

EUROOPA INIMÕIGUSTE KOHUS

TEINE OSAKOND
OTSUS

Kaebus nr 14185/14

V. P.

vs. Eesti

Euroopa Inimõiguste Kohus (teine osakond), olles 10. oktoobril 2017 kokku tulnud kojana, kuhu kuuluvad

esimees Robert Spano,

kohtunikud Julia Laffranque,

Ledi Bianku,

Işıl Karakaş,

Valeriu Griţco,

Jon Fridrik Kjølbro,

Stéphanie Mourou-Vikström

ja *osakonna sekretär* Stanley Naismith,

võttes arvesse 11. veebruaril 2014 esitatud eespool nimetatud kaebust,

võttes arvesse vastustajariigi esitatud seisukohti ja sellele vastuseks esitatud kaebaja märkusi,

olles pidanud nõu, tegi järgmise otsuse.

ASJAOLUD

1. Kaebaja V. P. on 1928. aastal sündinud Eesti kodanik, kes elab X-is. Esimees rahuldab kaebaja taotluse tema isikut mitte avalikustada (kohtureeglite 47. reegli lõige 4). EIK-is esindas teda Tallinnas tegutsev advokaat A. Junti.

2. Eesti Vabariiki (edaspidi: riik) esindas M. Kuurberg Välisministeeriumist.

A. Kohtuasja asjaolud

3. Kohtuasja asjaolud, nagu kaebaja on need esitanud ja nagu nähtub toimikus olevatest dokumentidest, võib kokku võtta järgmiselt.

4. Kaebaja on sündinud 1928. aastal ja elab X-is.

5. Kohtuasi puudutab kaebaja 1955. aastal sündinud poja L.-i enesetappu. L. oli vaimuhaige (paranoiline skisofreenia) ja alates 1980. aastast oli teda 14 korral psühhiaatriaiglasse paigutatud. Alates 1989. aastast oli ta invaliidsuspensionär.

6. 30. aprillil 2012. aastal tegi L. enesetapukatse, võttes suures koguses talle ja kaebajale kirjutatud tablette. Kaebaja kutsus kiirabi. L.-il diagnoositi mürgistus ja ta viidi haiglasse Y.. L.-i haigusloo väljavõttes on kirjas, et pärast haiglasse registreerimist väljendas ta aeg-ajalt enesetapumõtteid. Ruumipuuduse tõttu paigutati L. esialgu

nefroloogiaosakonna intensiivravipalatisse. 1. mail 2012. aastal viidi ta nefroloogiaosakonnast üle haigla 12. korrusel asuva sisehaiguste osakonna intensiivravipalatisse. Sama päeval sooritas L. aknast välja hüpates enesetapu.

7. Haigla personal teavitas kohe politseid ja väljakutsele reageerinud politseiametnik koostas protokoll. Protokoll järgi vormistati sündmuskohal dokumente, surnukeha pildistati ja saadeti lahangule ning valvearst andis ütlusi. Protokoll kohaselt märkis arst, et 12. korruse aknad ei ole lukustatavad ja sündmuse asetleidmise ajal tegelesid kaks valveõde naaberpalatis teise patsiendiga. Ühtlasi seisis protokollis, et intensiivravipalatis ei olnud patsiendid voodite külge aheldatud, sest seda peeti liiga äärmuslikuks meetmeks.

8. 1. juunil 2012. aastal nõudis kaebaja haiglalt selgitust eelkõige selle kohta, miks ei tagatud L.-i ehk enesetapule kalduva patsiendi ohutust ja miks ei saadatud teda psühhiaatrikliinikusse. 19. juuli 2012. aasta vastusest selgus, et mürgistuse ohvrid viiakse üldjuhul sinna haiglasse, kuna nad vajavad erilist järelevalvet ja ravi. Nii tehti ka L.-i puhul, kes oli pideva järelevalve all. Kuid haiglatöötajad ei viibinud patsiendi juures kogu aeg. Vastuses nimetati asjaolu, et mürgistuse sümptomid taanduvad üldjuhul ühe kuni kolme päeva jooksul. Seejärel on patsientidel psühhiaatri konsultatsioon ja nad paigutatakse psühhiaatrikliinikusse statsionaarsele ravile või suunatakse ambulatoorsele ravile.

9. L.-ile tehti lahang 2. mail 2012. aastal. Arstlikus surmateatis seisis, et ta suri siseorganite vigastuste tõttu ja tal olid kolju- ja skeletiluude murrud ning pea-, kere- ja jäsemete trauma. Surm märgiti esialgu õnnetuseks (blanketil oli vastavasse kasti tehtud linnuke). 5. veebruaril 2014. aastal väljastati uus arstlik surmateatis, milles oli surma põhjuseks märgitud enesetapp aknast välja hüppamise teel.

10. 30. oktoobril 2012. aastal pöördus kaebaja tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni (edaspidi: ekspertkomisjon). Ekspertkomisjon kuulus kaebaja ära ja uuris L.-i ravidokumente. Ekspertkomisjoni käsutuses oli ka ühe selle liikme koostatud eksperdiarvamus. Ekspertkomisjon avaldas oma arvamus 13. detsembril 2012. aastal. Ekspertkomisjon leidis, et L.-i psühhiaatriline ravi vastas tavapärasele meditsiinipraktikale ning tema varasema psühhiaatrilise ravi ja 30. aprillil 2012. aastal sooritatud enesetapukatse vahel puudus seos. L.-i paigutamine nefroloogia- ja sisehaiguste osakonda oli õigustatud, sest ta vajab arstlikku järelevalvet. Tema kalduvust enesetapule hinnati õigesti tema haiglasse registreerimisel 30. aprillil 2012. aastal. Kuid tema üle tehtud järelevalve ei olnud piisav ja tema enesetapule aitasid kaasa ka hoone tehnilised omadused: aknaid ei olnud võimalik lukustada, et takistada inimesi sealt välja hüppamast. Ekspertkomisjon soovitas haiglal Y. kehtestada enesetapule kalduvate patsientide üle järelevalve tegemise kord ja koolitada personali vastavalt. Ekspertkomisjon soovitas enesetapuohu vähendamiseks kasutada tehnilisi lahendusi, näiteks paigaldada palatitesse jälgimisseadmed ja purunemiskindla klaasiga aknad, mida ei saa avada. Ekspertkomisjon märkis, et komisjoni hinnangust ei tulene mingeid seaduslikke õigusi ega kohustusi, kuid seda võib kasutada tsiviilmenetluses tõendina.

11. 14. mail 2013. aastal esitas kaebaja prokuratuurile kuriteoteate. Prokurör analüüsis kolme potentsiaalset kuritegu: tapmine, surma põhjustamine ettevaatamatusest ja ohtu asetamine. Kuid 23. mai 2013. aasta kirjaga keeldus ta kriminaalmenetluse alustamisest põhjusel, et puudus kuriteokoosseis. Prokuröri sõnul ei viidanud miski sellele, nagu oleks keegi L.-i aknast väljahüppamisel aidanud. Samuti märkis prokurör, et haiglatöötajad vastutavad patsientide elu ja tervise kaitsmise eest (garandikohustus), kuid

ta leidis, et objektiivselt ei saa haiglatöötajatelt oodata patsientide pidevat jälgimist ega patsientide voodi külge aheldamist või akendeta, lukustatud uksega palatisse paigutamist. Kuriteona kvalifitseeritava isiku ohtu asetamise kohta leidis prokurör, et haiglahoone kõrgus ja akna olemasolu palatis ei kujutanud iseenesest ohtu, kuid need muutused ohtlikuks L.-i ennastkahjustava tegevuse valguses. Seega ei asetanud L.-i ohtu haiglatöötajad, vaid pigem ta ise.

12. 31. mail 2013. aastal esitas kaebaja kaebuse Riigiprokuratuurile, viidates tervishoiuteenuse osutaja vastutusele ja kohustusele uurida tõhusalt haiglas aset leidnud surmajuhtumeid. Samuti märkis ta, et oli ebaselge, kas keegi teine võis olla seotud L.-i aknast välja hüppamisega. Tema kaebus jäeti 18. juunil 2013. aastal rahuldamata. Riigiprokuratuur leidis, et tehti õigesti, kui L. viidi regionaalhaiglasse Y., kus oli võimalik ravida tema mürgistust, mis ei oleks psühhiaatriakliinikus võimalik olnud. Ühtlasi märkis Riigiprokuratuur, et kuigi meditsiinitöötajate koolitus oli olnud puudulik ja enesetapu sooritamise ohtu ei minimeeritud kõiki võimalikke tehnilisi vahendeid kasutades, ei olnud need puudused sellised, mis tooksid kaasa kriminaalvastutuse.

13. 10. juulil 2013. aastal esitas kaebaja Tallinna Ringkonnakohtusse kaebuse, milles palus kohtul kohustada prokuröri kriminaalmenetlust alustama. Ta tunnistas, et sellise kaebuse peab esitama advokaat, kuid märkis, et teda abistas Eesti Patsientide Esindusühingu (patsientide õigusi edendav mittetulundusühing) jurist, ja palus ringkonnakohtul teha tema asjas esinduse küsimuses erand. Kui erandit ei ole võimalik teha, siis palus kaebaja, et talle võimaldataks riigi õigusabi ja antaks aega vastava taotluse koostamiseks.

14. 21. augusti 2013. aasta määrusega jättis Tallinna Ringkonnakohus kaebuse läbi vaatamata, sest seda ei esitatud advokaadi vahendusel ja puudusid alused sellest nõudest erandi tegemiseks. Ringkonnakohus jättis rahuldamata taotluse aja andmiseks riigi õigusabi taotluse esitamiseks ja märkis, et ei ole toodud ühtegi põhjust selle kohta, miks kaebaja ei esitanud oma majandusliku seisundi kohta ühtegi dokumenti õigel ajal. Lisaks märkis ringkonnakohus, et kaebaja kaebus ei olnud perspektiivikas. Kriminaalmenetluse alustamata jätmise määrus ja Riigiprokuratuuri määrus sisaldasid üksikasjalikke põhjendusi selle kohta, miks ei olnud kriminaalmenetluse alustamiseks alust. Järeldus, et haiglatöötajad ei sooritanud mingit kuritegu, oli põhjendatud.

15. Seejärel taotles kaebaja riigi õigusabi Riigikohtult, et esitada ringkonnakohtu määruse peale määruskaebus. Määruskaebus Riigikohtusse tuli samuti esitada advokaadi vahendusel. 30. septembri 2013. aasta määrusega jättis Riigikohus riigi õigusabi taotluse rahuldamata. Riigikohus leidis, et Riigiprokuratuuri määrus ja ringkonnakohtu määrus olid põhjendatud ning nendes viidati kriminaalmenetluse alustamata jätmise põhjustele ja ringkonnakohtu määruse peale esitatava määruskaebuse perspektiivitusele.

B. Asjakohane riigisisene õigus ja kohtupraktika

16. Asjakohane riigisisene õigus ehk võlaõigusseaduse, kriminaalmenetluse seadustiku ja karistusseadustiku sätted on esitatud otsuses *Rõigas vs. Eesti* (nr 49045/13, punktid 25–47, 12. september 2017).

17. Lisaks on praeguses asjas asjakohane järgmine riigisisene õigus.

1. Kriminaalmenetluse seadustik

18. Kriminaalmenetluse seadustiku (KrMS) §-i 207 järgi võib kannatanu esitada

kaebuse prokuratuurile kriminaalmenetluse alustamata jätmise peale.

19. KrMS-i §-s 208 sätestatakse, et kui §-s 207 nimetatud kaebus on Riigiprokuratuuri määrusega jäetud rahuldamata, võib väidetav kannatanu selle vaidlustada ringkonnakohtus. Vastav kaebus tuleb esitada advokaadi vahendusel.

2. *Tervishoiuteenuste korraldamise seadus*

20. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (TTKS) sätestatakse tervishoiuteenuste osutamise korraldus ja nõuded. Muu hulgas reguleerib see tervishoiutöötajate registreerimist ja nende kutsekvalifikatsiooni tunnustamist ning tervishoiuteenuste teatud valdkondades tegevusloa andmist. Kõiki neid toiminguid teeb Terviseamet (TTKS-i 3. peatükk).

21. Lisaks reguleerib tervishoiuteenuste korraldamise seadus ekspertkomisjoni rolli ja pädevust.

§ 50². Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon

„(1) Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon [---] on nõuandev komisjon, mille eesmärk on patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmine ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine.

(2) Komisjoni pädevuses on:

1. anda hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile;
2. teha ettepanekuid Terviseametile järelevalvemenetluse algatamiseks tervishoiuteenuse osutaja tegevuse üle;
3. teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale tervishoiutöötaja pädevuse hindamiseks ja täienduskoolitusele suunamiseks;
4. teha ettepanekuid tervishoiuteenuse osutajale töökorralduse muutmiseks; [---]“

22. TTKS-i §-i 60 ja Terviseameti põhimääruse §-i 1 alusel on Terviseamet Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus. Terviseamet teostab riiklikku järelevalvet tervishoiuteenuste osutajatele kehtestatud nõuete täitmise üle. Isikutel on õigus esitada Terviseametile kaebusi seoses nimetatud nõuete täitmisega.

3. *Sotsiaalministri 15. detsembri 2004. aasta määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“*

23. Kõne all oleval ajal kehtinud tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete määruse §-s 3 sätestati, et tervishoiuteenuse osutaja vastutab patsiendile osutatud tervishoiuteenuste kvaliteedi eest. Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamiseks ja arendamiseks ning tervishoiuteenuse osutamisega seotud riskide vähendamiseks välja töötama ja rakendama kvaliteedijuhtimissüsteemi heast teenindus- ja meditsiinitavast lähtudes. Kvaliteedijuhtimissüsteem pidi muu hulgas käsitlema professionaalse kvaliteedi tagamist ning organisatsiooni töökorralduse ja juhtimise kvaliteedi tagamist (määruse § 5).

24. Määruse § 8 käsitles tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks nende iga-aastast koolitamist. Nimetatud säte kohustas iga tervishoiuteenuse osutajat koostama tervishoiutöötajate koolitusplaani iga kalendriaasta kohta. Koolitusplaanis pidi tervishoiuteenuse osutaja tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses.

4. Sotsiaalministri 19. augusti 2004. aasta määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“

25. Haigla liikide nõuete määrusega kehtestati üldhaiglate, keskhaiglate, piirkondlike haiglate, erihaiglate, taastusravihaiglate ja kohalike haiglate poolt osutatavate kohustuslike ja lubatud statsionaarsete ning ambulatoorsete tervishoiuteenuste loetelu, miinimumnõuded statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks vajalike töötajate, aparatuuri ja sisustuse suhtes ning ravi- ja diagnostika põhiruumidele.

26. Praeguses asjas asjakohases ulatuses sätestab määrus, et piirkondlik haigla peab osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid kõikidel erialadel, sealhulgas erakorraline meditsiin ja psühhiaatria (määruse § 31 lg 1). Teatud arstid peavad piirkondlikus haiglas töötama ööpäevaringselt, sealhulgas erakorralise meditsiini arstid, sisearst ja psühhiaater (määruse § 31 lg 3). Määruse §-s 44 sätestatakse, et psühhiaatria tervishoiuteenuste osutamiseks peab olema teatud aparaat (sealhulgas maoloputuse pump mürgistuse jaoks) ja suurust puudutavatele nõuetele vastavad ruumid. Muu hulgas nõuab määrus, et patsiente oleks võimalik turvaliselt isoleerida ja pidevalt jälgida. Samuti sätestatakse, et olemas peab olema turvasignalisatsioon.

5. Riigisiseste kohtute praktika

27. Asjakohane kohtupraktika kriminaal- ja tsiviilõiguslike õiguskaitsevahendite kohta on esitatud *Rõigase* otsuses (eespool viidatud, punktid 51–64).

KAEBUSED

28. Kaebaja kaebas konventsiooni artikli 2 alusel, et ametivõimud ei uurinud tõhusalt tema poja surma asjaolusid. Ametivõimud ei korraldanud mingit iseseisvat uurimist, vaid tuginesid üksnes kaebaja esitatud dokumentidele ja temal kui eraisikul ei olnud võimalik koguda piisavaid tõendeid. Ametivõimud ei tegelenud asjaga piisavalt põhjalikult ja oli ebaselge, kas tema poja surmaga oli seotud veel keegi. Samuti ei uurinud ametivõimud, kas haiglal lasus sündmuste eest vastutus töötajate ebapiisava koolitamise, hoone tehniliste parameetrite või patsiendi nõuetekohaselt jälgimata jätmise tõttu.

29. Ühtlasi väitis kaebaja artikli 2 alusel, et ametivõimudel oli kohustus eeldada tema poja enesetappu kalduvust, kuna ta oli psühhiaatriaosakonna patsient, kes oli just enesetappu üritanud, ja võtta tema elu kaitsmiseks meetmeid. Kaebaja väitis, et enesetappu ennetamise kohustus peaks kehtima ka valdkondades, kus riigil puudub otsene võim, näiteks haiglates.

ÕIGUSKÜSIMUSED

Konventsiooni artikli 2 väidetav rikkumine

30. Kaebaja kaebas, et ametivõimud ei uurinud tema poja surma piisavalt põhjalikult ega sõltumatult ja et tema poja enesetappu oleks pidanud ennetatama.

Ta tugines artiklile 2, mis on sõnastatud järgmiselt:

„1. Igatühe õigust elule kaitstakse seadusega. [---]

[---]“

1. Poolte seisukohad

(a) Riik

31. Riik esitas riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamata jätmise vastuväite kaebaja mõlemale kaebusele ja väitis, et artikli 2 alusel esitatud kaebus tuleb vastuvõetamatuks tunnistada.

32. Kaebaja otsustas kasutada kriminaalõiguslikku õiguskaitsevahendit ehk esitas kuriteoteate ja vaidlustas kriminaalmenetluse alustamata jätmise. Kuid kriminaalõiguslik õiguskaitsevahend oli kasutatav üksnes juhul, kui tervishoiuteenuse osutaja tegevuses esines karistusseadustiku alusel karistatava kuriteo koosseis. Kõnealusel asjas kuriteokoosseisu ei tuvastatud ja seega kriminaalmenetlust ei alustatud. Nendel kaalutlustel ei saanud kriminaalõigusliku õiguskaitsevahendi proovimist pidada piisavaks riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamise mõttes.

33. Lisaks märkis riik, et kriminaalmenetluse alustamata jätmine ei mõjutanud tsiviilõiguslike õiguskaitsevahendite tõhusust. Kaebaja ei üritanud kasutada tsiviilõiguslikke õiguskaitsevahendeid, kuigi need oleksid olnud kohased ja tõhusad, need oleksid olukorda otseselt heastanud ja olnud mõistlikult perspektiivikad.

34. Lisaks märkis riik tsiviilõiguslike õiguskaitsevahendite ammendamise kohta, et kaebaja pöördus ekspertkomisjoni, mida ei saa pidada õiguskaitsevahendi kasutamiseks. Riik märkis, et ekspertkomisjon on nõuandev organ, mille ülesanne on hinnata patsientidele osutatud tervishoiuteenuste kvaliteeti. Komisjon ei esita arvamusi õigusküsimustes ega lahenda kahjuhüvitise nõudeid. Kuigi ekspertkomisjon viitas puudustele kaebaja poja jälgimises ja suutmatusele sulgeda aknaid selliselt, et vältida enesetappu, ei alustanud kaebaja tervishoiuteenuse osutaja vastu tsiviilmenetlust.

35. Riigi sisuliste kohustuste kohta konventsiooni artikli 2 alusel väitis riik, et Eesti üldine õigusraamistik tagab tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse ning kohustab haiglaid kehtestama patsientide kaitseks kohaseid meetmeid. Selles kontekstis viitas riik tervishoiuteenuste üldisele regulatsioonile võlaõigusseaduses ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ning sotsiaalministri määrustele tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete ja haigla liikide nõuete kohta (vt punkte 16–26 eespool). Riik väitis, et midagi ei viidanud sellele, nagu ei oleks meditsiinitöötajate kohalolu ja nõutud seadmete olemasolu nõudeid antud asjas täidetud. Nende asjaolude valguses rõhutas riik, et positiivne kohustus kaitsta elu ei saa panna ametivõimudele võimatut või ebaproportsionaalset koormat. Kui on kehtestatud piisav regulatsioon, ei saa meditsiinitöötajate otsustusvead või tervishoiutöötajate ebapiisav koordineerimine konkreetse patsiendi ravis tuua kaasa riigi vastutust. Riik eristas seda kohtuasja kohtuasjadest *Keenan vs. Ühendkuningriik* (nr 27229/95, EIK 2001-III) seoses vanglas viibiva enesetapule kalduva isikuga ja *Renolde vs. Prantsusmaa* (nr 5608/05, EIK 2008 (väljavõtted)) taas seoses vangistatud isikuga, sest nendes olid puudutatud isikud olnud riigi tegeliku kontrolli all.

36. Riigi positiivse kohustuse kohta konventsiooni artikli 2 alusel väitis riik, et Eestis on sõltumatu ja tõhus süsteem, mis koosneb nii kriminaal- kui ka tsiviilõiguslikest õiguskaitsevahenditest väidetavalt meditsiinilisest hooletusest põhjustatud surma uurimiseks ja süüdi olevate isikute võimaliku vastutuse tuvastamiseks, nagu nimetatud

artikkel nõuab. Riik viitas asjaomastele seadusesätetele ja riigi kohtupraktikale.

37. Esiteks, mis puudutab kriminaalõiguslikke õiguskaitsevahendeid, siis märkis riik, et kriminaalmenetluse seadustiku järgi võib isik esitada kuriteoteate uurimisasutusele. Kriminaalmenetlust alustatakse, kui selleks on ajend ja alused olemas, nimelt kuriteokahtluse korral. Karistusseadustik näeb ette kriminaalvastutuse surma põhjustamise eest ettevaatamatusest, raske tervisekahjustuse tekitamise eest ettevaatamatusest ja teise inimese eluohtlikku või tema tervist raskelt kahjustada võivasse olukorda asetamise ja jätmise eest. Riik viitas riigisisesele kohtupraktikale tervishoiutöötajate süüdimõistmise ja kannatanutele hüvitise mõistmise kohta.

38. Kannatanul on õigus kriminaalmenetluse alustamata jätmise vaidlustada kaebuse esitamisega Riigiprokuratuurile ja seejärel ringkonnakohtusse. Riigikohus on näiteks kinnitanud, et tapmise või mõrva ohvrite lähedasi võib samuti käsitleda kannatanutena. Sellest lähtus ka kaebaja praeguses asjas. Kuid nii ringkonna- kui ka Riigikohus leidsid sisuliselt, et kuigi määruskaebused esitati menetluseeskirju rikkudes, ei oleks kaebus olnud perspektiivikas ka siis, kui selle oleks esitanud advokaat.

39. Teiseks selgitas riik tsiviilõiguslike õiguskaitsevahendite kohta, et Eesti õiguse kohaselt võib tervishoiuteenuse osutaja vastutus olla lepinguline (tervishoiuteenuse osutamise lepingu rikkumise alusel) või lepinguväline. Eesti kohtud on leidnud, et isik võib esitada alternatiivseid nõudeid ja nende õigusliku aluse kindlakstegemine on kohtu ülesanne. Lisaks väitis riik, et mittevaralise kahju hüvitist saab nõuda ka surnud isiku lähedane nii surnud isiku pärijana surnud isikule tekitatud kahju eest kui ka enda nimel endale tekitatud kahju eest. Kuigi viimase puhul on vaja tõendada erandlike asjaolude olemasolu, märkis riik, et selliste asjaolude olemasolu hinnatakse juhtumipõhiselt. Selle tõttu ei ole võimalik kindlalt väita, et need asjaolud olid praeguses asjas olemas, kuna kaebaja ei pöördunud esmalt riigi kohtusse.

40. Riik märkis, et kaebaja oleks võinud esitada lepingulisest või lepinguvälisest vastutusest tuleneva tsiviilhagi ja siis tugineda ka ekspertkomisjoni arvamusele.

(b) Kaebaja

41. Riigi vastuväite kohta väitis kaebaja, et ta ammandas nõuetekohaselt kõik nõutud riigisisesed õiguskaitsevahendid. Ta taotles kriminaalmenetluse alustamist ja kui sellest keelduti, siis ammandas ta kriminaalmenetluse alustamata jätmise vaidlustamise võimalused. Kaebaja väitis, et soovitud tsiviilõiguslik õiguskaitsevahend, mille põhieesmärk oli kahjuhüvitise väljamõistmine, ei olnud tema asjas kohane. Tema eesmärk ei olnud hüvitise saamine, vaid rikkumise õiguslik tuvastamine. Kaebaja rõhutas ka, et olukorras, kus riigi õigussüsteem pakub mitut õiguskaitsevahendit, peaks ta olema kohustatud kasutama vaid üht.

42. Riigi positiivse kohustuse kohta konventsiooni artikli 2 alusel väitis kaebaja, et ametivõimud ei uurinud L.-i surma tõhusalt ja piisavalt. Ta rõhutas, et prokuratuur oleks pidanud tegema ka omal algatusel uurimistoiminguid (näiteks küsitlema tunnistajaid ja koguma muid tõendeid) ega oleks tohtinud tugineda üksnes tema taotlusele alustada kriminaalmenetlust.

43. Seoses riigi sisulise kohustusega konventsiooni artikli 2 alusel viitas kaebaja samadele õigusaktidele nagu riikki, kuid väitis, et selliste meetmete olemasolu ei taganud nende seaduslikku rakendamist. Praeguses asjas ei olnud haiglal Y. kohaseid ruume, et ravida L.-i, kes vajas samal ajal erakorralist abi ja psühhiaatrilist ravi, kuid kellel lasti vabalt ringi liikuda olenemata selle ohtlikkusest.

44. Kaebaja väitis, et L.-i ravi, eriti tema vaimse seisundi hindamine ning kohase ravi osutamine ja tema kohastes tingimustes jälgimine ei olnud piisavad ega kohased.

2. EIK-i hinnang

(a) Üldpõhimõtted

45. Riikide kohustused konventsiooni artikli 2 alusel nõuavad, et riigid mitte ainult ei tohi tahtlikult elu võtta, vaid peavad võtma ka kohaseid meetmeid, et kaitsta nende jurisdiktsiooni all olevate isikute elu (vt *Calvelli ja Ciglio vs. Itaalia* [suurkoda], nr 32967/96, punkt 48, EIK 2002-I; *Powell vs. Ühendkuningriik* (otsus vastuvõetavuse kohta), nr 45305/99, EIK 2000-V; ja *Hiller vs. Austria*, nr 1967/14, punkt 47, 22. november 2016). EIK nõustub, et ei saa välistada, et ametivõimude tegevus ja tegevusetus tervishoiuteenuste valdkonnas võib teatud asjaoludel kaasa tuua vastutuse artiklis 2 ette nähtud positiivse kohustuse alusel (vt eespool viidatud *Powell ja Glass vs. Ühendkuningriik* (otsus vastuvõetavuse kohta), nr 61827/00, 18. märts 2003).

46. Riigid peavad kehtestama normid, mis kohustavad nii riiklikke kui ka erahaiglaid võtma kohaseid meetmeid patsientide elu kaitseks, ja looma tõhusa sõltumatu kohtusüsteemi, et avaliku või erasektori meditsiinitöötajate hoole all olevate patsientide surma põhjust oleks võimalik kindlaks teha ja süüdiolavad isikud vastutusele võtta (vt eespool viidatud *Calvelli ja Ciglio*, punkt 49; eespool viidatud *Hiller*, punkt 48; ja *Dodov vs. Bulgaaria*, nr 59548/00, punkt 80, 17. jaanuar 2008).

47. EIK kordab, et artiklis 2 sätestatud positiivne kohustus luua kohane õiguskaitse süsteem ei nõua ilmtingimata igas asjas kriminaalõiguslikku meedet, kui õigust elule või väärikusele ei ole rikutud tahtlikult (vt *Šilih vs. Sloveenia* [suurkoda], nr 71463/01, punkt 194, 9. aprill 2009, ja *Mastromatteo vs. Itaalia* [suurkoda], nr 37703/97, punkt 90, EIK 2002-VIII). Meditsiinilise ettevaatamatuse asjades võib see nõue olla näiteks täidetud ka siis, kui rikkumise ohvritel on tõhus võimalus pöörduda tsiviilkohtusse kas eraldi või koos kriminaalõigusliku meetmega, et tuvastada asjasse puutuva tervishoiutöötaja vastutus ja mõista välja tsiviilõiguslik kahjuhüvitis, näiteks hüvitis ja/või otsuse avaldamine. Ette võib näha ka distsiplinaarmedeid (vt eespool viidatud *Šilih*, punkt 194, eespool viidatud *Calvelli ja Ciglio*, punkt 51, ja *Vo vs. Prantsusmaa* [suurkoda], nr 53924/00, punkt 90, EIK 2004-VIII).

48. Samuti märgib EIK, et kui konventsiooniosaline on kehtestanud piisavad tagatised ehk kõrged professionaalsed standardid tervishoiuteenuse osutajatele patsientide elu kaitseks, siis ei saa EIK nõustuda, et sellised asjad nagu tervishoiutöötaja otsustusviga või tervishoiutöötajatevaheline ebapiisav koordinatsioon konkreetse patsiendi ravis on iseenesest piisavad, et võtta konventsiooniosaline konventsiooni artikli 2 alusel vastutusele tulenevalt tema positiivsest kohustusest kaitsta elu (vt eespool viidatud *Dodov*, punkt 82).

49. EIK rõhutab, et subsidiaarsuse põhimõte on üks peamisi põhimõtteid, millele konventsioonisüsteem on üles ehitatud. See tähendab, et konventsiooniga kehtestatud põhiõiguste kaitse mehhanism on inimõigusi kaitsvate riiklike süsteemide suhtes subsidiaarne (vt muu hulgas *Vučković jt vs. Serbia* (esialgne vastuväide) [suurkoda], nr 17153/11 ja veel 29, punkt 69, 25. märts 2014; *Kudla vs. Poola* [suurkoda], nr 30210/96, punkt 152, EIK 2000-XI; ja *Habulinec ja Filipović vs. Horvaatia* (otsus vastuvõetavuse kohta), nr 51166/10, punkt 26, EIK, 4. juuni 2013).

50. EIK kordab, et konventsiooni artikli 35 lõike 1 alusel võib ta kohtuasja arutada

ainult pärast kõigi riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamist. Artikli 35 eesmärk on anda konventsiooniosalistele võimalus vältida või heastada nende väidetavad rikkumised enne, kui vastavad väited esitatakse EIK-ile (vt eespool viidatud *Vučković jt*, punkt 70, ja *Mifsud vs. Prantsusmaa* (otsus vastuvõetavuse kohta) [suurkoda], nr 57220/00, punkt 15, EIK 2002-VIII). Vastupidine arvamus ei oleks kooskõlas konventsioonisüsteemi subsidiaarse olemusega (vt *Gavril Yosifov vs. Bulgaaria*, nr 74012/01, punkt 42, 6. november 2008).

51. Riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamise kohustus tähendab, et kaebaja peab tavapäraselt kasutama kättesaadavaid õiguskaitsevahendeid, mis on piisavad tema konventsiooni alusel esitatud kaebuse suhtes. Selleks, et õiguskaitsevahend oleks tõhus, peab see suutma olukorda vahetult heastada ja pakkuma mõistlikku edulootust (vt eespool viidatud *Vučković jt*, punktid 71 ja 74, ning *Balogh vs. Ungari*, nr 47940/99, punkt 30, 20. juuli 2004).

(b) Põhimõtete kohaldamine käesolevas kohtuasjas

52. EIK käsitleb riigisiseste õiguskaitsevahendite väidetava mitteammendamise küsimust kaebaja mõlema kaebuse suhtes koos.

53. Kuigi kaebaja viitas mõnes oma väites kahtlusele, et keegi teine võis olla seotud L.-i aknast välja hüppamisega, puuduvad märgid ja tõendid selle kohta, nagu oleks asi seotud tahtlikult elu võtmisega. Seega analüüsib EIK asja meditsiinilise ettevaatamatuse seisukohast selle laiemas mõttes. EIK märgib seejuures, et oluline ei pruugi olla ainult arstide, vaid ka sanitaride ja muu abipersonali väidetav ettevaatamatu tegevus või tegevusetus kitsamas mõttes (vt eespool viidatud *Dodov*, punkt 81).

54. EIK võtab arvesse asjaolu, et vastustajariik on kehtestanud tervishoiuteenuste korraldamise ja nende üle järelevalve tegemise üldregulatsiooni (vt punkte 16 ja 20–26 eespool). Miski ei viita sellele, nagu ei oleks vastustajariik taganud sellise regulatsiooni rakendamist, samuti pole ühtegi märki tervishoiuteenuste osutamise süsteemsetest või struktuursetest probleemidest, millest ametivõimud teadsid või oleksid pidanud teadma (vrd *Aydoğdu vs. Türgi*, nr 40448/06, punktid 87–88, 30. august 2016). Nende asjaolude valguses on EIK sunnitud kordama, et isegi kui haigla tegevuses oli puudujääke L.-i üle järelevalve tegemisel ning akendele ligipääsu ja nende avamise takistamisel – nagu märkis ekspertkomisjon (vt punkti 10 eespool) –, ei saa need asjaolud iseenesest viia järelduseni, et kriminaalõiguslik õiguskaitsevahend oli ainuke kohane moodus kaebaja kaebuste lahendamiseks.

55. Eespool öeldu ei tähenda, et nimetatud puuduste tõsidust võiks riigi tasandil eirata. Just siinkohal on oluline tõhus kohtusüsteem, mis tagab tervishoiuteenuste osutajate vastutuse kindlakstegemise ja pakub kohast heastamist.

56. Käesolevas asjas proovis kaebaja kasutada riigisiseses õiguses ette nähtud kriminaalõiguslikku õiguskaitsevahendit. 14. mail 2013. aastal esitas ta prokuratuurile kuriteoteate. Prokurör ei alustanud kriminaalmenetlust põhjusel, et juhtumi asjaoludes puudus kuriteokoosseis. Kaebaja kaebused Riigiprokuratuuri ja ringkonnakohtusse jäeti rahuldamata, sest neid ei esitatud advokaadi vahendusel. Hiljem jättis Riigikohus rahuldamata kaebaja taotluse riigi õigusabi saamiseks.

57. Kriminaalõigusliku õiguskaitsevahendi kasutamise kohta leiab EIK, et riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamise jaoks ei piisa sellest, kui kriminaalmenetlust üritatakse alustada kuriteoteate esitamisega asjaomastele ametivõimudele ja vaidlustatakse sellest keeldumine. See kehtib eriti siis, kui

konkreetsetest asjaoludest nähtuvalt on selge, et kuriteokoosseis puudub, kriminaalmenetlust üldse ei alustata ja kuriteoteate esitanud isikut teavitatakse sellest viivitamata. Praeguses asjas selgitasid ametivõimud piisavalt, miks nad leidsid, et kuriteokoosseis puudub (vt punkti 11 eespool). Esitatud põhjenduste alusel ei saa kriminaalmenetluse alustamata jätmist pidada meelevaldseks. Sellises olukorras ei saa EIK asuda esimese astme kohtu asemele ega asendada riigi ametivõimude otsust kriminaalmenetluse alustamata jätmise kohta enda omaga.

58. Lisaks leiab EIK, et kuigi kaebaja oli teadlik tsiviilõiguslikest õiguskaitsevahenditest, ei proovinud ta neid kasutada. Kuna kriminaalmenetlust ei alustatud, ei esitanud ta kriminaalmenetluses tsiviilhagi. Samuti ei esitanud kaebaja tervishoiuteenuse osutaja vastu eraldi tsiviilhagi. Ekspertkomisjoni kaasamise ja selle arvamuse kohta on EIK juba varem Eestiga seotud otsuses leidnud, et ekspertkomisjoni poole pöördumist, eriti eraldivõetuna, ei saa pidada piisavaks riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamise nõude täitmiseks (vt *A. V. vs. Eesti* (otsus vastuvõetavuse kohta), nr 3853/14, punkt 70, 29. märts 2016). Kuid ekspertkomisjoni arvamust oleks saanud kasutada tsiviilkohtumenetluses tervishoiuteenuse osutaja vastutuse kindlakstegemisel (vt punkte 10 ja 40).

59. EIK paneb tähele kaebaja väidet, et tema eesmärk ei olnud rahalise hüvitise saamine tsiviilhagi esitamisega tervishoiuteenuse osutaja vastu. Kuid EIK leiab, et olenemata sellest, kas kahjuhüvitis on tsiviilhagi peamine eesmärk või mitte, on ka tsiviilkohtumenetluse vältimatuks eelduseks kohtuasja asjaolude tuvastamine, surmapõhjuse kindlakstegemine ja õigustatud juhul süüdi olevate isikute vastutusele võtmine (vt eespool viidatud *A. V.*, punkt 62). Nagu on märgitud eespool, ei nõua konventsiooni artiklist 2 tulenev positiivne kohustus meditsiinilist ettevaatamatust puudutavates asjades ilmtingimata, et riigid pakuksid kriminaalõiguslikku õiguskaitsevahendit (vt punkti 47 eespool).

60. EIK on võtnud arvesse riigisisest õigust ja kohtupraktikat, mis võimaldab meditsiinilise ettevaatamatuse asju lahendada tsiviilkohtus, mis võib välja mõista ja mõistabki välja mittevaralise kahju hüvitisi. Seda, kas tsiviilõiguslik õiguskaitsevahend oleks kaebaja asjas pakkunud kohast lahendust ja hüvitist, oleks saanud hinnata vaid juhul, kui kaebaja oleks seda õiguskaitsevahendit kasutanud.

61. Kuna kaebaja katse alustada kriminaalmenetlust ei olnud edukas ja tsiviilhagi ta ei esitanud, leiab EIK konventsioonisüsteemi subsidiaarse olemuse tagamise vajadust (vt punkte 49–51 eespool) arvestades, et kaebaja kaebused tuleb konventsiooni artikli 35 lõigete 1 ja 4 alusel rahuldamata jätta riigisiseste õiguskaitsevahendite ammendamata jätmise tõttu.

Sellest lähtudes EIK ühehäälselt

tunnistab kaebuse vastuvõetamatuks.

Koostatud inglise keeles ja tehtud teatavaks kirjalikult 9. novembril 2017.

Stanley Naismith
Sekretär

Robert Spano
Esimees