

INSTITUTUL PENTRU DREPTURILE OMULUI DIN MOLDOVA (IDOM)

Chișinău, 2017

STUDIU de evaluare a politicilor naționale în domeniul malpraxisului medical și asigurarea respectării drepturilor pacienților în Republica Moldova. Concluzii și recomandări

Acest material este elaborat în cadrul Proiectului „Consolidarea capacităților persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, persoanelor cu dizabilități mintale și victimelor malpraxisului medical din Republica Moldova cu instrumentele necesare pentru protecția și apărarea drepturilor omului”, implementat de Institutul pentru Drepturile Omului din Moldova (IDOM) și este posibil datorită ajutorului generos al poporului american oferit prin intermediul Agenției SUA pentru Dezvoltare Internațională (USAID). Opiniile exprimate aparțin autorilor și nu reflectă, în mod necesar, poziția USAID sau a Guvernului SUA.

CUPRINS

Partea introductivă	
Capitolul I Opinia lucrătorilor medicali cu privire la necesitatea unui cadru normativ actualizat pentru malpraxis - Studiu calitativ	
1.1	Percepția greșelilor medicale în practica lucrătorilor medicali
1.2	Așteptări de la legislația pentru malpraxis medical
1.3	Premise și propuneri pentru dezvoltarea sistemului de asigurare de malpraxis medical
Capitolul II Analiza legislației RM în domeniul drepturilor pacienților și malpraxisului medical	
2.1	Aspecte generale
2.2	Drepturile pacientului în legislația Republicii Moldova
2.3	Analiza cadrului legislativ național cu privire la malpraxisul medical
2.4	Jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului pe cazurile de malpraxis medical
2.5	Mecanisme de protecție a drepturilor pacientului
Capitolul III Practici internaționale privind malpraxisul medical <i>Introducere</i>	
3.1	Cele mai bune practici internaționale privind malpraxisul medical
3.2	Cadrul legislativ internațional și european privind respectarea drepturilor pacienților în cazul malpraxisului medical
3.3	Recomandări privind modele de malpraxis medical pentru Moldova
Concluzii și recomandări privind legislația pentru malpraxis medical	

Partea introductivă

Malpraxisul medical poate fi definit ca tratamentul incorect sau neglijent aplicat de un medic unui pacient, care îi produce acestuia prejudicii de orice natură, în relație cu gradul de afectare a capacității fizice și psihice.

Malpraxisul este o greșeală, o neglijență profesională care ar fi putut fi evitată și care a avut drept rezultat vătămarea sănătății, a integrității corporale sau chiar pierderea vieții.

O definiție mai simplă a malpraxisului medical este cea de *eroare profesională* generatoare de pagube pacientului, ce implică răspunderea civilă a personalului medical sau a furnizorului de servicii și produse medicale, sanitare sau farmaceutice.

Literatura de specialitate ne confirmă că pot fi responsabili de malpraxis următorii actori importanți în realizarea actului medical: personalul medical; unitatea sanitară – independent sau împreună cu personalul medical; producătorul de echipamente medicale sau de medicamente; subcontractorul de servicii medicale sau nemedicale care furnizează servicii sau produse către o unitate sanitară; furnizorul de utilități (electricitate, apă, gaz, etc.).

Indiferent că este produs din eroare, din imprudență sau din cauza unor cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei, prejudiciul există, iar pentru a garanta acoperirea prejudiciilor rezultate în urma unui caz de malpraxis, în multe țări ale lumii, personalul medical este obligat să încheie o asigurare de răspundere profesională, care va cuprinde toate tipurile de tratamente medicale ce se efectuează în specialitatea și competența profesională a acestora.

Limitele maxime ale despăgubirilor de asigurare se stabilesc de către structuri competente, după consultarea asociațiilor profesionale din domeniul asigurărilor și asociațiilor medicale, cu avizul ministerelor de resort.

Prezentul Studiu are drept *scop* analiza comprehensivă a situației privind malpraxisul medical în Republica Moldova, cu regăsirea acestui subiect în legislația în vigoare, cât și pentru cercetarea percepției lucrătorilor medicali față de acest fenomen.

Obiectivul general al studiului este de a determina situația existentă la nivel național cu privire la malpraxisul medical și necesitățile actuale pentru elaborarea unui cadru normativ eficient și aplicativ pentru țara noastră.

Obiectivele specifice:

1. Analiza cadrului normativ actual din RM cu privire la protecția drepturilor pacientului și malpraxisul medical.

2. Studiarea opiniei personalului medical, dar și altor categorii de respondenți, inclusiv factorilor de decizie, referitor la elaborarea unui cadru normativ eficient în domeniul malpraxisului medical.

3. Elaborarea unor recomandări pentru crearea intervențiilor legislative necesare pentru asigurarea protecției pacienților și lucrătorilor medicali față de cazurile de malpraxis.

Conform termenilor de referință, metodologia cercetării în cauză a determinat și desfășurarea unui *studiu calitativ*, menit să identifice opinia lucrătorilor medicali și factorilor de decizie din sistemul sănătății cu privire la legislația care este considerată necesară de elaborat în domeniul malpraxisului.

Astfel, ca instrument de cercetare pentru componenta calitativă, a fost realizată discuția în *focus grupuri*, folosind atuurile pe care le implică o astfel de metodă, ca mijloc de a obține informații mult mai profunde despre o problemă specifică de la un grup avizat, investit cu autoritate.

Pornind de la această idee, ca tehnică de investigare a fost utilizat *interviul de grup*, pentru a pătrunde în profunzimea problemelor ce se referă la atitudini, comportamente, opinii, convingeri, cunoștințe și valori în rândul persoanelor cu studii medicale, cu referire la domeniul erorilor medicale. Aceste surse de informații au oferit nu doar date descriptive, esențiale în studiile calitative, ci, totodată, au făcut posibilă o analiză ulterioară și formulare de constatări importante rezultate din studiu.

Astefel, au fost realizate 4 *focus grupuri* în componența cărora au fost invitați la discuții reprezentanți ai următoarelor categorii:

- Medici practicieni din diferite instituții medicale, atât publice cât și private din diferite regiuni ale țării;
- Angajați ai Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”;
- Conducători și persoane cu funcții administrative din IMSP (instituții medico-sanitare publice).
- Persoane cu studii superioare nemedicale care activează în sectorul sănătății.

Aplicarea instrumentelor de cercetare

Discuția în grup, ca instrument de cercetare, a fost compusă din partea introductiv-explicativă și șapte blocuri tematice de întrebări, inclusiv întrebări explicative.

În dezvoltarea cercetării a fost aplicat *Ghidul de interviu*.

✓ Întrebările de tranziție

Prin ce este complicată profesia de medic?

✓ Întrebări cheie

1. *Recunoașteți prezența greșelilor medicale în activitatea cotidiană?*
2. *Cum și când sunt raportate și evaluate greșelile medicale?*
3. *Care este atitudinea personalului medical față de greșelile medicale?*
4. *Cunoașteți careva proceduri, un cadru normativ cu privire la greșelile medicale și malpraxis?*
5. *Care este definiția malpraxisului și din ce cauze poate apărea acest fenomen?*
6. *Ar trebui să existe o lege aparte pentru malpraxis? Dacă e așa, care sunt așteptările personalului medical față de aceasta?*
7. *Cine ar putea monitoriza implementarea și aplicarea legii pentru malpraxis medical?*
8. *Ar trebui să existe un sistem de asigurare de malpraxis pentru lucrătorii medicali din țara noastră?*
9. *Cum ar pute lucra eficient un așa sistem de asigurare?*

✓ Întrebări de încheiere

✓ Sumarizare

- *Dintre toate problemele menționate în discuție, care este cea mai importantă din punctul Dvs. de vedere?*
- *2-3 min de sinteză a celor discutate: Sunteți de acord? Cât de bine am înțeles problemele? Am omis ceva din vedere? Este ceva ce nu ați avut ocazia să exprimați?*

Tehnici de bază pentru susținerea discuției: pauza de câteva secunde după implicarea fiecărui participant, insistența: cerem detalii, dezvoltarea subiectului, explicații, exemple, continuare.

La sfârșitul interviului au fost prevăzute circa 10 – 15 minute, pentru a oferi posibilitatea participanților de a adăuga informații și aspecte neatinse în cadrul interviului sau neprevăzute în ghid.

Interviurile au fost conduse de un moderator, iar alți 1-2 cercetători au participat în calitate de observatori.

Prelucrarea datelor și a informațiilor obținute

A fost realizată *analiza fenomenologică* pentru punctarea subiectelor majore care reies din transcrieri, ceea ce permite reprezentarea aspectelor și perspectivelor diverse ale persoanelor care au participat în studiu. Această metodă ajută să fie înțeles modul în care prioritățile personale și condițiile culturale, socio-economice influențează convingerile, aspirațiile și conversația participanților în studiu.

Analiza datelor a constat în examinarea, clasificarea datelor pe categorii, tabelarea și recombinația observațiilor de pe parcursul interviurilor de grup, așa încât să abordăm focalizat scopul inițial al studiului.

Raportul reprezintă transpunerea narativă a rezultatelor cercetării. Transcrierea narațiunilor verbale a fost realizată în urma codificării inițiale, cu relevarea relațiilor tematice, gruparea temelor în clusteri și căutarea unor teme care să reflecte experiențele comune ale celor incluși în studiu. Au fost integrate texte fragmentate pentru o viziune holistică asupra datelor. Pentru formularea concluziilor a fost utilizată *analiza reflexivă*.

CAPITOLUL I

Opinia lucrătorilor medicali cu privire la necesitatea unui cadru normativ actualizat pentru malpraxis - *Studiu calitativ*

1.1 Percepția greșelilor medicale în practica lucrătorilor medicali

Prezența greșelilor

Participanții la studiu au confirmat faptul că greșelile medicale sunt prezente în viața profesională a medicului și farmacistului și că trebuie să existe un cadru normativ clar pentru cazurile când acestea se întâmplă, pentru a proteja atât lucrătorul medical, cât și pacientul.

Deasemenea, a fost accentuat aspectul că malpraxisul medical este o problemă discutată și încadrată într-un cadru normativ în toată lumea, însă mai puțin în Republica Moldova.

Participanții la discuție au argumentat că fiecare vârstă și specialitate medicală își are greșelile ei specifice, care trebuie bine cunoscute de cei din breaslă și care necesită măsuri speciale pentru prevenire, precum și asigurare de ele.

Un participant la discuții, chirurg cu experiență, a menționat că experiența mondială arată că orice intervenție chirurgicală își are marja sa de erori. De exemplu, la 500 de operații de colecistectomie, revine una de lezare a coledocului. Cu cât un specialist este mai experimentat, crește rata unor greșeli mult mai complexe, deoarece se fac operații mult mai laborioase. Acest fapt trebuie cunoscut și acceptat de pacienți.

O problemă actuală confirmată de toți participanții este lipsa unei definiții clare pentru toți, atât medici cât și pacienți – ce este malpraxisul. De exemplu, lipsa abilităților și neacordarea ajutorului poate fi interpretată ca greșală. Însă, poate fi situația unui tânăr specialist medic de familie care este cu o femeie în travaliu și prezentare pelviană. El nu va putea acorda ajutorul calificat în așa situație, doar asistenta de monitorizare. În caz de complicații tragice a acestei situații, va fi medicul considerat vinovat de inacțiune? Sau, dacă va face extracția greșită a copilului va fi învinuit de manipulare greșită și prejudiciu adus copilului nou-născut? Astfel, participanții au intrat în polemici aprinse, până când se poate considera acțiunea medicului ca malpraxis? Un al participant a dat exemplu, din propria practică, când unei femei gravide la examenul USG s-a stabilit diagnosticul de sarcină oprită în evoluție și i-a fost recomandat avortul în termen tardiv. Femeia a refuzat și a mers la altă clinică, unde s-a negat diagnosticul precedent. Femeia a născut ulterior un copil sănătos. Familia a dat medicul USG în judecată pentru prejudicii morale. Astfel, cine poate aprecia dauna morală și cum aceasta poate fi demonstrată pentru a determina recompensa adecvată?

Participanții au recunoscut că în activitatea unui medic greșeala este foarte frecventă și aceasta se poate întâmpla din diferite cauze, unele fiind înafara competenței și capacității de control din partea medicilor. Asemenea cauze pot fi:

- ✓ Probleme ce apar din cauza unor lacune de organizare la nivel de sistem sau instituție (management prost). Este greu de găsit vina medicului atunci când sunt multe deficiențe de sistem. Cine poate să învinuiască medicul de ceva ce nu-i la moment la nivel de sistem?
- ✓ Lucru cu echipamente învechite care pot împiedica stabilirea unui diagnostic corect. O eroare mică de date, poate duce la greșeli mari în tactica tratamentului (*Un participant a dat exemplul din domeniul neurologie. Diagnosticul epilepsiei este stabilit în baza encefalografiei, însă aparatele de encefalografie din țara noastră, în 60-80% dau date eronate. Neurologul poate stabili tratamentul corect doar în baza interpretării encefalogramei. Desigur, la o calitate proastă a acesteia, există un risc mare de tratament incorect, deci malpraxis. Sau, un alt exemplu: La USG a fost identificată o formațiune în cavitatea bazinului, însă, în timpul operației acolo nu a fost găsit nimic*);
- ✓ Oferirea unor rezultate de laborator eronate;
- ✓ Atipologie simptomatică, anomalii anatomice;
- ✓ Lipsa disponibilității unor medicamente care trebuie înlocuite cu altele, mai puțin eficiente;
- ✓ Greșeli din cauza personalului mediu, care direcționează vina către medic, căruia îi aparține cea mai mare parte din responsabilitate;
- ✓ Infecțiile nozocomiale, pot cauza complicații la intervențiile făcute bine;
- ✓ Neglijența, imprudența lucrătorilor medicali;
- ✓ Necompetența sau neprofesionalismul medicului din cauza lipsei sau a insuficienței componentei de instruire profesională. De exemplu, pentru un chirurg, până deprinde anumite abilități, este un risc mare de greșeli.

Este necesar de făcut o delimitare clară în definirea greșelilor și iatrogenie.

Responsabilitatea pentru greșelile medicale

Este foarte important de a asigura supravegherea pentru tinerii specialiști, iar când aceștia greșesc, să fie responsabilizat și supraveghetorul. De exemplu, un risc actual este faptul că, din lipsă de medici în regiunile rurale, sunt trimiși medici-rezidenți pentru a acorda asistență medicală populației de la sate. Ar trebui să fie o supraveghere permanentă a acestor tineri specialiști, pentru care riscul de a greși este mult mai mare.

Totodată, trebuie de făcut o diferențiere clară între greșelile făcute din imprudență, neglijență și cele făcute din lipsă de cunoștințe sau capacități. De exemplu, un tânăr specialist în urgențe majore poate să nu fie acuzat de malpraxis prin omiterea realizării unor acte/manipulări.

Responsabilitatea pentru prejudiciile aduse pacientului trebuie divizată clar după motivul acestora. Personalul medical ar trebui să fie responsabil pentru:

- ✓ prejudiciile produse din eroare, care includ și neglijența, imprudența sau cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament;
- ✓ prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementarilor legii privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale;
- ✓ prejudiciile produse în realizarea actului medical, nerespectarea protocolului clinic, sau atunci când lucrătorul medical își depășește limitele competenței.

Totodată, personalul medical nu ar trebui să poartă răspundere pentru greșelile și, respectiv, daunele cauzate de acestea, din motive de:

- ✓ Condiții neadecvate de lucru;
- ✓ Dotările insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament;
- ✓ Infecțiile nozocomiale;
- ✓ Efectele adverse, complicațiile și riscurile, în general, acceptate ale metodelor de investigație și tratament;
- ✓ Defecte sau neconformități ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicale folosite;
- ✓ Acțiuni cu bună-credință, dar care depășesc limitele competenței profesionale, în situații de urgență, în care nu este disponibil alt personal medical calificat cu competența necesară urgenței medicale.

Participanții la studiu au argumentat că trebuie trase la răspundere și unitățile sanitare, publice sau private, furnizoare de servicii medicale, care răspund civil pentru prejudiciile produse de personalul medical angajat, precum și pentru prejudiciile cauzate, în activitatea de prevenție, diagnostic sau tratament, în situația în care acestea sunt consecința:

- ✓ Infecțiilor nozocomiale, cu excepția cazului când se dovedește o cauză externă ce nu a putut fi controlată de către instituție;
- ✓ Defectelor cunoscute ale dispozitivelor și aparatului medicale folosite în mod abuziv, fără a fi reparate;
- ✓ Folosirii materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, substanțelor medicamentoase și sanitare, după expirarea perioadei de garanție sau a termenului de valabilitate a acestora, fără măsurile metrologice și de standardizare necesare.

Participanții au confirmat că trebuie bine gândită **responsabilizarea lucrătorului medical**, și totodată, **responsabilizarea pacientului ca participant al actului medical**.

De asemenea, a fost remarcat faptul că în rândurile personalului medical, pot fi și persoane cu comportamente diferite, uneori amorale și incorecte. Persoanele care își exercită nepotrivit meseria, ar trebui responsabilizate și de către colegii de breaslă, ar

trebuie luate atitudini față de anumite cazuri de malpraxis, fapt ce ar servi ca exemplu și pentru alți medici.

Evaluarea/discutarea greșelilor medicale

În cadrul discuțiilor realizate s-a recunoscut frecvent faptul că, în raportarea erorilor la medici se manifestă un fel de "solidaritate de breaslă" și de multe ori acestea se ascund, se mușamalizează. Nu există nici o analiză oficială a greșelilor făcute la nivel de instituții, atât republicane cât și raionale.

Cauzele care duc la tăinuirea greșelilor de către unii medici, pot fi diverse:

- ✓ Un sentiment de maximalism juvenil – *"eu sunt perfect, sunt specialist foarte bun, eu nu pot face greșeli..."*;
- ✓ Frica de sancțiuni dure;
- ✓ Știrbirea imaginii medicului care a greșit;
- ✓ Recunoașterea greșelii duce la învinuire, de aceea este prezentă frica de a rămâne singur și a primi învinuiri din partea colegilor sau a șefilor.
- ✓ Critica este privită în comunitatea noastră mai mult ca ceva rușinos decât un aspect constructiv.

Medicii consideră că în societatea noastră nu există o cultură corectă cu privire la greșelile care se pot întâmpla în practică. Atitudinea managerilor este de a pedepsi neapărat când se greșește și de aceea medicii au frica să recunoască. Un medic chirurg a relatat: *"Când greșim, nu avem ajutor, avem pedeapsă, penalizare!"*

Au fost expuse frecvent opinii precum că este important ca medicii să nu se teamă să declare greșeală, chiar poate să fie cumva motivat să o recunoască. La noi în sistem este tradițional ca atunci când este o problemă, nu se caută cauza, dar vinovatul și pe cine trebuie de pedepsit. Frica de a nu fi pedepsit duce la repetarea a aceleiași greșeli și situația în întregime nu se schimbă. Din frică de a fi pedepsit, multe greșeli se ascund, se mușamalizează, nu se recunosc.

"La moment este o ierarhie dură în sistemul sănătății. Când se greșește, se caută repede un vinovat și se lovește în el. Principalul să fie pedepsit cineva public. Apoi se uită... Este o lipsă totală de colegialitate".

Deasemenea, a fost expusă și opinia precum că societatea noastră nu e pregătită pentru recunoașterea adevărului. Trebuie create mecanisme de favorizare pentru recunoașterea adevărului când se face o greșeală. Specialistul trebuie lăudat, susținut atunci când își recunoaște greșelile. Pentru țara noastră este important a crea un sistem de raportare a greșelilor, responsabilizarea raportării greșelilor. Se constată lipsa unor proceduri clare pentru raportare, a unei transparențe, a unor marje de pedepse rezonabile. Este nevoie de dezvoltat în sistemul sănătății o cultură a raportării greșelilor. Trebuie promovată o procedura corectă de raportare a malpraxisului între medici, în interiorul colectivului.

Analiza greșelilor trebuie făcută de un colectiv de medici sau comisii de specialitate, însă la noi în comunitate există o atitudine eronată față de abordarea greșelilor. Deasemenea, nu există o instruire și o educație generală cum ar trebui să fie raportate greșelile. Uneori există conflicte de interese cu persoane din comisia care e numită pentru analiza cazului, aceasta având impact direct asupra încrederii colectivului față de obiectivitatea evaluării. De exemplu, specialistul principal al ministerului pentru o anumită specialitate este în același timp și șef de catedră, șef de clinică etc. Astfel, unele comisii actuale nu sunt eficiente, atunci când sunt persoane în relație de angajat și angajator, din aceeași instituție etc.

A fost expusă și opinia referitoare la posibilitatea creării unui sistem de raportare a greșelilor în format on-line.

Colegiul Medicilor

Printre problemele majore, evidențiate de participanții la studiu, o constituie și lipsa unui organ responsabil de evaluarea obiectivă a greșelii medicale – a unui Colegiu, care ar avea și posibilitatea acordării de asistență juridică personalului medical, în anumite situații. Colegiul ar putea avea și putere de decizie la nivel de breaslă.

Unii participanți la discuții au susținut că lucrătorii medicali din țara noastră nu sunt protejați și se simt mereu atacați, ceea ce la face munca mult mai dificilă: *"Toți s-au deprins la noi în țară să acuze și să pedepsească medicul, dar nimeni nu s-a gândit că medicul mai trebuie și protejat"*.

Medicii consideră că pentru evaluarea greșelii este necesar de a crea în cadrul Colegiului Medicilor anumite comisii specializate, care ar putea analiza obiectiv care aspecte a dus la comiterea erorilor și cum poate fi evitată repetarea acestora.

Fiecare greșală făcută de un medic necesită o analiză detaliată și profesionistă. În anumite situații pot fi invitați și experți independenți din diferite domenii, în comisiile create în cadrul Colegiului.

Deasemenea, a fost propusă și ideea unei evidențe centralizate a greșelilor medicale, ceea ce ar reflecta activitatea profesională a medicilor.

A fost expusă și opinia precum că ar fi trebuit amplificată valoarea și importanța asociațiilor profesionale care ar trebui să își expună poziția și să participe la decizii. A fost adus exemplul SUA, unde Asociația Medicilor care are o putere importantă de decizie.

1.2 Așteptări de la legislația pentru malpraxis medical

Participanții la discuții au susținut cu siguranță că legea pentru malpraxisul medical este necesară și foarte actuală pentru Republica Moldova. Prevederile despre malpraxisul medical ar putea fi incluse și ca capitol separat în proiectul Codului Sănătății, aflat în proces de elaborare.

Unii medicii astăzi se declară neprotejați în fața pacienților, iar această lege este văzută anume pentru acest scop. La moment, lipsa legii duce la lipsa încrederii a medicilor față de sistem și, desigur, a pacienților. Atât timp cât nu există încredere, medicii nu vor raporta greșelile lor și le vor ascunde, le vor mușamaliza.

"Avem un deficit mare de lucrători medicali și legea dură îi poate speria și mai mult. Dacă legea va veni cu o anumite presiuni asupra medicilor, aceștia vor părăsi țara și mai repede... Legea nu trebuie să sperie!"

Este foarte important de a informa comunitatea medicală cât de importantă este această lege pentru ei.

Legea foarte clar trebuie să enumere beneficiile medicilor și cele ale pacienților în urma cazului de malpraxis.

Este important de a informa bine comunitatea, pacienții despre așa lege, ca să fie excluse interpretările eronate. Trebuie de explicat în detaliu care acțiuni constituie malpraxis medical.

Legea trebuie, în primul rând, să conțină definiții clare a tuturor tipurilor de greșeli și cazuri de malpraxis. Ar trebui clar definite:

- ✓ responsabilitatea autorităților centrale din sistemul sănătății;
- ✓ responsabilitatea instituțiilor medicale pentru calitatea investigațiilor, a echipamentului, a condițiilor etc., pentru greșelile făcute de angajații acestora;
- ✓ responsabilitatea lucrătorului medical, nemijlocit implicat în caz de malpraxis.

Legea trebuie să dea o responsabilitate mai mare actului medical, unde fiecare parte să își știe rolul, drepturile dar și responsabilitățile.

Au fost expuse și susținute idei precum că legislația pentru malpraxis ar trebui să includă numaidecât capitole pentru protecția medicului, nu doar responsabilizarea lui.

"În țara noastră există legi care protejează pacientul, dar nimic pentru medic. Însă, uneori, medicii sunt expuși în situații foarte complicate sau jenante anume din cauza unor pacienți, care pot fi agresivi, iresponsabili, chiar mincinoși, etc."

A fost susținută ideea precum că, în lege, neapărat ar trebui de menționat și cazurile când se determină vina pacientului. Totodată, această lege ar trebui să fie imparțială în sensul ei, adică să susțină ambele ambele părți, atât medicul cât și pacientul.

Legea trebuie să includă prevederi concrete, pentru anumite momente vulnerabile, care pot apărea în activitatea unui medic. Participanții au discutat situația precum că o faptă poate fi interpretată diferit. *De exemplu: a fost expus un caz când a fost făcută o intervenție în regiunea maxilo-facială foarte bine, cu suturi calitative, câmpul operator curat. Însă, pacienta nu a rezistat și s-a scărpinat sub pansament și, respectiv, a introdus infecție. Ulterior, pacienta acuză medicii că nu au lucrat bine. Medicii se întreabă: Cum procedăm? Cine demonstrează vina sau invers, nevinovăția, chirurgului?*

Legea trebuie să reglementeze posibilitățile unor soluționări amiabile a conflictelor dintre medici și pacienți.

Medierea

Participanții au expus opinia că până a se ajunge la acuzații de malpraxis trebuie să existe posibilitatea de mediere. Legea trebuie să descrie un sistem posibil pentru împăcare amiabilă, împăcare, unde să fie prezentă medierea, consilierea.

Trebuie să fie prevăzută funcția de mediator în instituția medicală. Medierea în cadrul instituției are câteva aspecte pozitive:

1. Se păstrează confidențialitatea problemei și nu este afectată imaginea medicului.
2. Procesul durează un timp mai scurt și este mai econom din punct de vedere financiar.
3. Împăcarea aduce beneficii emoționale mai pozitive atât medicului cât și pacientului.

Totodată, există și necesitatea unui cadru legal pentru prevederea unui fond aparte în instituțiile medicale, pentru plata compensațiilor în cazul procedurilor de mediere. Legea ar trebui să prevadă și anumite limite pentru despăgubirile materiale solicitate de către pacient.

Totuși, medierea rămîne a fi o soluție de moment, care nu previne în toate cazurile, repetarea greșelilor. Sistemul trebuie să prevadă, la nivel de proceduri legale, și măsurile de intervenție post-greșală, pentru a evita repetarea unor astfel de situații.

Procedura de evaluare a malpraxisului

Legea trebuie să descrie clar cine va judeca acțiunile medicului, cum să fie organizată echipa profesională responsabilă de evaluarea cazului de malpraxis, care trebuie să fie creată din medici și juriști. Este nevoie de un cadru legal detaliat cu privire la cine și cum stabilește prejudiciul, limitele acestuia, partea care o acoperă instituția și cum va fi responsabilizat personalul vinovat.

"Este foarte complicat și este o procedură complexă să apreciem un fapt produs în actul medical ca greșală, ca malpraxis".

Legea trebuie să descrie activitatea Colegiului Medicilor, care ar proteja medicii în cazul stabilirii malpraxisului. Deasemenea, a fost expusă și opinia că sistemul de control al greșelilor medicale trebuie să aibă o organizare centralizată, stabilită prin lege, o procedură bine descrisă.

Legea trebuie să prevadă și pașii care trebuie întreprinși atunci când pacientul nu denunță pretenții față de actul medical, dar colegii văd că e malpraxis, că omul a suferit din cauza unui coleg de breaslă.

1.3 Premise și propuneri pentru dezvoltarea sistemului de asigurare de malpraxis medical

1. Experiența internațională arată că medicii fiind asigurați de malpraxis se simt și protejați. Ei nu se stresează în discuții și certuri cu pacienții. Pentru ei discută avocații companiei de asigurări.

2. Participanții la discuții au confirmat că consideră ideea că asigurarea pentru malpraxis ar oferi medicilor protecție și siguranță. A fost susținută ideea că asigurarea de malpraxis este o posibilitate de a nu rămâne 1:1 cu problema, atunci când un medic este acuzat.
3. Un medic asigurat va avea mai mult curaj să declare și să recunoască propria greșeală. Totodată, aceasta va duce și la creșterea vigilenței medicilor, a instituțiilor medicale și a sistemului în întregime. Totodată, asigurarea ar responsabiliza și managerii să angajeze un personal bine calificat, pentru a nu plăti mai apoi anumite prejudicii din cauza erorilor angajaților.
4. A fost unanim expusă opinia că asigurarea de malpraxis ar trebui să fie obligatorie pentru toți lucrătorii medicali, să fie o condiție obligatorie la angajare. Totuși, trebuie gândită foarte bine modalitatea de plată pentru această asigurare, deoarece medicii au salarii foarte mici.
5. Necesită și o planificare chibzuită mecanismul de formare a fondului de asigurare de malpraxis:
 - contribuția CNAM (?),
 - co-plata de la instituții (?).
6. Asigurarea de malpraxis se recomandă să fie achitată de ambele părți: atât instituția, cât și personalul medical. Însă trebuie prevăzută o procedură concretă de determinare a proporției vinovăției în plata pentru acoperirea prejudiciilor. Astfel, trebuie prevăzut clar în legea pentru asigurarea de malpraxis modalitatea stabilirii responsabilității personale a lucrătorului medical și a responsabilității instituției medicale. Trebuie responsabilitatea personalizată? Trebuie aceasta să depindă de specialitatea medicului? De stagiul de muncă? *(de ex. "Trebuie gândită bine asigurarea diferită pentru specialități diferite. Un chirurg care operează zilnic nu poate avea aceeași asigurare ca și un medic de familie dintr-un sat".)*
7. În stabilirea costurilor cotizațiilor pentru asigurare trebuie păstrat principiul de repartizare echitabil. Totodată, reieșind din salariul mic al medicilor, rămâne o întrebare cum va fi calculată rata pentru asigurare? Dacă va fi cotă dintr-un salariu de câteva mii, atunci aceasta va fi o sumă mică și nici un asigurator nu va dori să își asume așa cheltuieli, dar dacă va fi o sumă fixă, aceasta poate fi prea mare pentru un medic cu o remunerare mică din sistemul public. În plus, din cauza lipsei de medici în sistem, la moment lucrează mulți pensionari.
8. Participanții și-au manifestat îngrijorarea prin câteva întrebări care la moment nu au răspuns:
 - *În plata individuală a asigurării vor fi luate în considerare antecedentele anterioare de malpraxis?*
 - *Va exista un sistem de monitorizarea a greșelilor? Cine le va monitoriza și înregistra?*
 - *Este aceasta o informație confidențială? Compania de asigurări are dreptul la acces la astfel de date?*

9. În cadrul discuțiilor a fost expusă și opinia precum că aceste costuri ar putea fi acoperite prin creșterea cu o anumită cotă a tarifelor serviciilor medicale.
10. Trebuie gândite bine contribuțiile care trebuie plătite diferențiat de către reprezentanții diferitor specialități medicale, reieșind și din riscurile domeniului respectiv.
11. Un moment important este prevederea modalității de plată din partea instituțiilor, deoarece liniile de buget actuale nu permit așa cheltuieli. Plata din conturile speciale ale instituției nu poate fi prevăzută pentru așa scop, deoarece nu toate instituțiile medicale au așa conturi și acesta nu este un venit stabil, permanent.
12. Asigurarea ar trebui prevăzută ca articol aparte pentru cheltuielile instituției. Asigurarea instituțiilor medicale publice, de asemenea trebuie să se regăsească în cadrul normativ. Liniile de buget actuale ale instituțiilor medicale publice nu permit așa cheltuieli. Ar trebui CNAM să aprobe așa linie de cheltuieli din bugetul asigurărilor? Sau, dacă e o linie acoperită din surse suplimentare, există și instituții medicale mici, cu câțiva medici care nu pot avea fondurile necesare.
13. O altă problemă este și asigurarea medicilor-rezidenți. La moment, mulți rezidenți sunt direcționați să lucreze în regiunile rurale, unde nu sunt medici. Ar trebui aceștia să fie asigurați? Cine poartă responsabilitatea pentru acțiunile lor? Din ce bani să se asigure acești tineri, care au un venit foarte mic?

CAPITOLUL II

Analiza legislației RM în domeniul drepturilor pacienților și malpraxisului medical

2.1. Aspecte generale

Drepturile pacienților și malpraxisul medical sunt două categorii juridice complexe, care se regăsesc direct sau indirect în diferite acte normative naționale și internaționale.

Aspecte importante referitoare la cele două categorii se regăsesc în Constituția Republicii Moldova, care în art.36 garantează dreptul la ocrotirea sănătății, drept ce include în sine și drepturile pacienților de a le fi respectate drepturile lor. În art.24 Constituția garantează dreptul persoanei la viață și dreptul la integritate fizică și psihică (aspect foarte strâns legat din punct de vedere juridic de malpraxis). Legislația penală, contravențională și civilă, la fel, conțin în sine diferite reglementări ale relațiilor din domeniul protecției drepturilor pacienților și al malpraxis-ului medical, în special, ce țin de răspunderea juridică pentru încălcarea legislației din domeniu.

Este necesar de remarcat că, actualmente, în Republica Moldova, în ceea ce privește drepturile pacienților, avem adoptate mai multe acte legislative speciale (care se referă, primordial, la domeniul ocrotirii sănătății și protecției drepturilor pacienților) și anume:

- 1) *Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995*¹;
- 2) *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2007*²;
- 3) *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005*³;
- 4) *Legea privind sănătatea reproducerii nr. 138 din 15.06.2012*
- 5) *Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane nr. 42 din 06.03.2008*⁴;
- 6) *Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23 din 16.02.2007*⁵;
- 7) *Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei nr. 153 din 04.07.2008*⁶;
- 8) *Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10 din 03.02.2009*⁷;
- 9) *Legea cu privire la medicamente nr. 1409 din 17.12.1997*⁸;
- 10) *Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr.1456 din 25.05.1993*⁹;
- 11) *Legea privind donarea de sânge și transfuzia sanguină nr.241 din 20.11.2008*¹⁰;
- 12) *Legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope nr. 713 din 06.12.2001*¹¹;

¹Monitorul Oficial, 1995, nr. 34, art. 373.

²Monitorul Oficial, 2005, nr. 176-181, art. 867.

³Monitorul Oficial, 2005, nr. 172-175, art. 839.

⁴Monitorul Oficial, 2008, nr. 81, art. 273.

⁵Monitorul Oficial, 2007, nr. 54, art. 250.

⁶Monitorul Oficial, 2008, nr. 143-144, art. 583.

⁷Monitorul Oficial, 2009, nr. 67, art. 183.

⁸Monitorul Oficial, 1998, nr. 52.

⁹Monitorul Oficial, 2005, nr. 59-61, art.200.

¹⁰Monitorul Oficial, 2009, nr. 1-2, art.2.

¹¹Monitorul Oficial, 2002, nr. 36-38, art 208.

13) *Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor nr. 382 din 06.05.1999*¹²;

14) *Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 din 16.12.1997*¹³;

15) *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585 din 27.02.1998*¹⁴;

16) *Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr. 1593 din 26.12.2002*¹⁵;

Din lista aceasta de acte legislative, dat fiind obiectul studiului nostru, urmează a fi analizată în mod special actul legislativ ce consfințește drepturile pacienților în toate sectoarele domeniului ocrotirii sănătății și garantează realizarea acestor drepturi: Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.

2.2. Drepturile pacientului în legislația Republicii Moldova

Din punct de vedere juridic, drepturile pacientului sunt definite în legislația Republicii Moldova și anume în art.1 alin.(2) din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului *ca fiind drepturi derivate din drepturile fundamentale ale omului la viață și sănătate, care includ drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale, precum și drepturi individuale ce țin de respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate sau în legătură cu participarea lui benevolă, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale.*

Art.5 din aceeași Lege menționează că pacientul are dreptul la:

- a) asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație;
- b) atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase;
- c) securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate;
- d) reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate;
- e) opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație;
- f) asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă), în conformitate cu legislația;
- g) informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective;

¹²Monitorul Oficial, 1999, nr. 73-77, art. 339.

¹³Monitorul Oficial, 1998, nr. 44-46, art. 310.

¹⁴Monitorul Oficial, 1998, nr. 38-39, art. 280.

¹⁵Monitorul Oficial, 2003, nr. 18-19, art. 57.

- h) examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate normelor sanitaro-igienice;
- i) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora;
- j) informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant;
- k) exprimare benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenție medicală și la participare la cercetarea biomedicală (studiul clinic), în modul stabilit de prezenta lege și de alte acte normative;
- l) acceptare sau refuz în ce privește efectuarea ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă prejudiciu moral altor pacienți;
- m) asistență a avocatului sau a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație;
- n) informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor, în modul stabilit de legislație;
- o) atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație;
- p) îngrijire terminală demnă de o ființă umană;
- q) despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației.

Lista acestor drepturi nu este exhaustivă. Spre exemplu, în lista drepturilor nu se regăsește dreptul pacientului la intimitate, însă totuși acest drept este parțial acoperit de dreptul pacientului la confidențialitate și de dreptul la consimțământ. Mai mult ca atât, art.13 alin.(10) din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stabilește că pacientul nu poate fi fotografiat, filmat sau expus, în orice altă formă, demonstrării ca obiect de studiu într-o instituție medico-sanitară fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate). La fel, nu se regăsește în legislația noastră dreptul pacientului la respectarea timpului său, ori această „omisiune” este mai degrabă o inexistență a problemei ca atare. Ori, neacordarea de asistență medicală pacientului în „timp util” poate atrage după sine consecințe, inclusiv juridice, în dependență de consecințe și de circumstanțe: începând de la consecințe de ordin disciplinar și finisând cu cele de ordin penal.

Examinând prevederile actelor legislative în domeniu putem trage concluzia că legislația Republicii Moldova în general garantează cele mai importante drepturi ale pacientului, acestea fiind consfințite în legislația națională fie direct, fie indirect.

Astfel, ne vom referi în continuare la modul cum reglementează legislația noastră cele mai importante drepturi ale pacientului:

A) Dreptul la confidențialitate este statuat în art.12 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Dreptul pacientului la confidențialitate este o parte componentă a dreptului omului la viață privată, consfințit în art.28 din Constituția Republicii Moldova și art.8 din Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale.

Astfel, art.12 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stabilește că sunt confidențiale toate date despre identitatea și starea pacientului,

rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul și datele cu caracter personal ale pacientului.

Legea menționează că aceste date sunt confidențiale pe tot parcursul vieții pacientului și după moartea acestuia, fără limită de timp.

Conform aceleași legi sunt obligați să păstreze secretul medical (confidențialitatea datelor pacientului) medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate sau în cercetarea biomedicală (studiul clinic), precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu (inclusiv personal non-medical din cadrul instituției prestatoare de serviciu, dar și din afara acesteia).

Legea stabilește cu titlu de principiu că informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru în mod explicit sau la solicitarea reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în condițiile consimțite de pacient, în măsură adecvată capacității lui de înțelegere, în situații când capacitatea de exercițiu a pacientului nu este deplină sau lipsește ori dacă legea o cere în mod expres.

Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite:

- a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști în domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate;
- b) pentru a informa organele și instituțiile serviciului sanitaro-epidemiologic de stat în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă;
- c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația;
- d) la solicitarea Avocatului Poporului sau, după caz, a Avocatului Poporului pentru drepturile copilului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente cu cruzime, inumane sau degradante;
- e) la solicitarea membrilor Consiliului pentru prevenirea torturii, în cadrul vizitelor efectuate de ei și în limitele necesare desfășurării vizitelor;
- f) pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vârstă de pînă la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale;
- g) la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

În esență, este posibil de conchis că la capitolul garantării dreptului pacientului la confidențialitate legislația Republicii Moldova conține norme adecvate și suficiente. Articolele 74/1 – 75 din Codul contravențional prevede la acest capitol și posibilitatea atragerii la răspundere contravențională pentru încălcarea unor norme legale ce țin de protecția dreptului la confidențialitate.

B) Dreptul la consimțământ este statuat în art.13 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, care prevede că o condiție obligatorie premergătoare

intervenției medicale este consimțământul pacientului (cu excepția cazurilor prevăzute de lege).

Legea menționează că, consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi oral sau scris și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și medicul curant. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit acord informat. Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă și modelul formularului respectiv se elaborează de către Ministerul Sănătății.

Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația, expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de ea, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală.

Pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) are dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute la art.6, cu asumarea responsabilității pentru o atare decizie.

În caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează în mod obligatoriu de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant.

În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.

În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave.

În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului.

Ca și în cazul dreptului la confidențialitate, este posibil de menționat că și dreptul la consimțământ este reglementate adecvat și suficient în legislația Republicii Moldova. O remarcă însă la acest capitol poate fi efectuată și anume în ceea ce privește exprimarea consimțământului de către minori și persoanele care se află sub o formă de protecție. Ori, considerăm că aici legislația urmează a fi completată cu norme care să impună necesitatea de a lua în considerare, la exprimarea consimțământului sau refuzului de a consimți a următoarelor aspecte:

- voința pacientului însăși, în măsură adecvată capacității lui de a înțelege;

- interesul superior al copilului sau al persoanei aflate sub protecție;
- capacitățile evolutive ale acestora.

C) Dreptul la informare este reflectat în art.11 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Pacientul are dreptul la mai multe tipuri de informații și anume:

- Informații cu privire la volumul, tipurile și condițiile acordării serviciilor de sănătate, nivelul de acreditare a instituției medico-sanitare, licența și calificarea personalului angajat în prestarea serviciilor de sănătate
- Informații privind identitatea, statutul și experiența profesională a specialiștilor medicali care nemijlocit se ocupă de el și îl îngrijesc, aceștia fiind obligați să poarte un ecuson cu specificarea numelui, specialității și funcției deținute.
- Informații privind propriile date medicale, la rezultatele și la dosarele cu investigații, la tratamentele și îngrijirile primite, cu eliberarea unui rezumat în scris la externare. Pacientul poate obține copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale. Informațiile medicale cu privire la starea sănătății pacientului și la intervenția medicală propusă, inclusiv la riscurile și beneficiile potențiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul și alte informații cu caracter medical, se prezintă de către prestatorul de servicii de sănătate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale. În cazul când pacientul nu cunoaște limba de stat, se va căuta o altă formă de comunicare. Informațiile medicale se prezintă pacientului personal, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani și cele declarate incapabile sau cu capacitate de exercițiu limitată - reprezentanților lor legali (rudelor apropiate), informând concomitent pacientul în măsură adecvată capacității lui de exercițiu.

Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

2.3 Analiza cadrului legislativ național cu privire la malpraxisul medical.

Sub aspect juridic, noțiunea de malpraxis în legislația Republicii Moldova nu o regăsim definită ca atare, însă această categorie juridică o subînțelegem, ea fiind reglementată atât în legislația civilă și din domeniul drepturilor pacienților, cât și de Codul penal și parțial cel contravențional.

Art.1 alin.(2) din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nu definește noțiunea de malpraxis, ci definește o categorie juridică apropiată, cea de **eroare medicală, care este o activitate sau inactivitate conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism.**

Reieșind din art.213 Codul penal (analiza căruia urmează mai jos) putem menționa că legiuitorul indirect definește **malpraxisul ca fiind o încălcare a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale comise de medic sau de un alt lucrător**

medical, încălcarea ce a cauzat decesul pacientului sau vătămarea corporală a acestuia.

Ne propunem în prezentul studiu să trecem în revistă cele mai importante prevederi din legislația Republicii Moldova care conține norme juridice referitoare la definirea malpraxisului, răspunderea juridică pentru malpraxis, deci sub aspect de drept material, cât și sub aspect de mecanisme de protecție și realizare a drepturilor pacientului și soluționare a cazurilor de malpraxis.

A) Sub aspect de drept material prevederi referitoare la malpraxis și protecția drepturilor pacientului regăsim în legislația penală, contravențională, civilă și din domeniul dreptului medical.

Codul penal conține în art.213 o normă care incriminează sub anumite aspecte malpraxisul:

Articolul 213. Încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale

Încălcarea din neglijență de către medic sau de către un alt lucrător medical a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale, dacă aceasta a cauzat:

- a) vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;*
- b) decesul pacientului,*
- se pedepsește cu închisoare de pînă la 3 ani cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani.*

Astfel, art. 213 Cod penal prevede răspunderea penală pentru încălcarea din neglijență a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale, dacă aceasta a cauzat:

- a) vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;
- b) decesul pacientului.

Obiectul juridic principal al acestei infracțiuni o constituie relațiile sociale privind acordarea competentă a asistenței medicale. Obiectul juridic secundar îl reprezintă relațiile sociale referitoare la sănătatea sau viața persoanei.

Victima infracțiunii de la art. 213 Cod penal poate fi persoana care are calitatea de pacient.

Latura obiectivă a infracțiunii în cauză include:

- a) fapta prejudiciabilă care ia forma acțiunii sau inacțiunii de încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale;
- b) urmările prejudiciabile care se prezintă, în mod alternativ, ca vătămare a integrității corporale sau a sănătății, ori decesul pacientului;
- c) legătura causală între fapta prejudiciabilă și urmările prejudiciabile.

Este necesar de menționat că regulile sau metodele de acordare a asistenței medicale, încălcate de către făptuitor, trebuie să se regăsească în acte normative (legi, hotărâri ale Guvernului, ordine ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale), ordine interne ale instituției medicale, ghiduri, standarde medicale oficiale. Nu constituie infracțiune o încălcare a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, care nu se regăsesc în acte normative, ci în doctrina medicală. În această ordine de idei este foarte

important de a stabili clar în standardele medicale ce reguli și ce metode de tratament urmează a fi respectate de către lucrătorul medical. La fel, este deosebit de important de stabili în fișele de post (obligațiile de serviciu) ale medicilor și celorlalți lucrători medicali care sunt obligațiile de muncă ale acestora. Este foarte important de a distinge obligațiile de muncă ale medicului, de cele ale șefului de secție, moașei, asistentei medicale, felcerului etc.

O scurtă analiză juridică a art.213 Cod penal denotă faptul că în legislația penală sunt incriminate formele malpraxisului, care au drept consecință decesul pacientului sau vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății pacientului. Rămân în afara penalului acele forme de malpraxis, care au drept consecință vătămarea medie, ușoară sau neînsemnată a integrității corporale sau a sănătății pacientului.

Codul contravențional nu conține un articol cu caracter general care să se refere la malpraxis (sau la încălcarea regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale), însă conține alte prevederi, care doar tangențial au legătură cu încălcarea drepturilor pacientului și malpraxisul:

Articolul 65. *Necomunicarea despre existența unui pericol pentru viața ori sănătatea copilului. Necomunicarea autorității tutelare de către persoana cu funcție de răspundere și de către alte persoane despre existența unui pericol pentru viața ori sănătatea copilului sau despre încălcarea drepturilor și intereselor lui legitime se sancționează cu amendă de la 6 la 12 unități convenționale aplicată persoanei fizice, cu amendă de la 12 la 24 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere.*

Totuși prevederile Codului contravențional actualmente nu vin ca o continuare firească a prevederilor Codului penal și nu incriminează cazurile de malpraxis, care au avut consecințe mai blânde decât cele prevăzute în Codul penal.

Codul civil stabilește condițiile generale ale răspunderii civile delictuale și contractuale. Deși nu este obiectul studiului nostru, este totuși necesar de remarcat că în Republica Moldova nu este o viziune unică în privința tipului de răspundere juridică civilă pentru încălcarea drepturilor pacientului, în special în cazuri de malpraxis: fie răspundere civilă contractuală, fie răspundere civilă delictuală. În unele cazuri instanțele judecătorești naționale califică răspunderea prestatorului de servicii medicale ca fiind o răspundere civilă ce reiese din contractul încheiat între prestatorul de servicii și pacient (sau reprezentantul acestuia), aplicând astfel normele răspunderii contractuale (a se vedea spre exemplu, cauza *Berari Diana și Berari Mihai c. ÎCS Health Forever International SRL*, decizia finală a Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova pe cauză poate fi accesată la următorul link http://jurisprudenta.csj.md/search_col_civil.php?id=31235). În această din urmă cauză temei al atragerii la răspundere juridică civilă a constituit contractul de prestări servicii medicale încheiat între reclamantii Berari Diana și Berari Mihai cu Spitalul Internațional Medpark (ÎCS HealthForever International SRL). În alte cauze, temei al atragerii la răspundere juridică civilă a prestatorului de servicii medicale o constituie comiterea de către acesta din urmă a unui delict (adică a încălcării unor norme juridice imperative reflectate în legislația Republicii Moldova). Se pare că marea

majoritatea a cauzelor civile sunt examinate anume prin prisma instituției răspunderii civile delictuale (a se vedea spre exemplu, cauza *R.I c. V.E și IMSP IMC privind recuperarea prejudiciului*, decizia fiind accesibilă la următorul link https://jc.instante.justice.md/apps/pdf_generator/base64/create_pdf.php; o altă cauză în care instanțele judecătorești aplică regulile răspunderii delictuale este cauza *C.A. și C.O. c. IMSP IMC privind recuperarea prejudiciului material și moral*, decizia instanței fiind accesibilă la următorul link https://cac.instante.justice.md/apps/pdf_generator/base64/create_pdf.php). Această dualitate (aplicarea atât a răspunderii civile delictuale, cât și a celei contractuale) rezidă în aceea că atunci când este semnat un contract în formă scrisă între prestatorul de servicii medicale și pacient, părțile într-un eventual litigiu fac trimitere la răspunderea contractuală, iar când un contract în formă scrisă lipsește (marea majoritate a cazurilor), părțile fac trimitere la normele răspunderii delictuale.

Art.1398 Cod civil stabilește temeiurile și condițiile generale ale răspunderii civile delictuale: **Articolul 1398. Temeiul și condițiile generale ale răspunderii delictuale**

(1) *Cel care acționează față de altul în mod ilicit, cu vinovăție este obligat să repare prejudiciul patrimonial, iar în cazurile prevăzute de lege, și prejudiciul moral cauzat prin acțiune sau omisiune.*

(2) *Prejudiciul cauzat prin fapte licite sau fără vinovăție se repară numai în cazurile expres prevăzute de lege.*

(3) *O altă persoană decât autorul prejudiciului este obligată să repare prejudiciul numai în cazurile expres prevăzute de lege.*

(4) *Prejudiciul nu se repară dacă a fost cauzat la rugămintea sau cu consimțământul persoanei vătămate și dacă fapta autorului nu vine în contradicție cu normele de etică și morală.*

Așadar, pentru existența răspunderii civile delictuale sunt necesare de întrunit cumulativ următoarele condiții:

1) Existența fapte ilicite, adică a unei acțiuni sau omisiuni prin care să se încalce o lege sau un alt act normativ (inclusiv prevederile ghidurilor, standardelor și protocoalelor medicale).

2) Existența vinovăției persoanei care comite fapta ilicită, adică fapta ilicită să fie comisă conștient, fie intenționat, fie din imprudență.

3) Existența consecințelor urmărilor negative (în caz de malpraxis pentru viața sau sănătatea pacientului)

4) Existența legăturii cauzale dintre fapta comisă și consecințele survenite.

În Republica Moldova, unde medicii și ceilalți lucrători medicali nu sunt de liberă practică, ci sunt angajați ai unor instituții medico-sanitare, o valoare deosebită o au regulile privind răspunderea comitentului pentru fapta prepusului. Astfel, art.1403 din Codul civil statuează în felul următor:

Articolul 1403. Răspunderea comitentului pentru fapta prepusului

(1) *Comitentul răspunde de prejudiciul cauzat cu vinovăție de prepusul său în funcțiile care i s-au încredințat.*

(2) Comitentul conservă dreptul de regres contra prepusului. Prepusul se poate exonera dacă va dovedi că s-a conformat întocmai instrucțiunilor comitentului.

Din sensul articolului citat reiese că un pacient care pretinde că i s-a cauzat un prejudiciu urmare a malpraxisului sau a încălcării unor alte drepturi ale pacientului va putea chema în judecată, în calitate de pârât, instituția medicală unde i-a fost acordată asistența medicală, iar instituția va putea să poarte răspundere juridică civilă în locul medicului sau a altui lucrător medical care a cauzat nemijlocit prejudiciul. Totuși instituția medicală își păstrează dreptul de regres împotriva salariatului său care a cauzat nemijlocit prejudiciul. Totuși acesta din urmă, va putea fi exonerat de răspundere dacă va demonstra că a executat întocmai obligațiile sale de muncă și instrucțiunile angajatorului său.

Pentru prejudiciul cauzat ca urmare a decesului sau a vătămării corporale a persoanei (inclusiv în caz de malpraxis), autorul prejudiciului (sau angajatorul acestuia) poate fi obligat la repararea prejudiciului cauzat victimei. În esență prejudiciul cauzat victimei poate fi:

- prejudiciu material;
- prejudiciu moral;
- prejudiciu ce ține de cheltuieli de judecată și de executare a unei eventuale hotărâri judecătorești.

La categoria prejudiciului material pot fi atribuite orice pierderi materiale pe care le-a avut de suportat victima. Art.1418 Cod civil reglementează aspectul recuperării prejudiciului material în felul următor:

Articolul 1418. *Răspunderea pentru prejudiciul cauzat prin vătămare a integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății*

(1) În caz de vătămare a integrității corporale sau de altă vătămare a sănătății, autorul prejudiciului are obligația să compenseze persoanei vătămate salariul sau venitul ratat din cauza pierderii sau reducerii capacității de muncă, precum și cheltuielile suportate în legătură cu vătămarea sănătății – de tratament, de alimentație suplimentară, de protezare, de îngrijire străină, de cumpărarea unui vehicul special, de reciclare profesională etc.

(2) Determinarea salariului (venitului) nerealizat din cauza vătămării integrității corporale sau altei vătămări a sănătății se efectuează conform legii.

(3) La determinarea salariului nerealizat (venitului ratat) nu se iau în considerare pensia de dizabilitate, stabilită persoanei vătămate în legătură cu vătămarea integrității corporale sau cu o altă vătămare a sănătății și nici alte indemnizații sau sume, plătite pe linia asigurărilor sociale de stat. (4) Volumul despăgubirilor ce se cuvin, în conformitate cu prezentul articol, persoanei vătămate poate fi mărit prin lege sau contract.

Cu alte cuvinte în categoria prejudiciului material intră: salariul sau alt venit ratat de victimă din cauza daunei aduse sănătății, cheltuieli de tratament, de alimentație suplimentară, eventual cheltuieli pentru proteze, pentru îngrijirea acordată de o persoană străină (bonă, asistentă medicală, etc.) și alte cheltuieli pe care victima le-a suportat sau le va suporta urmare a vătămării sănătății sale.

Prejudiciul moral se repară de autorul prejudiciului în caz dacă urmare a acțiunilor sale victima a avut suferințe psihice sau fizice. Nicio lege nu stabilește mărimea minimă și pe cea maximă a prejudiciului moral care poate fi încasat în folosul victimei. Legislația

stabilește doar criteriile de apreciere a mărimii prejudiciului moral, cum ar fi: caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice cauzate persoanei vătămate, circumstanțele cauzării prejudiciului și statutul social al victimei, gradul de vinovăție al autorului prejudiciului, măsura în care compensarea prejudiciului moral poate aduce satisfacție victimei.

Art.1422 și art.1423 din Codul civil la capitolul recuperarea prejudiciului moral statuează în felul următor:

Articolul 1422. Reparația prejudiciului moral

(1) În cazul în care persoanei i s-a cauzat un prejudiciu moral (suferințe psihice sau fizice) prin fapte ce atentează la drepturile ei personale nepatrimoniale, precum și în alte cazuri prevăzute de legislație, instanța de judecată are dreptul să oblige persoana responsabilă la reparația prejudiciului prin echivalent bănesc.

(2) Prejudiciul moral se repară indiferent de existența și întinderea prejudiciului patrimonial.

(3) Reparația prejudiciului moral se face și în lipsa vinovăției autorului, faptei ilicite în cazul în care prejudiciul este cauzat prin condamnare ilegală, atragere ilegală la răspundere penală, aplicare ilegală a arestului preventiv sau a declarației scrise de a nu părăsi localitatea, aplicarea ilegală în calitate de sancțiune administrativă a arestului, muncii neremunerate în folosul comunității și în alte cazuri prevăzute de lege.

Articolul 1423. Mărimea compensației pentru prejudiciu moral

(1) Mărimea compensației pentru prejudiciu moral se determină de către instanța de judecată în funcție de caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice cauzate persoanei vătămate, de gradul de vinovăție al autorului prejudiciului, dacă vinovăția este o condiție a răspunderii, și de măsura în care această compensare poate aduce satisfacție persoanei vătămate.

(2) Caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice le apreciază instanța de judecată, luând în considerare circumstanțele în care a fost cauzat prejudiciul, precum și statutul social al persoanei vătămate.

La fel, prevederi referitoare la recuperarea prejudiciului moral pentru daunele morale aduse pacienților, se regăsesc și în *Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995* :

Articolul 19. Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății

(1) Orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății de factori nocivi generați prin încălcarea regimului antiepidemic, regulilor și normelor sanitar-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum și de acțiunile, rău intenționate ale unor alte persoane.

(2) Persoana poate ataca acțiunile și hotărârile nelegitime ale organelor de stat și ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea.

(3) Pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienților de unitățile medico-sanitare prin necesitatea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă dizabilitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui.

(4) Dacă îmbolnăvirile și traumele sunt generate de încălcarea regulilor de protecție a muncii, regulilor de circulație rutieră, a ordinii de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de

folosirea substanțelor narcotice și toxice, precum și de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenței medicale.

Cu toate că legislația Republicii Moldova prevede criterii care pot duce la stabilirea cuantumului prejudiciului moral cauzat pacienților în caz de încălcare a drepturilor sale, inclusiv în caz de malpraxis, totuși nu există o jurisprudență unitară în acest domeniu, iar sumele acordate cu titlu de prejudiciu moral de obicei sunt mult mai mici decât prevăd standardele internaționale. Acest fapt, în opinia noastră, se datorează mai mult factori principalul fiind inexistența sistemului de asigurare pentru malpraxis în Republica Moldova, de obicei medicul fiind pus în situația de a recupera de sine stătător prejudiciul material și moral cauzat urmare a unor acțiuni de malpraxis.

2.4. Jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului pe cazurile de malpraxis medical

Curtea Europeană a Drepturilor Omului în jurisprudența sa constantă consideră ca fiind o încălcare a Convenției europene pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale, acordarea unor prejudicii morale disproporționate în raport cu dauna morală adusă victimei. Nu sunt o raritate situațiile de acordare a unui prejudiciu moral de 10-20 mii lei pentru cazuri de malpraxis constatate. În cauza *G.B. și R.B. c. MOLDOVEI* (cererea nr. 16761/09; informații pot fi accesate la linkul <http://www.lhr.md/news/345.html>), CEDO a constatat ca fiind o încălcare a Convenției situația când instanțele de judecată din Republica Moldova au acordat unui cuplu din Republica Moldova (R.B.și G.B.) o sumă a prejudiciului moral de 10000 lei (aproximativ 607 euro la acea vreme), pentru faptul că un medic i-a extirpat lui G.B. ovarele și trompele uterine din greșeală și fără consimțământul ei sau al soțului său.

În acest sens, considerăm că atunci când instanțele de judecată își argumentează decizia privind încasarea prejudiciului moral, urmează să se conducă de jurisprudența CEDO pe cauze similare, desigur că argumentându-și poziția și pre criteriile de determinare a mărimii prejudiciului stabilite de legislația internă.

La categorii cheltuielilor de judecată și pentru executarea unei eventuale hotărâri judecătorești se atribuie acele cheltuieli pe care victima le-a suportat în legătură cu adresarea în judecată și ulterior în cazul emiterii unei hotărâri în favoarea sa, pentru executarea acesteia, cum ar fi: plățile achitate cu titlu de taxă de stat, plățile achitate cu titlu de asistență juridică (onorariile și cheltuielile avocatului), plățile achitate pentru efectuarea constatărilor și expertizelor medico-legale sau de altă natură, onorariile și cheltuielile achitate executorului judecătoresc etc.

2.5 Mecanisme de protecție a drepturilor pacientului

Sub aspect de **mecanisme de protecție a drepturilor pacientului inclusiv în caz de malpraxis**, este de menționat că Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului stabilește două căi de protecție (art.16 din Lege):

1) Extrajudiciară

2) Judiciară de protecție a drepturilor pacientului.

Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului se realizează, după caz, de către:

a) Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

b) direcțiile teritoriale de sănătate;

c) instituțiile medico-sanitare și farmaceutice;

d) organizațiile de asigurări de sănătate;

e) organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile pacienților, asociațiile obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate;

f) alte structuri, create și acreditate în conformitate cu legislația.

La prima vedere s-ar părea că sunt cel puțin cinci căi extrajudiciare de protecție a drepturilor pacientului, însă analizând statutul instituțiilor chemate să garanteze pe căi extrajudiciare drepturile pacientului, putem conchide că de fapt această protecție extrajudiciară este de cele mai multe ori iluzorie și ineficientă.

Astfel, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, este o autoritate publică centrală de specialitate. Rolul său în protecția drepturilor pacientului rezidă în elaborarea de politici și implementarea acestora, examinarea petițiilor cetățenilor și lucrătorilor medicali. Ca organ de extrajudiciar de protecție a drepturilor pacientului, rolul Ministerului în ultimă instanță se reduce la constatarea anumitor fapte, crearea de comisii care să examineze petițiile pacienților, însă nicidecum Ministerul actualmente nu are rol de organ de examinarea a cauzelor privind încălcarea drepturilor pacienților, care să pronunțe „decizii” privind soluționarea litigiilor, constatarea încălcării (neîncălcării) drepturilor și acordarea despăgubirilor.

Direcțiile teritoriale de sănătate au rolul de a examina petițiile pacienților și lucrătorilor medicali din raza teritorială respectivă. Ca și Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nu pot avea rol de veritabil organ de soluționare a cauzelor privind drepturile pacienților. Mai mult ca atât, în marea majoritate a unităților administrativ-teritoriale de nivelul doi nici nu există direcții teritoriale de sănătate.

Instituțiile medico-sanitare și farmaceutice în general nu pot fi privite ca autorități care să soluționeze sau să protejeze pe cale extrajudiciară drepturile pacienților. Ori, aceste instituții dimpotrivă de obicei sunt cele care sunt învinuite de încălcarea drepturilor respective. Printre altele, nici nu există mecanisme care să prevadă în realitate modalități de protecție extrajudiciară a drepturilor pacienților.

Același lucru se poate spune și despre organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile obștești de protecție a consumatorilor serviciilor de sănătate sau asociațiile pacienților. Toate aceste categorii de asociații au statut de organizații obștești, care pot să ajute, să asiste pacienții pentru apărarea drepturilor acestora, dar nicidecum nu pot proteja, în sens de a soluționa, pe cale extrajudiciară drepturile pacienților.

Organizațiile de asigurări în sănătate, la fel, pot doar să asiste pacienții, dar nu să soluționeze extrajudiciar pretențiile acestora. Compania Națională de Asigurări în Medicină poate să inițieze procese civile în interesul pacienților asigurați, poate să efectueze controale în instituțiile cu care a încheiat contracte de prestări servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, dar nici Compania Națională de Asigurări în Medicină nu poate soluționa de cale extrajudiciară litigiile legate de drepturile pacienților.

Este de remarcat că nici Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nu prevede cum anume aceste organe extrajudiciare protejează drepturile pacientului. Ca atare, mecanismele extrajudiciare prevăzute în art.16 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nu sunt veritabile mecanisme extrajudiciare de protecție a drepturilor pacienților, iar mecanisme eficiente de protecție extrajudiciare specifice nu sunt în realitate în Republica Moldova.

În acest sens, considerăm că este imperios necesar de a fi create mecanisme eficiente de soluționare extrajudiciară a plângerilor pacienților și de soluționare a litigiilor apărute, cum ar fi: comisiile independente de examinare a cazurilor de malpraxis, care să examineze plângerile pacienților, să constate existența sau inexistența malpraxisului și să dispună acordarea despăgubirilor din contul prestatorului de servicii medicale sau al companiilor de asigurări; colegiul profesional al medicilor (nu cu statut de organizație obștească, la care aderă cei care doresc, ci cu statut de organizație profesională publică la care sunt membri toți medicii activi), care ar examina plângerile pacienților și eventual a lucrătorilor medicali privind încălcarea deontologiei medicale, etc.

Din motivul lisei mecanismelor extrajudiciare efective, de cele mai multe ori cazurile de pretinsă încălcare a drepturilor pacientului sau de malpraxis ajung a fi soluționate doar pe căi judiciare, care de cele mai multe ori sunt mult mai anevoioase, atât pentru instituția medicală, medic, cât și pentru pacient, deoarece impun cheltuieli materiale mari (cheltuieli pentru asistență juridică, expertize, etc), durată de timp de examinare și soluționare foarte mari (examinarea unei cauze penale sau civile în judecată rareori durează mai puțin de un an de zile, iar de multe ori durează și mai mult, pînă la parcurgerea tuturor căilor de atac a hotărârilor judecătorești).

La căile judiciare de protecție se referă:

1) Posibilitatea pacientului de a depune o plângere penală către organul de urmărire penală (poliție, procuratură) atunci când pretinde o încălcare a drepturilor sale de pacient, care intră sub incidența Codului penal, sau existența unei alte sesizări de asemenea natură în fața organului de urmărire penală. În cazurile de acest fel, organul de urmărire penală va examina plângerea depusă (sau alt act prin care a fost sesizat) și dacă din conținutul ei rezultă o bănuială rezonabilă că a fost comisă o infracțiune (și nu există care cauze care să excludă urmărirea penală), va porni urmărirea penală (art.274 Cod de procedură penală). Organul de urmărire penală sesizat va avea un rol activ și va acumula toate probele pertinente pentru aflarea adevărului.

2) Posibilitatea pacientului de a înainta o acțiune civilă în instanța de judecată în vederea atragerii la răspundere civilă a prestatorului de servicii medicale, care i-ar fi încălcat drepturile sale. Dacă în prima situație, rolul de acumulare a probelor îi revine organului de urmărire penală, atunci în cazul litigiilor civile, rolul părților este primordial

ori, instanța de judecată nu va administra probe la inițiativa sa, ci doar la inițiativa părților. Conform art.118 Cod de procedură civilă, fiecare parte trebuie să dovedească circumstanțele pe care le invocă drept temei al pretențiilor și obiecțiilor sale. Astfel, pacientul care va înainta acțiunea civilă în judecată va trebui să dovedească cu probe temeinicia afirmațiilor sale, fapt care de multe ori este dificil, deoarece pacientul nu dispune de multe ori de pregătire de specialitate și nici nu are acces la documentația medicală necesară. Sarcina probațiunii în judecată rămâne totuși pe seama reclamantului, chiar dacă acesta este pacient și nu dispune de cunoștințele necesare și de informații relevante.

Căile judiciare, desigur la momentul actual sunt mult mai eficiente decât cele așa-zise „extrajudiciare” prevăzute în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Totuși și căile judiciare sunt de multe ori greu de urmat pentru părți. Cale penală nu este una prea ușor de urmat nici pentru pacient, care apare în rol de victimă, dar nici pentru medic, care este învinuit de anumite ilegalități, fiind pus în pericol de a fi urmărit penal sau condamnat pentru acțiunile sau inacțiunile sale. De multe ori, însăși chemare la organul de poliție sau procuratură este privită de lucrătorul medical ca o pedeapsă, chiar dacă ulterior nu se va constata vreo ilegalitate. Adresarea pe calea acțiunii civile este în schimb mai dificilă pentru pacient, care va trebui să suporte cheltuieli, va trebui să acumuleze probe. De multe ori, pacientul este predispus să se adreseze cu plângeri penale doar pentru a transmite rolul de a acumula probe (efectuarea expertizelor, constatările, audierea martorilor) către organul de urmărire penală, ca ulterior aceste probe să poată fi folosite în procesul civil. Această situație impune, în opinia noastră, necesitatea dezvoltării unor căi extrajudiciare de soluționare a plângerilor pentru pretensele încălcări ale drepturilor pacientului și pentru malpraxis.

Capitolul III

Practici internaționale privind malpraxisul medical

Introducere

Cadrul general privind malpraxisul la nivel internațional acoperă domeniul responsabilității legale pentru eroarea în serviciile de sănătate care a adus la prejudicii. La nivel global există o varietate de sisteme de gestiune a malpraxisului, cu particularități variate în diferite componente ale sale, dar și cu principii similare și chiar universale.

În acest reviu vom caracteriza cele mai principale sisteme de malpraxis, cu evidențierea în special a acelor componentelor sistemice care pot fi relevante în contextul realităților din Republica Moldova.

În majoritatea statelor dezvoltate malpraxisul medical este acoperit de cadrul legal de neglijență, raportat la standardele actuale de servicii în domeniul ocrotirii sănătății. În acest sens malpraxisul medical intră în familia altor neglijențe profesionale (denumite generic malpraxis – o neglijență comisă în cadrul aplicării unei profesii – medicale, juridice, contabilitate, etc).

În diferite țări există diferențe variate inclusiv în principiile definitorii ale malpraxisului, sistemul juridic de abordare, standardele de îngrijire, probarea și cauzalitatea, părțile responsabile, sistemul de asigurare și modul și mărimea recompenselor.

Drepturile pacientului sunt conexe, însă nu neapărat în toate necazurile încălcarea acestora poate fi calificată ca malpraxis. De aceea aici vom încerca să clarificăm aceste aspecte și să delimităm specific elementele unui caz calificat ca malpraxis medical.

Elementul comun pentru diferite sisteme la nivel internațional este că noțiunea de malpraxis apare în relațiile dintre pacienți (sau mai evoluat în unele sisteme – beneficiari, clienți) și prestatorii de servicii medicale (mai evoluat în unele sisteme – servicii de sănătate), în prezența unui prejudiciu. Această relație la nivel de standard internațional este acoperită de domeniul drepturilor fundamentale ale omului, relevant și pentru țara noastră – în special în Pactul Internațional privind Drepturile Economice Sociale și Culturale (PIDESC) și alte tratate majore ale ONU și cadrul regional – al Consiliului Europei – Convenția Europeană a Drepturilor Omului¹⁶ și Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina (Oviedo)¹⁷. Mai detaliat despre obligațiile statului privind realizarea dreptului la ocrotirea sănătății¹⁸ (relevante pentru standardul de îngrijire în malpraxis), cu diferite componente ale sale le vom menționa în subcapitolul următor privind cadrul de protecție a drepturilor pacienților (*vezi: 2.2.*

¹⁶ Convenția pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale, Roma, 4.XI.1950

¹⁷ Convenția Europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, Oviedo, 4 aprilie 1997

¹⁸ Citește: dreptul la cel mai înalt standard de sănătate care poate fi atins (art. 12, PIDESC)

3.2 Cadrul legislativ internațional și european privind respectarea drepturilor pacienților în cazul malpraxisului medical). La nivel național diferite state reglementează aceste relații în dreptul civil (contractual și delictual), contravențional și penal.

Un alt element comun între toate sistemele de malpraxis este că scopul principal la nivel global este de a repara prejudiciile persoanei care a suferit din eroarea medicală¹⁹. Un scop secundar, aproape universal în diferite sisteme este descurajarea practicilor medicale eronate și asigurarea eforturilor eficiente de prevenire a acestor practici.

3.1 Cele mai bune practici internaționale privind malpraxisul medical

Diferite elemente, inclusiv definiții ale malpraxisului determină varietatea sistemelor răspunderii legale la nivel internațional.

În special în sistemele juridice bazate pe responsabilitatea delictuală, aceste elemente sunt:

- Standardul de tratament (îngrijire)
- Probatoriul și cauzalitatea
- Actorii responsabili
- Compensațiile (prejudiciile)
- Clauzele de excepție (scutire)

Standardul de tratament

Existența standardul de tratament este o condiție obligatorie pentru constatarea acțiunii sau inacțiunii medicale eronate. Standardul de tratament de obicei este aprobat în legislațiile naționale în formă de legi, acte guvernamentale, protocoale standardizate profesionale de tratament, coduri de conduită, etc. Prezența acestor standarde sunt în mare parte cerințe față de obligațiile statului de a acorda servicii **acceptabile și calitative** de sănătate, în conformitate cu cerințele moderne ale științei medicale și altor științe conexe, realităților culturale și sociale, nivelului economic, etc. (vezi aspectul de acces la servicii de sănătate acceptabile și calitative, ca parte din dreptul la cel mai înalt standard de sănătate din subcapitolul următor *Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate*). Aspectele relevante pentru malpraxis din standardul de tratament sunt de exemplu acordul liber și informat, confidențialitatea, calitatea diagnosticului, consilierii și a tratamentului. De asemenea trebuie menționat că aici sunt relevante nu doar practicile individuale, ci și instituțiile medicale, unde deseori erorile apar din lipsa protocoalelor instituționale sau organizarea defectuoasă a activității sanitare, inclusiv asigurarea cu medicamente sigure și aparataj medical. În acest context, ține anume de standardul de tratament național să stabilească dacă avea sau nu obligația, instituția să asigure medicamentele necesare.

¹⁹ La moment interpretămca doar ca termen general, făcând abstracție de particularitățile laturii obiective a faptei care constituie temeiul malpraxisului în diferite sisteme juridice și de sănătate.

Referitor la aspectul informării pacienților - în majoritatea țărilor avansate, inclusiv în America și Eurasia, informarea minuțioasă a pacienților despre consecințele și alternativele tratamentului nu ține doar de normele etice sau deontologice – acestea au devenit cerințe legale, unde pacientul odată cu dreptul la acord liber și informat își asumă și responsabilitatea pentru alegerea tratamentului. Totuși acest standard în UK are o particularitate că în unele cazuri exactitatea informării despre cele mai mici riscuri poate fi decisă de un colegiu medical și nu de curte. Judecata a spus că obligația se formulează ca de a trata, însă standardul de tratament este o întrebare de decizie medicală. În același mod apare și autoritatea competentă care evaluează standardul de tratament – în principiul englez de exemplu care sună „neglijența unui lucrător medical înseamnă eșecul de a acționa în conformitate cu standardul unui lucrător medical rezonabil la momentul respectiv”, competența de evaluare a „standardului rezonabil la moment” revine unui colegiu medical. Pe când formularea privind standardul de tratament în majoritatea țărilor continentale, ca de ex. cu articolul 7:453 din Codul civil olandez, un furnizor de servicii medicale trebuie să asigure nivelul de îngrijire așteptat de la un furnizor de servicii de sănătate conștient, unde decizia îi aparține judecătorului.

Probatoriul și cauzalitatea

În cauzele de malpraxis există problema accesului la probele procesului de tratament. De obicei prestatorul de servicii deține toată documentația și alte probe privind procesul de tratament, de aceea reclamantii au probleme în motivarea prezumției de malpraxis. Din aceste considerente la nivel de UE în 1991 s-a discutat mult oportunitatea schimbării poverii probatorii de la reclamant la pârât²⁰. Însă a fost considerată totuși inoportună această cale dat fiind faptul că instituțiile ar investi resurse considerabile în protejarea de nenumărate cereri de malpraxis. Mai cu seamă că la nivel european în majoritatea sistemelor de drept reclamantul este ajutat în acest caz de principiul *Res ipsa loquitur*²¹, adică cazul vorbește de la sine – faptul prezenței leziunii în sine ridică prezumția neglijenței. Apoi urmează procedura tehnică de descoperire, în care de obicei curtea obligă partea pârâtului să pună la dispoziția clientului tot probatoriul. Această cerință este în deosebi dezvoltată de mult timp în SUA.

Dificultatea demonstrării cauzalității e diferită de asemenea în diferite sisteme juridice a diferitor state – de la unele foarte ușoare aproape că fizice *condicio sine qua non* până la jurisdicții unde cauzalitatea va fi decisivă pentru stabilirea responsabilității. Principala provocare aici este stabilirea dacă leziunea nu ar fi apărut în mod natural chiar cu omisiunea sau fapta lucrătorului medical.

Astfel, prin lege, prejudiciul nu conferă în sine niciun drept legal și neglijența în sine nu este răspundere. Un rezultat medical negativ nu egalează automat cu neglijență. Neglijența este chestiunea care trebuie judecată.

²⁰ 1991 Draft Directive on Services Liability

²¹ Mai mult caracteristic dreptului comun, decât cel civil

Cine este responsabil?

Ca și la noi în țară în sistemele legale variază responsabilitatea individuală și cea instituțională, majoritatea având prevederi de responsabilitate pentru ambele, inclusiv similară codului civil moldovenesc privind responsabilitatea comitentului pentru fapta prepusului, cu posibilitatea de regres. În unele jurisdicții din Regatul Unit până recent se refuzau cazurile de malpraxis pentru operații pe motivul că reclamantul era inconștient și nu poate demonstra cine din membrii echipei operatorii e responsabil pentru manipulările eronate. Acum se adoptă poziția că administrația instituției este responsabilă pentru toți angajații²². Mai rămâne problema instituțiilor care au modelul de practici private în incinta instituției, însă și aici sunt modele de responsabilitate a administrației pentru toate tratamentele care se efectuează în incinta lor cum de exemplu în Olanda.

Sisteme de asigurări în malpraxis

În țările dezvoltate se conturează 2 modele mai distincte de malpraxis – sistemul de responsabilitate delictuală și sistemul no-fault²³.

1. Responsabilitatea delictuală, elementele căreia au fost detaliate în capitolul precedent, este caracteristică pentru Statele Unite ale Americii și alte state, constituie un fel de „asigurare socială a unei societăți de piață” și constă în recompensa unui prejudiciu când acesta este demonstrat ca fiind cauzat de o neglijență medicală. Acest model suportă critici serioase pe motivul ineficienței, nedreptății, costurilor excesive pentru pacienți, prestatori de servicii de sănătate și sistemele sanitare.
2. Modelul „no-fault” la rândul său este o „asigurare socială de bună credință”, unde pacienții sunt recompensați fără dovada erorii din partea prestatorului de servicii. Acest model păstrează noțiunea de neglijență sau eroare medicală, care trebuie constatată ca să survină cazul de malpraxis, însă recompensa este atribuită dacă există dovada legăturii cauzale între tratament și leziune. Acest model este foarte dezvoltat în Suedia și țările nordice, însă elemente substanțiale din acest model sunt prezente și în țările Organizației de Cooperare și Dezvoltare Economică (Finlanda, Noua Zeelandă, Quebec Canada și Australia). Și acest model are criticile sale, de exemplu imposibilitatea contestării recompensei alocate și o balanță între descurajarea cazurilor noi și costurilor mai mici pentru litigare.

Nu există vreun sistem care să balanseze în mod ideal toate elementele - costurile litigării, calitatea serviciilor, finanțarea, descurajarea erorii și justa compensare a prejudiciului. Există diferite metode de mitigare a dezavantajelor fiecărui model, astfel ca statele care se află la etapa formării unui model de malpraxis să aleagă acele metode, care sunt relevante pentru contextul și economiile lor. Propunem spre discuție unele din aceste metode relevante pentru Moldova în continuare în subcapitolul 2.4. 3.3 *Recomandări privind modele de malpraxis medical pentru Moldova*

²² Roe v. Minister of Health, UK common law

²³ Fără viciu (greșală)

Administrarea

Ca implicație economică este cardinală diferența între aceste sisteme din punct de vedere a procesării cazurilor după modelul SUA (răspundere delictuală) și Suedia (no-fault).

În Sistemul de răspundere delictuală: procedurile administrative ale sistemului de malpraxis medical (de exemplu, depunerea unei revendicări, dovada neglijenței, decontare) sunt definite în legislația specială a malpraxisului medical. Cazul de malpraxis - de la inițiere până la verdict - durează de obicei câteva luni - dacă nu ani. Decizia de a solicita despăgubiri se face, de obicei, în consultare cu un avocat. Taxa avocatului în cazul malpraxisului medical se bazează pe taxă de contingență și este plătită din premiul pacientului - unele state au limitat taxele pentru avocați pentru a reduce stimulentele de depunere a reclamațiilor. Înainte de inițierea cazului, avocatul pacientului angajează un expert medical pentru a examina dosarele medicale²⁴. Când cazul este inițiat, cazul intră în procesul de "schimb de informații". Acest lucru este făcut fie în mod voluntar sau în cadrul procedurilor de "descoperire" moderate de instanță, care necesită ambele părți (reclamantul - pacientul, avocatul) și pârâtul (medic, asiguratorul medicului și avocatul medicului) să ofere reciproc informațiile relevante. Scopul acestui proces este de a evalua meritele cererii - fie că este fondat sau nu, și de a oferi posibilitatea soluționării timpurii a cazului. Atunci când cazul nu se poate soluționa la etapa de descoperire, cazul se duce de obicei în instanță. Un juriu ascultă argumentul ambelor părți și verdictul se bazează pe dovezile prezentate instanței, dar nivelul de recompensă, în special pentru pierderile neeconomice se bazează adesea pe sentimentul juriului de a fi capabil să ajute pacientul lezat.

Sistemul no-fault: procesul de reclamare începe cu necesitatea unui avocat²⁵ și implică completarea unui formular. În sistemul non-fault depunerea cererilor este simplă pentru pacienți. Atât medicii, cât și consilierii pacienților din spitale îi ajută pe pacienți să depună formularul cererii. În acest sistem, taxele contingente pentru avocați sunt interzise. Dacă pacientul decide să trimită cauza în instanță, este mai probabil să își suporte propriile cheltuieli de judecată. Până în 1995, reclamațiile au fost trimise evaluatorului medical la compania de asigurări pentru pacienți și administrate de monopolul consorțiului de asigurători. În 1995, responsabilitatea administrării revendicărilor au fost trecute de la consorțiu de asigurători după ce Suedia a aderat la UE.

²⁴ Multe revendicări de malpraxis nu merg mai departe decât ancheta pretrial, când poate fi examinată înregistrarea medicală de către avocatul pacientului, folosind experți medicali angajați. În 1984 aproximativ 37% din creanțe la nivel național au fost închise, abandonate sau soluționate înainte ca un proces legal să fi fost depus chiar și în instanță, iar 36% s-au soldat cu plata pentru pacient (Congresul General al Congresului SUA, Caracteristicile medicale ale reclamațiilor Închise în 1984, GAO: HRD 87-21).

²⁵ Teoretic pacienții nu au nevoie de avocat pentru a depune o cerere însă practica arată totuși că pacienții nu se simt confortabil fără un consultant legal în acest proces

Procedurile legate de malpraxis în cadrul sistemului de sănătate al consiliilor teritoriale au fost consolidate într-o singură companie, Compania de Asigurări Mutuale a Consiliilor Locale (CCMIC), care a fost înființată de Federația Consiliilor Locale (FCC) – o organizație care reprezintă consiliile locale în Suedia. CCMIC și două companii de asigurări în sănătate au format împreună și dețin o societate PSR, pentru a administra funcțiile de gestionare a reclamațiilor de malpraxis. PSR hotărăște admisibilitatea cererii pe baza adresărilor scrise și a rapoartelor medicale furnizate de pacientul prejudiciat și de medic. Ocazional reclamantul poate fi sunat să ofere mai multe informații despre starea medicală sau prognoza. Decizia PSR este trimisă pacienților prin poștă (inclusiv electronică), iar dacă compensația este respinsă și pacientul nu acceptă decizia PSR, el poate apela la un Consiliu de Revizuire pentru Pacienți care include patru reprezentanți - doi din partea pacientului și a furnizorului - și un expert medical desemnat de guvern. Deși decizia Consiliului nu este obligatorie, ea modifică decizia PSR. Dacă pacientul nu este mulțumit de decizia comisiei, el poate face recurs în fața Curții de Apel suedeze. Acesta este un proces de arbitraj iar decizia Curții este definitivă și obligatorie. Atât procesul în Consiliu, cât și procesul de arbitraj sunt de obicei, închise publicului, iar probele sunt de obicei prezentate în scris. Procesul de la inițiere până la decizia instanței durează destul de scurt – aproximativ șase luni.

Finanțarea

Sistemul de soluționare a litigiilor: finanțarea proceselor de administrare a sistemului malpraxisului este suportat de asiguratorii de răspundere. Deoarece toți medicii sunt asigurați, în general, ei personal nu suportă direct costuri într-un caz de malpraxis. Însă medicii finanțează indirect sistemul prin primele lor. În multe cazuri, asiguratorul plătește integral dar în unele cazuri, dacă recompensa depășește suma specificată în polița de asigurare, medicul este responsabil pentru plata restului. Costurile de administrare a unui caz de malpraxis depinde de decizia ambelor părți cu privire la măsura în care ar dori să continue litigarea – la etapa de plângere, soluționarea în arbitraj sau în procesul de judecată.

Sistemul no-fault:

Sistemul este finanțat, în principal, de consilii județene și de județ administrat de către Compania de Asigurare a Compensațiilor (PCI). Consiliile județene ridică contribuțiile prin impozitare (impozitul pe venit local) și contribuie la PCI pe principiul per capita. O parte din PCI este, de asemenea, finanțată de o taxă fixă nominală pentru vizitele în ambulatoriu la medicii primari, precum și primele plătite de medicii particulari și stomatologi. Indemnizațiile de asigurare stabilite de PCI sunt mici și nu se bazează pe experiența specialistului. Ca rezultat, contribuțiile la sistemul de asigurare sunt transmise mai degrabă prin impozite directe județene decât ca cost pentru spitalele și clinicile individuale.

Mărimea recompenselor

Cele mai mari recompense pentru pacienții cu cazuri demonstrate de malpraxis se atribuie în SUA, unde costurile litigiilor sunt de două ori mai mari decât cele din alte țări, jumătate din plățile efectuate de SUA mergând la costurile asistenței juridice, în loc să compenseze

pacienții. Practic doar SUA permite judecarea cauzelor de malpraxis de către jurați. Majoritatea altor sisteme pentru a determina răspunderea recurg la instanțe judecătorești sau procedurile administrative.

Canada și Regatul Unit impun plafoane pentru recompensele pe suferința psihică și fizică. De asemenea, majoritatea țărilor europene interzic taxe pentru cazuri eventuale, care sunt utilizate aproape exclusiv doar în Statele Unite.

Canada, Europa și Australia dispun de asemenea de prevederi de acoperire a taxelor de judecată din partea petiționarului, inclusiv în cazul ne-confirmării malpraxis-ului (loser-pay). Statele Unite nu au așa prevederi.

Recompensa medie pentru prejudiciu în Suedia pentru anul 2004 a fost de 22.000 de dolari. În Germania printre cele aproape 130 000 cazuri documentate pe an, 40.000²⁶ de cazuri ajung înaintate pentru plată la companiile de asigurări. Recompensele plătite ajung (cu o divergență semnificativă între diferite surse de informație) la mai puțin de €20-40.000 pentru dizabilități permanente, cum ar fi pierderea unui membru sau a pchiului, iar în cazuri mai rare cele mai mari sume ajung până la €500.000²⁷. Suma medie în SUA pentru 2005 - \$400.000, cu 21% din plăți fiind mai mari de 1 milion de dolari.

Terapeuții din Canada plătesc între \$1800 și \$3200 pe an pentru asigurarea de malpraxis. Terapeuții din Illinois (SUA) plătesc mai mult de \$41.000 de dolari pe an. Obstetricienii din Cook County (SUA) plătesc aproape \$180.000 de dolari pe an în asigurări de malpraxis. Suma globală de prime pentru asigurarea de malpraxis.

3.2 Cadrul legislativ internațional și european privind respectarea drepturilor pacienților în cazul malpraxisului medical

Vom delimita foarte clar aspectele legate de malpraxisul medical și cadrul general al drepturilor pacienților. Pe de o parte acest fenomen este strâns legat de sistemul ocrotirii sănătății, dat fiind faptul că el apare la interacțiunea persoanei (pacientului) cu serviciile de sănătate, care vin să asigure un drept fundamental – **dreptul la cel mai înalt standard de sănătate care poate fi atins**. Din acest drept fundamental rezultă toate drepturile pacientului²⁸. Și totuși sistemul malpraxisului medical este menit să îndeplinească un singur scop major – să recompenseze prejudiciul cauzat prin actul medical. În acest sens malpraxisul medical nu este deosebit de alte responsabilități în cazuri de neglijențe profesionale.

²⁶ *Krankenhaus-Statistik Jährlich 130.000 Behandlungsfehler*, STERN-DE, Nov. 15, 2007, <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/Krankenhaus-Statistik-J%EAhrlich-130.000-Behandlungsfehler-Kliniken-/602683.html>

²⁷ W. Wurmnest, *Recognition and Enforcement of U.S. Money Judgments in Germany*, 23 BERKELEY J. INT'L L. 175 (2005); Strücker-Pitz, *supra* note 16. [[Back to Text](#)]

²⁸ Vezi în continuare dezvoltarea acestui drept conform componentelor elucidate în Comentariul General nr. 14

În vederea explicării bazei juridice din care derivă standardul de tratament²⁹, descriem prevederile principale în dreptul internațional privind dreptul la ocrotirea sănătății. Trebuie să reiterăm totuși că încălcarea dreptului fundamental la sănătate, cât și a oricărei părți ale sale (drepturile pacientului) nu implică apariția automată a cazului de malpraxis.

Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate

1) ***La nivel internațional*** (ONU) acest drept este reglementat de Pactul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale. În articolul 12, acest Pact prevede:

„1. Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.

2. Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura:

a) scăderea mortalității noilor născuți și a mortalității infantile, precum și dezvoltarea sănătoasă a copilului;

b) îmbunătățirea tuturor aspectelor igienei mediului și ale igienei industriale;

c) profilaxia și tratamentul maladiilor epidemice, endemice, profesionale și a altora, precum și lupta împotriva acestor maladii;

d) crearea de condiții care să asigure tuturor servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală.”

Se observă că Pactul recunoaște imposibilitatea garantării de către state a sănătății, aceasta depinzând de o mulțime de factori biologici, genetici și de altă natură, de aceea formularea este în măsura practică să asigure dreptul doar la „ocrotirea sănătății”. În mare parte această particularitate naște dubiile privind cauza unor rezultate nesatisfăcătoare de sănătate după intervenții medicale.

Într-un comentariu special emis de către Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale – Comentariul General nr. 14 CESCR privind dreptul la cel mai înalt standard de sănătate care poate fi atins³⁰ – se elaborează care sunt componentele dreptului la ocrotirea sănătății. Din aceste aspecte se nasc obligațiile statelor și standardul de tratament (vezi în punctul 2.2 *Standardul de tratament*).

În așa mod Comitetul stabilește conținutul normativ al Dreptului la cel mai înalt standard de sănătate și această noțiune din articolul 12.1 ține seama atât de condițiile biologice, cât și de cele socio-economice ale individului și a resursele disponibile ale statului. Comitetul interpretează dreptul la sănătate, așa cum este definit la articolul 12.1, incluzând dreptul nu numai la asistența medicală la timp și adecvată, ci și extinzându-se asupra determinanților de bază ai sănătății, cum ar fi accesul la apă potabilă și sanitare adecvată, o

²⁹ Important pentru stabilirea neglijenței

³⁰ *adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000(Contained in Document E/C.12/2000/4)*

alimentare adecvată cu alimente sigure, nutriție și locuințe, condițiile sănătoase de muncă și de mediu precum și accesul la educație în domeniul sănătății, informații, inclusiv despre sănătatea sexuală și reproductivă.

Dreptul la sănătate, în toate formele sale și la toate nivelurile, cuprinde următoarele elementele esențiale și interconectate, a căror aplicare precisă va depinde de condițiile care prevalează într-un anumit stat parte:

(a) Disponibilitatea. Sistemele funcționale de sănătate publică și instituții de îngrijire a sănătății, bunurile și serviciile, precum și programele, trebuie să fie disponibile în cantități suficiente în cadrul Statelor. Natura exactă a instituțiilor de sănătate, bunurilor și serviciilor va varia în funcție de numeroși factori, inclusiv de nivelul de dezvoltare al statului. Acestea vor include, totuși, determinanții de bază ai sănătății, cum ar fi apa potabilă și instalații sanitare adecvate, spitale, clinici și alte clădiri legate de sănătate, personal medical și profesional instruit, salariile competitive pe plan intern și medicamentele esențiale, astfel cum sunt definite în Programul de Acțiuni privind medicamentele esențiale a OMS³¹;

(b) Accesibilitatea. Facilitățile, bunurile și serviciile pentru sănătate trebuie să fie accesibile fără discriminare, în cadrul jurisdicției statului parte.

Accesibilitatea are patru dimensiuni interconexe:

Nediscriminarea: instituțiile sanitare, bunurile și serviciile trebuie să fie accesibile tuturor, în special celor mai vulnerabile sau marginalizate grupuri ale populației, de drept și de fapt, fără discriminare pe oricare dintre motivele interzise;

Accesibilitatea fizică: facilitățile medicale, bunurile și serviciile trebuie să fie în apropiere fizică în siguranță pentru toate grupurile populației, în special celor vulnerabile sau marginalizate, cum ar fi minoritățile etnice și populațiile indigene, femeii, copiii, adolescenții, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități și persoanele cu HIV/SIDA. Accesibilitatea implică, de asemenea, că serviciile medicale și serviciile de sănătate și determinanții sănătății, cum ar fi apa sigură și potabilă și instalațiile adecvate de salubritate, se află în apropiere fizică în siguranță, inclusiv în mediul rural. Accesibilitatea include în plus accesul adecvat la clădiri pentru persoane cu dizabilități;

Accesibilitatea economică: facilități de sănătate, bunuri și servicii trebuie să fie la accesibil din punct de vedere financiar tuturor. Plata pentru serviciile de sănătate, precum și serviciile legate de determinanții de bază ai sănătății, trebuie să se bazeze pe principiul echității, asigurându-se că aceste servicii, fie private, fie oferite în mod public, sunt accesibile tuturor, inclusiv grupurilor dezavantajate din punct de vedere social. Echitatea cere ca gospodăriile mai sărace să nu fie disproporționat împovărate cu cheltuieli de sănătate în comparație cu gospodăriile mai bogate;

Accesibilitatea informației: accesibilitatea include dreptul de a căuta, primi și a transmite informații și idei privind problemele de sănătate. În orice caz, accesibilitatea informațiilor nu trebuie să afecteze dreptul la confidențialitatea datelor despre sănătatea personală;

³¹ Vezi WHO Model List of Essential Drugs, revised December 1999, WHO Drug Information, vol. 13, No. 4, 1999.

(c) Acceptabilitate. Toate facilitățile, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să respecte etica medicală și să fie adecvată din punct de vedere cultural, adică respectarea culturii indivizilor, minorităților, popoarelor și comunităților; sensibile la cerințele privind genul și ciclul de viață, precum și ca fiind menite să respecte confidențialitatea și să îmbunătățească starea de sănătate a persoanele interesate;

(d) Calitatea. Pe lângă faptul că sunt acceptabile din punct de vedere cultural, facilitățile de sănătate, bunurile și serviciile trebuie, de asemenea trebuie să fie adecvate din punct de vedere științific și medical și să fie de bună calitate. Aceasta necesită, printre altele, personal medical calificat, medicamente aprobate științific și neexpirate, echipamentul spitalicesc, apa sigură și potabilă și salubritate adecvată.

În afară de aceste componente Comitetul trasează obligațiile esențiale (Core Obligations) pentru realizarea dreptului la sănătate, acestea fiind:

- ✓ Nediscriminarea în accesul la instituțiile, bunurile și serviciile de sănătate, în special pentru grupurile vulnerabile
- ✓ Un nivel minim de alimente
- ✓ Acces la un adăpost de bază și la apă potabilă sigură
- ✓ Asigurarea cu medicamente esențiale (definite periodic în Programul de Acțiuni privind medicamentele esențiale a OMS)
- ✓ Distribuția echitabilă a serviciilor și bunurilor de sănătate
- ✓ Un program și plan de acțiuni de sănătate publică, bazat pe evidențe epidemiologice.

2) *La nivel european* relația între pacient și sistemul de sănătate este detaliat descrisă în

(1) Convenția Europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei (Convenția privind drepturile omului și biomedicina, Oviedo, 4 aprilie 1997).

Acest tratat stabilește în art. 2 că interesele și bunăstarea ființei umane prevalează asupra intereselor singulare ale societății sau a științei.

De asemenea tratatul evidențiază aspectele esențiale ale relației persoanei cu sistemul medical și al cercetării medicale, relevante domeniului malpraxisului în aspecte de:

Art. 3: Accesul echitabil la îngrijirile de sănătate;

Art. 4: Obligațiile profesionale și reguli de conduită;

Prevederile legate de consimțământ – în articolele 5 – 9, după care urmează prevederile legate de viața privată, genomul uman, cercetarea științifică, prelevarea de organe.

În Capitolul VIII tratatul explică expres prevederile relevante sistemului de malpraxis, care servesc și baza aplicării la nivel național a prevederilor din legea privind drepturile și responsabilitățile pacienților privind eroarea medicală și compensarea acesteia:

„Art. 23: Încălcarea drepturilor sau a principiilor

Părțile vor asigura o protecție juridică adecvată pentru a preveni sau a împiedica de îndată încălcarea ilegală a drepturilor și a principiilor recunoscute în prezenta convenție.

Art. 24: Compensarea pentru daune nejustificate

Persoana care a suferit daune nejustificate de pe urma unei intervenții are dreptul la o reparație echitabilă conform condițiilor și procedurilor prevăzute de lege.”

(2) Convenția pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale Roma, 4.XI.1950

În această convenție, foarte relevantă pentru Moldova ca standard de ajustare a legislației naționale și promotoare a standardelor europene în materie de drepturile omului – nu se delimitează dreptul specific la sănătate, iar diferite aspecte legate de relația între pacient și sistemul de sănătate este acoperită din diferite aspecte.

Cel mai des aspectele legate de încălcarea dreptului la sănătate, precum și aspecte ale acesteia privind confidențialitatea, acordul informat și altele vor fi revizuite de Curte în lumina articolului 8³²:

„Articolul 8. Dreptul la respectarea vieții private și de familie

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.

2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora”

De asemenea relevante pentru cazurile de malpraxis vor fi încălcările legate de drepturile consfințite în art. 2 – Dreptul la viață (în cazuri de deces în rezultatul neglijenței medicale), art. 3 – Interzicerea torturii (câteva cazuri de condamnări a RM unde relele tratamente au fost aplicate în condițiile conexe cu serviciile de sănătate³³), art. 5. – Dreptul la libertate (contestabil, sunt cazuri de detenție în instituții medicale³⁴).

Un alt articol relevant este cel ce ține de dreptul pacientului la remediu

„Articolul 13 Dreptul la un remediu efectiv

Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.”

³² Valentina PENTIACOVA și alții c. Moldova (Application no. [14462/03](#)), CASE OF PALADI v. MOLDOVA (Application no. 39806/05)

³³ CAUZA GOROBET c. MOLDOVEI (Cererea nr. 30951/10)

³⁴ CASE OF DAVID v. MOLDOVA (Application no. 41578/05)

3.3 Recomandări privind modele de malpraxis medical pentru Moldova

În lumina evaluării experienței la nivel internațional recomandăm autorităților să revizuiască posibilitatea de a institui un sistem formal de gestionare a malpraxisului.

- (1) În primul rând va fi nevoie de sistematizarea datelor statistice privind fenomenul malpraxisului la nivel de țară, dezagregat din domeniul răspunderii penale (art. 213 Cod Penal) cât și în circuitul civil
- (2) Bazându-se pe numărul cazurilor elucidate și mărimea recompenselor plătite, autoritățile vor trebui să facă o analiză socio-economică
- (3) Reieșind din rezultatele analizei economice, combinată cu elucidarea opiniei comunității medicale și organizațiilor pacienților și a societății civile va trebui luată decizia privind modelul adoptat pentru Republica Moldova – de răspundere delictuală sau „no-fault”. Intuim că din punct de vedere a pacienților dar și a sistemului medical sistemul no-fault este mai optimal
- (4) Elaborarea legislației specifice
- (5) Stabilirea sistemului de asigurare
- (6) Crearea cadrului de administrare, utilizând maximal posibilitățile extrajudiciare disponibile – arbitrajul, instituția medierii, investirea autorităților instituționale și organizațiilor profesionale cu competențe de procesare și decizie (un exemplu poate servi modelul Suedez).

Concluzii și recomandări privind legislația pentru malpraxis medical

1. Legislația Republicii Moldova nu reglementează expres noțiunea și esența malpraxisului medical.
2. Atât pacienții, cât și prestatorii de servicii medicale, medicul și alți lucrători medicali bănuți de malpraxis rămân singuri în fața sistemului de justiție. În acest sens, se propune dezvoltarea sistemelor de asigurare pentru malpraxisul medical.
3. Mecanismele actuale de protecție extrajudiciară a drepturilor pacienților sunt slab eficiente și nu sunt mecanisme veritabile de protecție extrajudiciară.
4. Malpraxisul medical este o problemă discutată și încadrată într-un cadru normativ în majoritatea statelor dezvoltate, însă mai puțin în Republica Moldova.
5. Legea trebuie să dea o responsabilitate mai mare actului medical, unde fiecare parte își are rolul, drepturi dar și responsabilități.
6. Legea trebuie să conțină o definiție clară pentru toți – ce este malpraxisul medical și să punteze beneficiile atât pentru angajații medicali, cât și pentru pacienți.
7. Unele aspecte privind malpraxisul medical sunt incriminate doar parțial în articolul 213 Cod penal. Legislația civilă a Republicii Moldova permite, într-o oarecare măsură, recuperarea prejudiciului material și moral cauzat pacientului, însă este o procedură destul de anevoiasă și costisitoare.
8. Legea trebuie să fie foarte concretă, să includă prevederi pentru anumite momente vulnerabile care pot apărea în activitatea unui medic.
9. La moment lipsa legii duce la lipsa încrederii a medicilor față de sistem și, desigur, a pacienților. Atât timp cât nu există încredere, medicii nu vor raporta greșelile lor și le vor ascunde, le vor mușamaliza.
10. Legea trebuie să stipuleze clar, responsabilitatea instituției pentru calitatea investigațiilor, a echipamentului, a condițiilor etc.
11. Este nevoie de un cadru legal detaliat cu privire la cine și cum stabilește prejudiciul, limitele acestuia, partea care o acoperă instituția și cum se responsabilizează personalul vinovat.

12. Trebuie să fie descris un sistem posibil pentru împăcarea amiabilă, împăcare, unde să fie prezentă medierea și consilierea.
13. Trebuie să existe funcția de mediator în instituția medicală. Mediarea în instituție are câteva aspecte pozitive:

Se păstrează confidențialitatea problemei și nu este afectată imaginea medicului.

Procesul durează mult mai scurt timp și este mult mai ieftin.

Împăcarea aduce beneficiu emoțional medicului și pacientului.

14. Lege trebuie să fie imparțială în sensul ei, adică să susțină ambele părți, atât medicul cât și pacientul.
15. Necesitatea unui cadru legal clar pentru prevederea unui fond în instituție pentru plata compensațiilor în mediere. Legea ar trebui să prevadă limite pentru despăgubirile materiale solicitate de către pacient.
16. Legea trebuie să prevadă și pașii care trebuie întreprinși atunci când pacientul nu declară obiecții față de actul medical, dar colegii văd că e malpraxis, că omul a suferit din cauza unui medic coleg. Cum trebuie de procedat în asemenea situații?
17. Lipsa unui organ funcțional de evaluarea a erorilor medicale, a unui Colegiu al medicilor, care ar trebui să ofere careva expertize și consultanță în domeniul dat, în caz de necesitate și juriști sau avocați care să protejeze medicul.

Asigurarea de malpraxis

18. Asigurarea pentru malpraxis ar oferi atât pacienților cât și medicilor o protecție și siguranță mai sporită în cadrul actului medical.
19. Asigurarea de malpraxis pentru personal ar trebui să fie o condiție obligatorie la angajare.
20. Trebuie de prevăzut foarte concis cum va fi calculată rata pentru asigurare.
21. Asigurarea de malpraxis trebuie plătită de ambele părți – medici și instituții medicale.
22. Trebuie gândită foarte bine modalitatea de plată pentru această asigurare, deoarece medicii au salarii foarte mici.

23. Trebuie prevăzut clar în lege modalitatea stabilirii responsabilității personale a lucrătorului medical și a responsabilității instituției medicale. Trebuie responsabilitatea personalizată? Trebuie aceasta să depindă de specialitatea medicului? De stagiul de muncă?
24. Trebuie prevăzută bine și asigurarea diferită pentru specialități diferite. Un chirurg care operează zilnic nu poate avea aceeași asigurare ca și un medic de familie dintr-un sat, spre exemplu.
25. Deasemenea, trebuie de revăzut modalitatea de plată din partea instituțiilor, deoarece liniile de buget nu permit așa cheltuieli. Plata din conturile speciale nu poate fi prevăzută, deoarece nu toate instituțiile medicale au așa conturi și acesta nu este un venit stabil și permanent.
26. Trebuie descrisă foarte clar distribuția responsabilităților între instituție și angajat și mecanismul de stabilire a acestora.
27. Este necesară a fi prevăzută și asigurarea medicilor-rezidenți. La moment, mulți rezidenți sunt trimiși să lucreze în regiunile rurale, unde nu sunt medici. Cine poartă responsabilitatea pentru acțiunile lor? Din ce bani să se asigure acești tineri, care au un venit foarte mic?

În concluzie, se propune elaborarea unui cadru normativ eficient și crearea unor instituții funcționabile pentru soluționarea cazurilor de malpraxis medical, reieșind din cele mai bune practici internaționale de garantare a drepturilor pacientului, precum și așteptările comunității medicale.