lõikes;

3) tervishoiuteenuse osutaja esimese kindlustuslepingu kindlustusperioodi alguse kuupäev;

4) tervishoiuteenuse osutaja viimase kindlustuslepingu kindlustusperioodi lõpu kuupäev.

Riskiprofiil näitab ära, kas tegu on suurhaiglaga, hambaravi või perearstiabi osutajaga vm. Andmed varasemate lepingute kohta kindlustussummade lõikes annavad täiendavat infot kindlustusrisi hindamiseks.

Lõikes 4 sätestatakse, millised andmed väljastatakse kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite pärimisel kindlustusvõtja äriregistri koodi alusel. Grupeerituna juhtumi toimumise aasta numbri järgi väljastatakse:

- 1) tervishoiuteenuse osutaja riskiprofiil;
 - 2) tervishoiuteenuse osutajaga seotud esitatud kahjunõuete arv kokku;
 - 3) tervishoiuteenuse osutajaga seotud kindlustusjuhtumite arv kokku;
 - 4) nõuete ja juhtumite arvud käsitluse olekute ja juhtumi raskusastmete lõikes eraldi vastavalt sellele, kas käsitus on avatud või suletud;
 - 5) nõuete ja juhtumite arvud, makstud hüvitised ja rahuldamata nõuete eraldised hüvitatava kahju liikide, kahjujuhtumi liikide ja juhtumi raskusastmete lõikes;
 - 6) nõuete ja juhtumite arvud, laekunud tagasinõuded ja laekumata tagasinõuded tagasinõude liikide, kahjujuhtumi liikide ja juhtumi raskusastmete lõikes.
- Tervishoiuteenuse osutajaga seotud kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite arv annab täiendavat infot kindlustusrisi hindamisel.

Lõikes 5 reguleeritakse kindlustusandja või tema volitatud isiku juurdepääs käesoleva paragrahvi lõigetes 6 ja 7 toodud andmetele, mis on vajalikud ja võimaldatakse kindlustusmakse määrade koostamiseks tervishoiuteenuse osutajate riskiprofiilide kaupa grupeeritult (nt suurhaiglad, hambaravi ja perearstiabi osutajad jms). Juurdepääs andmetele võimaldatakse infosüsteemide andmevahetusekihi kaudu.

Lõikes 6 sätestatakse, millised konkreetset andmed väljastatakse kindlustuslepingute andmete pärimisel kindlustusperioodi alguse aasta järgi järgmised andmed tervishoiuteenuste osutajate riskiprofiilide kaupa. Need on järgmised:

- 1) kindlustuslepingute arv;
- 2) kindlustuspäevade arv (arvutades iga lepingu kindlustusperioodi pikkus päevades ja liites need kokku).

Lõikes 7 andmete loetelu, mis väljastatakse kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite pärimisel juhtumi toimumise aasta järgi tervishoiuteenuse osutajate riskiprofiilide kaupa:

- 1) esitatud kahjunõuete arv kokku;
- 2) kindlustusjuhtumite arv kokku;
- 3) nõuete ja juhtumite arvud käsitluse olekute ja juhtumi raskusastmete lõikes eraldi vastavalt sellele, kas käsitus on avatud või suletud (lõpetatud);
- 4) nõuete ja juhtumite arvud, makstud hüvitised ja rahuldamata nõuete eraldised hüvitatava kahju liikide, kahjujuhtumi liikide ja juhtumi raskusastmete lõikes;
- 5) nõuete ja juhtumite arvud, laekunud tagasinõuded ja laekumata tagasinõuded tagasinõude liikide, kahjujuhtumi liikide ja juhtumi raskusastmete lõikes.

Eelnõu § 5 sätestab määruse jõustumise aja, milleks on 1. november 2024. Jõustumise aeg on seotud TOKVS jõustumisega.

3. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Eelnõu ei ole seotud Euroopa Liidu õigusega.

4. Eelnõu mõju

Määrusega ei kaasne muid mõjusid, kui TOKVS eelnõu seletuskirjas välja toodud, kus on põhjalik mõjude hindamine seoses seaduse rakendamisega. TOKVS seletuskiri viimane versioon on leitav Riigikogu kodulehel TOKVS 522 SE menetluse dokumentide all.

<https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/13fc4462-95c1-4bc8-b101-089d9a253cbe/tervishoiuteenuse-osutaja-kohustusliku-vastutuskindlustuse-seadus/>

Tervishoiuteenuse osutaja (TTO) kohustusliku vastutuskindlustuse süsteemi loomine aitab kaasa patsiendi seisukohast senisest õiglasema ja lihtsama välditava kahju hüvitamisele, kui tervishoiuteenuse osutamise käigus on tekkinud kahjujuhtum. Õiglast ning tervishoiutöötaja „süüdi“ mõistmist mitte eeldavat hüvitamise süsteemi omakorda peetakse oluliseks osaks patsiendiohutuse olukorra parandamisel riigi tervishoiusüsteemis.

Kindlustusandjate aruanded võimaldavad riigil saada andmeid esitatud kahjunõuete ja kindlustusjuhtumite kohta statistikaks ning sisuliste analüüside koostamiseks. Koos patsiendiohutuse andmetega võimaldab see teave vajadusel kavandada meetmeid patsiendiohutuse olukorra parandamiseks.

Tervishoid on kõrge riskitasemega valdkond ja ka hästi korraldatud tervishoiusüsteemis esineb eksimusi ehk patsiendiohutusuhtumeid, mistõttu ei ole võimalik täielikult välistada patsiendile välditava kahju tekitamist. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel saab hinnanguliselt iga kümnes hospitaliseeritud patsient haiglas välditavat kahju. TOKVS koostamisel sisendina kasutatud OECD 2017. aastal valminud analüüsi „The economics of patient safety“ andmetel moodustavad kõige suurema osa sellest kahjust haiglanakkused, järgnevad sageduselt venoosne trombemboolia, lamatised, ravimitega seotud eksimused ja vale või hilinenud diagnoos. Eestis kõikehõlmav patsiendiohutusuhtumite ja patsientidele hüvitatud juhtumite riiklik statistika praegu puudub ning lähtuda saab tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni statistikast. Patsiendiohutuse süsteemi korraldamine on seni olnud TTO pädevus ja kohustus ning õigusaktides patsiendiohutust puudutav regulatsioon väga üldine. Kahjunõuete lahendamine ja hüvitamine toimub enamasti patsiendi ja TTO vahelise kokkuleppe alusel. Tervishoiuga seotud kohtulahendeid on vähe (vähesed juhtumid, kus tervishoiutöötaja on tunnistanud süüdi ning patsiendile on mõistetud kahjuhüvitis). Kuigi juba praegu on suurel osal tervishoiutöötajatel ja ka TTO-del vabatahtlik vastutuskindlustus, ei ole kindlustust siiski kõigil ning sellega kaetus on erinev. Kohustuslik vastutuskindlustus võimaldab patsiendil pöörduda välditava kahju hüvitamise nõudega otse kindlustusandja poole, kellega tervishoiuteenuse osutajal on sõlmitud vastutuskindlustuse leping.

5. Eelnõu rakendamiseks vajalikud kulutused

Määruse rakendamisega kaasnevad kulud kindlustusandjatele täiendavate IT arenduste loomiseks andmevahetuseks kindlustussektori ja Terviseameti vahel x-tee andmevahetuskähi kaudu, mis kaetakse vastavalt kindlustuse põhimõtetele kindlustusmaksete kaudu.

Eelnõu rakendamisega täiendavaid kulusid riigieelarvele ei kaasne.

6. Eelnõu rakendamine ja jõustumine

Eelnõu jõustub 01. novembril 2024. a.

7. Eelnõu koostöölastamine ja huvirühmade kaasamine

Eelnõu esitatakse koostöölastamiseks ja arvamuse avaldamiseks eelnõude infosüsteemi EIS kaudu Rahandusministeeriumile ning arvamuse avaldamiseks Eesti Haiglate Liidule, Eesti Arstide Liidule, Eesti Perearstide Seltsile, Eesti Hambaarstide Liidule, Eesti Õdede Liidule, Eesti Ämmaemandate Ühingule, Eesti Eratervishoiuasutuste Liidule, Eesti Kiirabi Liidule, Tervisekassale, Terviseametile, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusele ja Eesti Kindlustusseltside Liidule.