

**ȘCOALA DOCTORALĂ ÎN DREPT, ȘTIINȚE POLITICE ȘI ADMINISTRATIVE
a Consorțiului Instituțiilor de Învățământ Academia de Studii Economice a Moldovei și
Universitatea de Studii Politice și Economice Europene "Constantin Stere"**

Cu titlu de manuscris

CZU: 346.548:614.253.83(478)(043)

CIOCHINA ELENA

**COMPATIBILITATEADREPTURILOR CONSUMATORILOR CU
DREPTURILE PACIENȚILOR ÎN CADRUL SERVICIILOR
MEDICALE**

SPECIALITATEA: 553 DREPT PRIVAT

Teză de doctor în drept

Conducător științific: _____

Olesea PLOTNIC,
doctor habilitat în drept,
conferențiar universitar

Autor: _____

Elena CIOCHINA

CHIȘINĂU, 2020

© Ciochina Elena, 2020

CUPRINS

ADNOTARE (română, rusă, engleză)	5
LISTA TABELELOR.....	8
LISTA FIGURILOR.....	9
LISTA ABREVIERILOR	10
INTRODUCERE	12
1. ANALIZA INSTITUȚIEI SERVICIILOR MEDICALE SUB ASPECT DOCTRINAR.....	20
1.1. Abordări doctrinare în materiale drepturilor beneficiarilor de servicii medicale.....	20
1.2. Evoluția istorică și filosofico-juridică a instituției serviciilor medicale.....	30
1.3. Scopul, obiectivele, problema științifică.....	48
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	54
2. FUNDAMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A DEFINIȚIILOR LEGALE PRIVIND SUBIECȚII DE SERVICII MEDICALE	56
2.1.Valențe științifice cu privire la beneficiarii serviciilor medicale prin prisma protecției consumatorilor.....	56
2.2. Considerații științifice cu privire la subiecții sistemului de ocrotire a sănătății.....	62
2.2.1. Instituțiile de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală.....	62
2.2.2 Instituțiile medico-sanitare în calitate de prestatori de servicii medicale private.....	81
2.3.Concluzii la capitolul 2.....	92
3.CONCORDANȚA LEGISLATIVĂ A DREPTURILOR CONSUMATORILOR CU DREPTURILE PACIENȚILOR ÎN CADRUL SERVICIILOR MEDICALE.....	95
3.1. Reglementări legislative privind protecția beneficiarilor în domeniul serviciilor medicale...	96
3.2. Abordări legale privind drepturile beneficiarilor de servicii medicale în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății.....	106
3.3. Prevederi legislative de drept comparat privind protecția consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale.....	133
3.4. Concluzii la capitolul 3.....	142
4. MIJLOACE JURIDICE DE PROTECȚIE A DREPTURILOR CONSUMATORILOR DE SERVICII MEDICALE	145
4.1. Modalități extrajudiciare de soluționare a litigiilor din domeniul serviciilor medicale.....	147
4.1.1. Protecția extrajudiciară a beneficiarilor de servicii medicale din partea statului.....	147
4.1.2. Soluționarea prin mediere a conflictelor dintre consumatori și prestatorii de servicii medicale.....	158
4.2. Răspunderea juridică pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale.....	168
4.3. Concluzii la capitolul 4.....	191

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI.....	195
BIBLIOGRAFIE.....	201
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	222
CV-ul AUTORULUI.....	223

ADNOTARE

Ciochina Elena, „Compatibilitatea drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale”, teză de doctor în drept, Chișinău, 2020

Structura tezei: introducere, patru capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 297 titluri, 198 pagini de text de bază, 4 de figuri, 5 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 12 lucrări științifice.

Cuvintele cheie: drepturi, protecție, servicii medicale, beneficiar, pacient, consumator, prestator de servicii, răspundere civilă, compatibilitate.

Scopul lucrării constă în realizarea unei cercetări multiaspectuale a compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale, prin prisma elucidării, subiecților, bazei legislative și a mijloacelor juridice de protecție ce sunt aferente serviciilor medicale, precum și a impactului aplicării legislației consumeriste, în vederea elaborării unor măsuri eficiente pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul temei de cercetare.

Obiective ale cercetării : analiza evoluției istorice a instituției serviciilor medicale; elucidarea abordărilor doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale; prezentarea științifică a beneficiarilor de servicii medicale prin prisma terminologiei juridice prin identificarea subiecților sistemului de ocrotire a sănătății atât în domeniul public cât și în cel privat; abordarea legală a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății prin prisma sistemului public și cel privat; analiza comparativă a legislației privind protecția consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale; determinarea modalităților extrajudiciare de soluționare a litigiilor din domeniul serviciilor medicale; prezentarea analitică a caracteristicilor răspunderii pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale; studierea jurisprudenței CtEDO în ceea ce privește răspunderea pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale; formularea concluziilor și elaborarea recomandărilor pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul aplicării răspunderii juridice în domeniul serviciilor medicale.

Noutatea și originalitatea științifică a tezei, precum și a rezultatelor obținute constau în abordarea compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților din perspectiva cercetării teoretice dar și practice a tuturor factorilor și circumstanțelor relevante pentru tema de cercetare. Elementele inovatoare sunt determinate de recomandările formulate pentru înlăturarea lacunelor existente în cadrul normativ național ce țin de protecția consumatorilor în calitate de beneficiari finali de servicii medicale, fiind oferite îmbunătățiri și propuneri de *lege ferenda* în acest sens.

Rezultatele obținute: rezidă în demonstrarea compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților prin nuanțarea importanței instituției protecției consumatorilor și evidențierea drepturilor pacienților prin prisma legislației consumeriste, elucidarea particularităților și a formelor de răspundere juridică pentru încălcările din domeniu, precum și formularea recomandărilor și propunerilor de *lege ferenda* îndreptate spre îmbunătățirea domeniului de reglementare a drepturilor consumatorilor și valorificarea eficientă a drepturilor pacienților în contextul serviciilor medicale.

Semnificația teoretică: tezele, concluziile și recomandările privind subiecții, baza legislativă și mijloacele juridice de protecție a consumatorilor în calitate de pacienți prin prisma specificul răspunderii în domeniul serviciilor medicale completează baza teoretică a acestei instituții.

Valoarea aplicativă a lucrării este determinată de posibilitatea aplicării în practică a concluziilor și recomandărilor formulate, ideile științifice și concluziile conținute în cuprinsul tezei pot fi utilizate: în plan doctrinar-teoretic, ca material inițial pentru o abordare ulterioară mai aprofundată a problemei protecției consumatorilor în calitate de pacienți, în procesul didactic universitar la tematica dreptului medical, și anume la răspunderea pentru încălcarea drepturilor pacienților.

Implementarea rezultatelor științifice constă în faptul că, recomandările formulate servesc, cu precădere, pentru elaborarea programelor de studiu, cursurilor la disciplina Dreptul protecției consumatorilor și Dreptul medical, la perfecționarea specialiștilor din domeniu și la armonizarea legislației în domeniul protecției consumatorilor.

АННОТАЦИЯ

Чокина Елена, "Совместимость прав потребителей с правами пациентов в сфере медицинских услуг", кандидатская диссертация по юриспруденции, Кишинев, 2020

Структура диссертации: оглавление, четыре главы, заключение, и библиография (297 п.), итого 198 страниц. *Полученные результаты* были опубликованы в 12 научных работах.

Ключевые слова: права, медицинские услуги, пациент, потребитель, поставщик, гражданская ответственность, гражданское посредничество, совместимость.

Целью данной докторской диссертации состоит в проведении многоаспектного исследования совместимости прав потребителей с правами пациентов в медицинских услугах, посредством выяснения, субъектов, законодательной базы и правовых средств защиты, связанных с медицинскими услугами, а также влияния применения законодательства о потребителях, чтобы увидеть эффективные меры по совершенствованию правовой и практической базы в области исследований.

Задачи исследования: анализ исторической эволюции института медицинских услуг; выявление доктринальных подходов в области прав бенефициаров медицинских услуг; научное представление бенефициаров медицинских услуг посредством юридической терминологии путем определения субъектов системы здравоохранения как в публичной, так и в частной сфере; правовой подход прав бенефициаров медицинских услуг в рамках системы здравоохранения через государственную и частную систему; сравнительный анализ законодательства о защите прав потребителей как бенефициаров медицинских услуг; определение внесудебных разрешительных процедур и споров в сфере медицинских услуг; аналитическое представление характеристик ответственности за нарушение прав потребителей медицинских услуг; изучение судебной практики ЕСПЧ в отношении ответственности за нарушение прав потребителей медицинских услуг; формулирование выводов и выработка рекомендаций по совершенствованию правовой и практической базы в сфере применения юридической ответственности в сфере медицинских услуг.

Новизна и научная оригинальность диссертации, а также полученные результаты состоят в рассмотрении совместимости прав потребителей с правами пациентов с точки зрения теоретического, а также практического исследования всех факторов и обстоятельств, имеющих отношение к теме исследования.

Достигнутые результаты: состоят в том, чтобы продемонстрировать совместимость прав потребителей с правами пациентов, разъяснив важность института защиты прав потребителей и подчеркнув права пациентов через призму законодательства о потребителях, выяснив особенности и формы юридической ответственности за нарушения на местах, а также сформулировав рекомендации и предложения по „*lege ferenda*”, регулировать права потребителей и эффективно использовать права пациентов в контексте медицинских услуг.

Теоретическая значимость: тезисы, выводы и рекомендации по предметам, законодательной базе и правовым средствам защиты потребителей как пациентов посредством особой ответственности в сфере медицинских услуг дополняют теоретические основы этого учреждения.

Практическая ценность диссертаций Определяется возможность применения на практике к сформулированным выводам и рекомендациям, научные идеи и выводы, содержащиеся в диссертации, могут быть использованы: в теоретико-теоретической плоскости, в качестве исходного материала для дальнейшего подхода к проблеме защиты согласных как пациентов, учебный процесс в университете по теме медицинского права, а именно ответственности за нарушение прав пациентов.

Внедрение научных результатов заключается в том, что сделанные рекомендации служат, в частности, для разработки учебных программ, курсов по дисциплине «Закон о защите прав потребителей» и «Медицинское право», по совершенствованию специалистов в данной области и по гармонизации законодательства в области защиты прав потребителей.

ADNOTATION

Ciochina Elena, "Compatibility of consumers rights with patients rights in medical services",
PhD thesis, Chisinau, 2020

Structure of the thesis: introduction, four chapters, conclusions and recommendations, bibliography of 297 items, 198 pages of basic text. *The results* are published in 12 scientific papers.

Key words: rights, medical services, patient, consumer, provider, civil liability, civil mediation, compatibility

The purpose of the paper is to carry out a multi-aspect research of the compatibility of the rights of consumers with the rights of patients in the medical services, through the elucidation, the subjects, the legal basis and the legal means of protection that are related to the medical services, as well as the impact of the application of the consumer legislation. developing effective measures to improve the legal and practical framework in the field of research.

Research objectives: analyzing the historical evolution and the institution of medical services; elucidating the doctrinal approaches in the field of the rights of the beneficiaries of medical services; scientific presentation of the beneficiaries of medical services through the legal terminology by identifying the subjects of the health protection system both in the public and in the private domain; the legal approach of the rights of the beneficiaries of medical services in the framework of the health protection system through the public and private system; comparative analysis of the legislation on consumer protection as beneficiaries of medical services; determining the out-of-court settlement procedures and disputes in the field of medical services; analytical presentation of the characteristics of liability for infringement of the rights of consumers of medical services; studying ECtHR jurisprudence regarding liability for infringement of the rights of consumers of medical services; formulation of conclusions and elaboration of recommendations for improving the legal and practical framework in the field of applying legal responsibility in the field of medical services.

The novelty and scientific originality of the thesis and the obtained results consist in addressing the compatibility of consumer rights with patients' rights from the perspective of theoretical but also practical research of all the factors and circumstances relevant to the research topic. The innovative elements are determined by the recommendations formulated to remove the existing gaps in the national normative regarding the protection of the consumers as final beneficiaries of medical services, being offered improvements and legal proposals in this respect.

The obtained results: resides in demonstrating the compatibility of consumer rights with patients' rights by clarifying the importance of the consumer protection institution and highlighting patients' rights through the prism of consumer legislation, elucidating the particularities and forms of legal responsibility for the violations in the field, as well as making the recommendations and proposals of *lege ferenda* towards improving the field of regulation of consumer rights and the efficient use of patient rights in the context of medical services.

Theoretical significance: theses, conclusions and recommendations on topics, the legal basis and the legal means of consumer protection as patients through the specific responsibility of the medical services field complement the theoretical basis of this institution.

The applicative value of the work is determined by the possibility of applying in practice to the conclusions and recommendations formulated, the scientific ideas and the conclusions contained in the thesis can be used: in the doctrinal-theoretical plane, as an initial material for a later approach to the problem. of patients, in the university teaching process on the topic of medical law, namely the responsibility for violating patients' rights.

The implementation of the scientific results consists in the fact that, the recommendations made serve, in particular, for the elaboration of the study programs, the courses in the discipline of the Law of consumer protection and the Medical law, in the training of specialists in the field and in the field of law.

LISTA TABELELOR

Modele ale relației medic-pacient propuse în studiul semnat de Emmanuel E.J. și Emmanuel L.L. (1992).....	45
Modele ale relației medic-pacient sub aspect evolutiv.....	46
Clasificarea beneficiarilor de servicii medicale după tipul fiecărui serviciu de asistență medical.....	70
Instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM anii 2016-2018.....	87
Caracterele diferite între consumatorii de servicii de sănătate și alte servicii.....	109

LISTA FIGURILOR

Evoluția relației medic-pacient din antichitate până în prezent.....	48
Sistematizarea tipurilor de servicii de asistență medicală în R.M.....	70
Analiza instituțională și funcțională a sistemului de sănătate în R.Moldova.....	76
Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în R.Moldova.....	103

LISTA ABREVIERILOR

AEPC - Agenția Europeană pentru Produse Chimice
AOAM – Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală
ANSP – Agenția Națională pentru Sănătate Publică
AMP – Asistență Medicală Paliativă
AMS – Asistență Medicală Specializată
AMSA – Asistență Medicală Specializată de Ambulator
APCSP – Agenția pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieței
CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNAS – Compania Națională de Asigurări Sociale
CNEAS – Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
CSRSEN- Comitetul științific pentru riscuri sanitare emergente și noi
CSRSM - Comitetul științific pentru riscurile asupra sănătății și a mediului
CSSC - Comitetului științific pentru siguranța consumatorilor
MAS – Mecanisme Alternative de Soluționare a Litigiilor
MSMPS – Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
SUA- State Unite ale Americii
RMN – Imagistică prin Rezonanță Magnetică
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
OSC – Organizațiile Societății Civile
SAOAM – Sistemul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală
FAOAM – Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală
HG – Hotărâre de Guvern
IMSP – Instituție Medico-Sanitară Publică
PIB – Produsul Intern Brut
PPP – Parteneriat Public Privat
ONU – Organizația Națiunilor Unite
Art. – articol.
Alin. – aliniat.
C.J.C.E - Curtea de Justiție a Comunităților europene.
C.S.J a R.Moldova – Curtea Supremă de Justiție a R.Moldova.

Cap. – capitol.

CEE – Consiliul Economic European.

Codul civil al R.Moldova – Cod civil al R.Moldova. Nr.1107-XV din 6 iunie 2002, În: Monitorul Oficial al R.Moldova, 22.06.2006, nr. 82 – 86/661.

Codul de procedură civilă al R.Moldova – Codul de procedură civilă al R.Moldova.

ed. – editura.

ex. – exemplu.

lit. – litera.

nr. – numărul.

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. Este cert faptul că protecția sănătății omului este o problemă a omenirii de maximă importanță, de aici și atenția cuvenită acordată pretutindeni la etapa actuală problemelor teoretice și practice, vizând drepturile și libertățile fundamentale a beneficiarului de servicii medicale. Abordarea problemei drepturilor consumatorului de servicii medicale presupune luarea în considerare a unui larg spectru de probleme și implicații de natură politică, economică, culturală, precum și a particularităților dezvoltării istorice și a stadiilor de dezvoltare.

Raționamentul cu privire la aplicarea statutului de consumator în relația cu serviciile de sănătate derivă din două viziuni total opuse. În primul rând dintr-o perspectivă protecționistă, care se referă la utilizarea legii consumeriste pentru a proteja pacienții, beneficiari ai serviciilor de sănătate, adică un instrument legal de garanție, un set de reguli de ordine publică care permite ca partea cea mai slabă dintr-o relație contractuală să fie reglementată de dispozițiile normative, iar pe de altă parte, din perspectiva care vizează introducerea sectorului sănătății într-o logică de piață, prin aceeași concepție. Considerăm că această abordare nu este în tangență directă cu obiectivele statului, deoarece obiectivele sale sunt în mod deschis diferite, astfel încât această ultimă abordare poate fi extrem de dificilă din punct de vedere practic.

În această ordine de idei, este necesar să abordăm această temă de cercetare din două perspective, care se vor confrunta în concluzie pentru a determina compatibilitatea sau respingerea dintre regimurile juridice existente care reglementează drepturile de pacient în calitate de consumator.

În primul rând se solicită efectuarea unui studiu privind drepturile consumatorului și al statutului de consumator, probleme relativ recente în legislația națională, iar pentru a consolida un studiu aprofundat al subiectului, este necesar să se cunoască sistemul general de sănătate din Republica Moldova, elaborând-se o analiză rapidă și concisă a evoluției sale din anii 90.

Într-adevăr, una dintre aceste transformări este legată de participarea indivizilor la furnizarea de servicii publice și care a dat calea modelului economic liberal care a fost separat de intervenționismul pe care statul nostru la predicat până în acel moment. Intrarea indivizilor în această sferă largă, integrată de furnizarea serviciilor publice, a adăpostit și sectorul sănătății, favorizați fiind de concurența care a generat o mai bună calitate a serviciilor.

Variatatea, dar și complexitatea în continuă creștere a sistemelor de sănătate, înaltul nivel al birocrăției, precum și progresul tehnologic din domeniul medicinei, conștientizarea și informarea populației privind nevoile de sănătate ale acestora, progresele realizate în domeniul eticii medicale,

sunt doar câțiva dintre factorii care au influențat preocuparea accentuată din ultimul timp pentru reglementarea drepturilor pacienților.

Cu alte cuvinte, se poate spune că problema cercetării vizite se referă la clarificarea situației cu privire la posibilitatea aplicabilității Legii 105/2003 cu privire la protecția consumatorului în vederea protejării consumatorilor serviciilor de sănătate, având în vedere că conceptul de pacient este echivalat cu consumatorul acestui tip de servicii. În acest sens, merită să ne întrebăm dacă există o securitate juridică pentru consumatorul de servicii de sănătate, în ceea ce privește protecția legală dar și contractuală.

În ceea ce privește gradul de studiere a temei de cercetare menționăm că, deși problematica determinării compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale concentrează o serie întreagă de lucrări de specialitate, modul de abordare este unul punctual, lipsind o abordare globală și pluridisciplinară a mecanismelor și strategiilor prin care se cercetează această concordanță a instituțiilor vizate. În aceste condiții, în cadrul temei de cercetare alese ne-am propus să aprofundăm problematica poziției evolutive a beneficiarilor de servicii medicale în raportul cu poziția prestatorilor de astfel de servicii, în special a medicului. Fără a avea pretenția că am disecat și epuizat întru totul acest subiect, avem convingerea că studiul temei la acest moment este unul doctrinar, foarte amplu și bine structurat, servind drept punct de pornire pentru cercetarea ulterioară a temei, conform planului structurat.

Efectuând un studiu asupra tezelor de doctor din Republica Moldova pentru anii 1999 -2000, putem menționa tangențe ale temei noastre de cercetare cu alte lucrări ca: Gulian M. „*Responsabilitatea și răspunderea juridică în domeniul ocrotirii sănătății*”, la fel, menționăm că actualitatea temei rezidă în formalizarea conceptuală a elementelor de noutate la nivel național. Printre autorii autohtoni, care au dedicat lucrări științifice protecției consumatorilor sunt : V. Cojocaru, A. Baieșu, O. Plotnic, D. Cimil, I. Demerji ș.a. În doctrina juridică din Republica Moldova este incontestabil aportul la studierea răspunderii în domeniul medical al Prof. D. Baltag, V. Obadă, M. Gulian, A. Cerbu, B. Olaru, I. Dodon, T. Novac-Hreplenco, N. Sadovei, I. Garam., T. Vîșoțcaia. Răspunderea medicală a fost tratată în literatura juridică din România de autorii A.T. Moldovan, G. Năsui, R. Ozun, E. Poenaru, I. Turcu, A.B. Trif, V.A. Astărăstoae, C. Ețco, V. Midrigan, L.R. Boilă, A.C. Boilă, A. Faigher, etc.

În același timp este de menționat faptul că nu există un studiu complex ce ar aborda această tematică interdisciplinară, ce ar analiza drepturile pacienților și modalitatea de protejare a acestora

prin prisma legislației cu privire la protecția consumatorului, fapt ce a determinat efectuarea cercetărilor în domeniul dat.

Scopul lucrării constă în realizarea unei cercetări multi-aspectuale a compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale, prin prisma elucidării, subiecților, bazei legislative și a mijloacelor juridice de protecție ce sunt aferente serviciilor medicale, precum și a impactului aplicării legislației consumeriste, în vederea elaborării unor măsuri eficiente pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul temei de cercetare.

Obiectivele cercetării. Atingerea scopului propus implică realizarea următoarelor obiective:

1. analiza evoluției istorice și filosofice-juridice a instituției a instituției serviciilor medicale;
2. elucidarea abordărilor doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale;
3. prezentarea științifică a beneficiarilor de servicii medicale prin prisma terminologiei juridice prin identificarea subiecților sistemului de ocrotire a sănătății atât în domeniul public cât și în cel privat;
4. abordarea legală a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății prin prisma sistemului public și cel privat;
5. analiza comparativă a legislației privind protecția consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale;
6. determinarea modalităților extrajudiciare de soluționare a litigiilor din domeniul serviciilor medicale prin prezentarea analitică a caracteristicilor răspunderii pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale;
7. studierea jurisprudenței CtEDO în ceea ce privește răspunderea pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale;
8. formularea concluziilor și elaborarea recomandărilor pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul aplicării răspunderii juridice în domeniul serviciilor medicale.

Ipoteza de cercetare constă în reformularea noțiunii de pacient și prestator de servicii, evidențiind particularitățile și formele acestora, din dubla perspectivă a analizei teoretico-practice al subiectului supus cercetării prin prisma legislației consumeriste și a serviciilor medicale. Prin înaintarea ipotezei de cercetare ne-am propus constatarea situației actuale în ceea ce privește tragerea la răspundere juridică a prestatorilor de servicii pentru încălcarea normelor de prestare a serviciilor medicale, acest lucru fiind posibil prin studierea cazurilor practice existente în domeniu inclusiv a lacunelor legislative, pentru ca într-un final să fie formulate recomandări și propuneri de *lege ferenda* pentru îmbunătățirea situației în domeniul temei de cercetare.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese. În vederea realizării unei cercetări multi-aspectuale a compatibilității drepturilor pacienților cu cele ale consumatorilor au fost utilizate diferite metode de cercetare științifică :

- *metoda istorică*, care a fost utilizată pentru cercetarea evoluției istorice și și filosofico-juridice a instituției serviciilor medicale ;

- *metoda logică*, fiind indispensabilă în studierea și analiza noțiunilor, formelor răspunderii în domeniul serviciilor medicale, precum și a formulării de concluzii și recomandări;

- *metoda analizei sistemice*, cu ajutorul căreia au fost analizate structurat conceptele de bază relevante pentru domeniul de cercetare ;

- *metoda examinării*, care ne-a permis studierea practicii judiciare în ceea ce privește tragerea la răspundere pentru încălcarea normelor privind protecția consumatorilor în domeniul serviciilor medicale ;

- *metoda comparativă*, cu ajutorul căreia s-a făcut o analiză a cadrului legal național în raport cu reglementările din alte state privind protecția drepturilor beneficiarilor de servicii medicale din România, Spania, Franța, Federația Rusă, SUA etc;

- *metoda cantitativă*, care facilitează sistematizarea și evidența legislației și a informației juridico-științifice cu referire la drepturile consumatorilor de servicii medicale;

- *metoda prospectivă*, utilizată în vederea identificării celor mai eficiente căi de optimizare a legislației și de îmbunătățire a mecanismului de aplicare a acesteia în domeniul protecției drepturilor consumatorilor de servicii de sănătate;

- *metoda pedagogică și statistică*, care au permis o cercetare științifică a problematicii;

- *metoda analizei sintetice/generalizatoare*, care constă în formularea concluziilor generale și a propunerilor de *lege ferenda* în scopul îmbunătățirii legislației naționale ce reglementează particularitățile protecției drepturilor consumatorilor de servicii medicale ș.a

Noutatea și originalitatea științifică a tezei, precum și a rezultatelor obținute constau în abordarea fenomenului compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților din perspectiva cercetării teoretice dar și practice a tuturor factorilor și circumstanțelor relevante pentru tema de cercetare. Elementele inovaționale sunt determinate de recomandările formulate pentru înlăturarea lacunelor existente în cadrul normativ național ce țin de instituția protecției consumatorilor în calitate de beneficiari de servicii medicale, fiind oferite îmbunătățiri și propuneri de *lege ferenda* în acest sens.

Elementele de noutate se manifestă prin următoarele teze fundamentale:

1. *formularea noțiunii de prestatori de servicii în sens larg în următoarea accepțiune*: prestatorii de servicii urmează să cuprindă inclusiv instituțiile de drept public, ori potrivit art.1 din Legea nr.105/2003, prestatorii de servicii sunt doar întreprinzătorii privați, ceea ce urmează a fi adaptat pentru domeniul serviciilor medicale;
2. *elucidarea noțiunilor de pacient de servicii medicale prin prisma art.1 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului 263/2005* cu completarea sintagmei în următoarea formulă: pacient este orice persoană fizică ... [se păstrează redacția din lege] ...,și care se bucură de drepturile de despăgubire în calitate de consumator de servicii medicale potrivit Legii nr.105/2003;
3. *soluționarea litigiilor din domeniul serviciilor medicale sau divergențele care apar în instituțiile medicale prin modalități extrajudiciare*, și anume cu implicarea organelor de stat sau prin utilizarea metodelor alternative de soluționare a litigiilor, și anume prin mediere;
4. *extinderea răspunderii juridice pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari de servicii medicale ca formă distinctă a răspunderii în domeniul medical*, cu ajustările necesare la Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 prin completarea art.5 lit.q) se ar reglementa dreptul pacientului de a fi despăgubit nu doar pentru daunele sănătății, dar și pentru prejudiciile materiale suportate potrivit art.32 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105/2003.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante rezidă în demonstrarea compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților din perspectiva cercetării teoretice, dar și practice, prin nuanțarea importanței instituției protecției consumatorilor și evidențierea drepturilor pacienților prin prisma legislației consumeriste, elucidarea particularităților și a formelor de răspundere juridică pentru încălcările din domeniu, precum și formularea recomandărilor și propunerilor de *lege ferenda* îndreptate spre îmbunătățirea domeniului de reglementare a drepturilor consumatorilor și valorificarea eficientă a drepturilor pacientului în contextul serviciilor medicale.

Semnificația teoretică: tezele, concluziile și recomandările privind subiecții, baza legislativă și mijloacele juridice de protecție a consumatorilor în calitate de pacienți prin prisma specificul răspunderii în domeniul serviciilor medicale completează baza teoretică a acestei instituții. În Republica Moldova sunt un număr mic de lucrări științifice, ce ar avea în vizor exclusiv răspunderea

pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de pacienți, cu excepția unui număr modest de articole științifice sau anumite paragrafe expuse în manuale și cursuri universitare.

Valoarea aplicativă a lucrării este determinată de posibilitatea aplicării în practică a concluziilor și recomandărilor formulate, tezele studiului fiind utile în fundamentarea și orientarea strategiilor îndreptate spre evidențierea metodelor și mijloacelor de protecție a consumatorului de servicii medicale ca deziderat final al acestei lucrări. Ideile științifice și concluziile conținute în cuprinsul tezei pot fi utilizate de asemenea: în plan doctrinar-teoretic, ca material inițial pentru o abordare ulterioară mai aprofundată a problemei protecției consumatorilor în calitate de pacienți, în procesul didactic universitar la tematica dreptului medical, și anume la răspunderea pentru încălcarea drepturilor pacienților.

Implementarea rezultatelor științifice constă în faptul că, recomandările formulate servesc, cu precădere, pentru elaborarea programelor de studiu, cursurilor la disciplina Dreptul protecției consumatorilor și Dreptul medical, la perfecționarea specialiștilor din domeniu și la armonizarea legislației în domeniul protecției consumatorilor.

Rezultatele teoretico-metodologice și practice elaborate în lucrare , au fost raportate la conferințele științifico-practice naționale și internaționale precum :

- Simpozionul Științific Internațional al Tinerilor Cercetători Ed.XVI din 27-28 aprilie 2018, ASEM, Chișinău;
- Conferința Științifică Națională cu participare internațională Integrare prin Cercetare și Inovare , 8-9 noiembrie 2018, USM, Chișinău,;
- Conferința Internațională Eurint 2018, Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iași; Conferința Internațională EUFIRE 2018, Universitatea Alexandru Ioan Cuza, Iași;
- Conferința națională în drept și economie în țările în curs de tranziție, 25-26 octombrie 2018, Baku, Azerbaidjan;
- *Conferință științifică internațională „Competitivitatea și inovarea în economia cunoașterii” 27-28 septembrie 2019, ASEM, Chișinău;*
- **Conferința Științifică internațională Interdisciplinară "Neuromarketing: noi abordări în cunoașterea comportamentului consumatorului", 21 noiembrie 2019, ASEM, Chișinău.**

Rezultatele lucrării au fost publicate într-un număr de 9 lucrări științifice. Autorul a contribuit la modificarea cadrului legal caracteristic protecției consumatorului de servicii medicale.

Sumarul compartimentelor tezei. În introducere este redată caracteristica generală a lucrării, se argumentează actualitatea temei și a obiectului de cercetare, se determină obiectul principal și scopul tezei de doctor, noutatea ei științifică, se indică baza empirică, suportul metodologic și teoretico-științific, baza informativă, importanța teoretică și practică a lucrării, sunt formulate tezele esențiale pentru susținere.

Primul capitol **„Analiza instituției serviciilor medicale sub aspect doctrinar ”** are un caracter doctrinar și teoretic. El este divizat în patru secțiuni. În prima secțiune a fost analizat locul și rolul beneficiarilor de servicii medicale în relația lor cu prestatorii de servicii medicale sub aspect evolutiv, demonstrând-se caracterul evolutiv al relației pacient-medic, și rolul crescând al actorului pasiv, pacientul, în această relație. Secțiunea a doua a fost consacrată reflecțiilor doctrinare asupra drepturilor beneficiarilor de servicii medicale prin prisma doctrinelor și curentelor filosofice contemporane. Ultima secțiune privește formularea problemei de cercetare și direcțiile de soluționare a acestora.

Capitolul 2 **„Fundamentarea științifică a definițiilor legale și doctrinare privind subiecții de servicii medicale”** constituie o examinare a principalilor actori prezenți pe piața serviciilor medicale, pornind de la analiza terminologiei utilizate în domeniul beneficiarilor de servicii medicale, făcând o analiză comparativă între noțiunile de consumator și pacient, și finisând cu analiza prestatorilor de servicii medicale din sistemul public și cel privat.

La prima vedere, termenul de consumator pare a fi incompatibil cu cel de pacient. Totuși, la o abordare mai atentă a câmpului lor de aplicare, și anume a relației pacient – medic, sau beneficiar /prestator servicii medicale, și a scopului protecționist vizat de normele de consum, se observă că justificarea noțiunii de consumator de servicii de sănătate în cadrul serviciilor medicale reprezintă o utilitate practică.

Capitolul 3 **„Concordanța legislativă a drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale ”** reprezintă un studiu a principalelor reglementări legislative privind protecția consumatorului și a pacientului. Paralela trasată dintre două legi distincte la prima vedere, demonstrează ulterior o tangență vădită dintre drepturile consumatorilor și pacienților, subliniind utilizarea aplicării legislației de protecție a consumatorului în raporturile medicale.

Capitolul 4 **„Mijloacele juridice de protecția a drepturilor consumatorilor de servicii medicale”** dezvăluie în prim plan modalitățile extrajudiciare de redresare a litigiilor din domeniul

serviciilor medicale, punând în lumină noua metodă alternativă, medierea. Compatibilitatea care se dorește a fi demonstrată în cadrul tezei vine să fie fundamentată și prin analiza responsabilității pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale, demonstrând posibilitatea aplicabilității legii nr.102/2003 în materia soluționării litigiilor din sfera medicală.

În compartimentul **”Concluzii generale și recomandări”** sunt sintetizate principalele concluzii asupra tematicii tezei și înaintate recomandări instituțiilor competente privind adaptarea normelor legislative întru lărgirea sferei de protecție a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale. Concluziile prezentate în lucrare dezvăluie gradul evoluat al studiului și tendința de individualizare în cercetările teoretice de acest sens, cât și de formare a unor piloni utili pentru specialiștii practicieni.

Analizând și sintetizând doctrina, actele normative naționale și ale altor state, precum și cele internaționale cu obiect distinct în materia clauzelor abuzive, am elaborat teza de doctor întru abordarea aspectelor conflictuale ce vor apărea mai frecvent în practică grație maturizării în societatea noastră a relațiilor de consum prin dezvoltarea factorilor social-economici.

Cuvinte cheie: drepturi, protecție, servicii medicale, beneficiar, pacient, consumator, prestator de servicii, răspundere civilă, compatibilitate.

1. ANALIZA INSTITUȚIEI SERVICIILOR MEDICALE SUB ASPECT DOCTRINAR

1.1. Abordări doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale

Pentru a fi posibilă o amplă și elaborată discuție despre ceea ce reprezintă de fapt din punct de vedere juridic dar și social drepturile beneficiarilor de servicii medicale, am considerat imperativ să facem apel la cele mai vechi actele normative (care-și iau sorgintea încă în antichitate) ce vizează domeniul medical, abordând acele norme care ofereau o garanție de protecție a celor care apelau la serviciile prestatorilor de servicii medicale, cunoscuți mai întâi sub conceptul de șamani, preoți și ulteriori medici.

Cele mai vechi scrieri medicale se găsesc tablete incuneiforme, care sunt cunoscute drept cele mai vechi cărți medicale. Se crede că a fost scris de un medic anonim, care a trăit, probabil, aproape de sfârșitul mileniului III Î.C. El a înregistrat o colecție de rețete prețioase. Într-un scenariu cuneiform a scris mai mult de zeci de remedii preferate. Acesta este cel mai vechi manual de cunoaștere al omului și a fost găsit îngropat în ruinele Nippurului de mai bine de 4000 de ani. În zorii civilizațiilor antice, trebuie să ne continuăm expunerea cu apelul la civilizația mesopotamiană, în care conceptul de boală s-a dovedit exclusiv religios. Astfel, vindecătorii preoți au pus diagnosticul, fie prin interogarea rituală - în scopul căutării impurității morale ca cauză - sau prin divinizare, folosind astrologia [202,p.260]. Codul Hammurabi este încadrat în rădăcinile supraviețuirii acestei civilizații, un text care conține prima mare compilare de legi scrise din istoria omenirii[192,p.221].

Nu este inactiv să ne amintim că compilatorul obiectiv al Codului lui Hammurabi a urmărit omogenizarea și unificarea normativă a întregului teritoriu babilonian sub suveranitatea sa, punând în aplicare pentru aceasta o cultură juridică comună în toate părțile imperiului. Spre deosebire de procesul de compilare și codare care va avea loc în perioadele istorice ulterioare, de la Digest la codurile din secolul al XIX-lea, Codul Hammurabi s-a limitat la agregarea dreptului jurisprudențial și a deciziilor de justiție regală, cu absența totală a sistematică și limitarea performanței sale la simpla enumerare a diferitelor presupuneri de fapt de care a fost legată o consecință juridică. Cu toate acestea, este obișnuit să îl considerăm ca primul exemplu de text legal[187,p15]. Cu toate acestea, organismul legislativ, care a reprezentat, fără îndoială, un avans important în exprimarea în scris a unui set de criterii care trebuie aplicate în mod judiciar, este absolut orfan de sistematizare minimă, lipsit de distincție între diferitele ramuri ale dreptului. Astfel, include aspecte legate atât de dreptul civil -

reglementarea relațiilor comerciale și economice, chirii, moșteniri sau împrumuturi - precum și dreptul penal, prin care se stabilesc diferite pedepse pentru infracțiuni de furt sau omor[187]. În favoarea sa, trebuie menționat că legile colectate stabileau un criteriu de proporționalitate juridică între vătămare și pedeapsă, ținând cont de circumstanțe care modulează responsabilitatea atât intenționalitatea, cât și clasa socială din care făcea parte victima și agresorul, astfel încât acesta nu avea aceeași relevanță juridică o are afrontul cauzat unui om liber decât cel produs unui servitor sau unui sclav[203,p.89].

În ceea ce privește relația dintre medic și pacient, Codul Hammurabi, care nu face nici o distincție între diferitele ramuri ale Legii în vigoare, colectează indistinct probleme legate atât de responsabilitatea profesională, cât și de taxele medicale. Dintre cele 282 de precepte pe care le conține acest organism juridic, între nouă și treisprezece articole sunt dedicate reglementării diferitelor aspecte ale profesiei medicale. Împreună cu articolele care se referă la reglementarea relației medic-pacient, activitatea medicilor veterinari și taxele, acelea în care „sanctiunile” la care ar putea fi supuse medicii în anumite cazuri [193,p.37]. În ceea ce privește acesta din urmă, stabilește o remunerație diferită în funcție de persoana asupra căreia se încadrează practica de îngrijire, făcând astfel îngrijirea sănătății mai scumpă pentru a salva viața unui om liber decât a unui individ comun sau a unui sclav (paragrafele 215 [„Dacă medicul face o incizie adâncă la un bărbat cu bisturiul din bronz și salvează viața omului sau dacă își deschide templul unui om cu bisturiul din bronz și salvează un ochi pentru bărbat, va percepe 10 siclos de argint »], 216 [„Dacă este fiul unei persoane comune, el va primi 5 siclos de plata ”] și 217 [„Dacă este sclavul unui om, va percepe 2 siclos de plata ”]). Prin urmare, există o evaluare diferită a furnizării serviciului de sănătate, în funcție de subiectul servit. În orice caz, intervențiile medicale pot fi, de asemenea, de rang mai mic atunci când nu produc mântuirea vieții, ci pur și simplu facilitează vindecarea, caz în care și costul lor scade (paragrafele 221 [„Dacă medicul compune un os rupt unui bărbat sau vindecă un tendon bolnav, pacientul va plăti medicului 5 scoici de argint”], 222 [„Dacă este fiul unei persoane comune, va plăti 3 coji de argint »] și 223 [„Dacă sunteți sclavul unui bărbat, proprietarul sclavului va plăti medicului 2 sicli de argint ”]).

Îngrijirea pacientului este un aspect discret și important al dreptului la sănătate, care merită atenție și examinare ca o problemă a drepturilor omului. O gamă vastă și severă de încălcări ale drepturilor omului apar în contextul îngrijirii pacienților care încalcă drepturile pe lângă dreptul la sănătate, inclusiv multe drepturi civile și politice. Ca răspuns la îngrijorarea din ce în ce mai mare cu privire la acest abuz în multe părți ale lumii, sintagma și conceptul „drepturile omului în îngrijirea pacientului” a crescut recent în utilizarea ca cadru pentru monitorizarea, documentarea și analiza

abuzurilor în setările de îngrijire a pacienților și în unele cazuri, responsabilizarea guvernelor și a altor părți.

În loc de îngrijirile medicale adecvate și așteptate, pacienții și furnizorii de sănătate din multe regiuni se confruntă cu o varietate de abuzuri care afectează demnitatea umană de bază și pun în pericol rezultatele procesului de prestare a serviciilor de sănătate. Aceste abuzuri variază de la încălcări ale drepturilor pacienților la consimțământul informat, confidențialitatea și nediscriminarea până la abuzuri mai grave, inclusiv tortură și tratament crud, inuman și degradant. De asemenea, furnizorii de sănătate se pot confrunta cu abuzuri, cum ar fi condiții de muncă nesigure, sancțiuni pentru furnizarea de asistență medicală bazată pe dovezi, limite privind libertatea lor de asociere și refuzul procesului convenit atunci când pacienții fac plângeri împotriva lor.

Drepturile pacientului sunt oportunitățile legal stabilite pentru o persoană care primește îngrijiri medicale, respectiv ele trebuie distinse de noțiunea de „dreptul cetățeanului la îngrijirea sănătății” - drepturile pacientului au o semnificație mai restrânsă. Acestea sunt drepturile care apar chiar în procesul de furnizare a îngrijirii medicale sau care au o influență decisivă asupra întregului său context. În total, caracterul pacientului conturează cadrul general al situației și comportamentului său și impune anumite obligații celor care acordă asistență medicală pacientului.

Respectarea drepturilor omului nu este doar o cerință a eticii medicale, ci și o componentă esențială a moralei universale. Drepturile pacientului au apărut în practica publică nu întâmplător: au acumulat în sine o lungă evoluție a culturii și medicinei, afirmarea valorilor libertății și demnității unei persoane, a principiilor imunității și autonomiei persoanei.

Analizând modul doctrinar de formare al conceptului de pacient, se poate afirma fără nici o îndoială că asistăm în prezent la o radicală transformare a modelului care guvernează relațiile dintre prestatorul de servicii medicale și destinatarul acestora. Dintr-un subiect tradițional pasiv și în mare parte receptor a practicilor clinice, mișcările sociale contemporane (“*revoluția pacienților*”[181.p7]) au adus în lumină un nou model de îngrijire medicală prezidat de principiul autonomiei, înțeles ca o participare a pacientului la luarea deciziilor. Principiul autonomiei, al cărui cea mai evidentă , dar nu unică, caracteristică este consimțământul informat care necesită regândirea noțiunii de beneficiar al serviciului de sănătate pentru a construi un concept adecvat care să permită articularea noii situații de paritate pozitivă în fața căreia se află prestatorul de aceste servicii. Relația de asistență este de natură asimetrică, astfel încât, dacă vrem să promovăm o nouă legătură orizontală însoțită de un catalog de drepturi, prima decizie care trebuie luată în acest sens este de a determina ce instrumente juridice sunt

adecvate în acest scop. În acest sens, existența relațiilor bilaterale asimetrice nu este nouă în sfera socială. Acesta este cazul în domeniul relațiilor de muncă în care necesitatea de a interveni în legătura juridică verticală dintre angajator și lucrător a condus la apariția unei noi discipline - Dreptul muncii - și a unui nou instrument juridic - contractul de muncă - pentru a scăpa de vechea concepție liberală din secolul al XIX-lea, prezidat de principiul egalității între părți.

Este de menționat că expresia formulată pentru prima dată de filosoful-economist Adam Smith, la începutul sec. al XVIII-lea care a declarat că „unicul scop final al produsului este consumul”, producătorul fiind subordonat cerințelor consumatorului a pornit multe comentarii legate de politica consumeristă[204,p.26].

Într-o formulare modernă, se poate spune că scopul activității economice este de a alocă resurse, cât mai eficient posibil, pentru a satisface nevoile consumatorilor. De altfel, în literatura de specialitate, autorii J. Calais-Auloy, J. Beauchard, J.L. Fagnart; A. Kassis, afirmă că, așa cum în politică democrația constă în asigurarea drepturilor alegătorilor, în economie, o asemenea democrație înseamnă asigurarea drepturilor consumatorilor, posibilitatea acestora de a alege[109].

Din punct de vedere istoric, utilizarea noțiunii de consumator, totuși, este disputată între europeni și nord-americani. Pe cînd cei din urmă afirmă că președintele american John Kennedy a utilizat prima dată noțiunea în fața Congresului, în 1962, rostind celebrele cuvinte: „*Consumers, by definition, include us all*” (Consumatori, prin definiție, sîntem noi toți), europenii pun pe seama economiștilor folosirea termenului, în timpul crizei economice din 1930[205,p.19]. Totuși, pericolele generate de societatea de consum au fost denunțate mai întîi în Statele Unite ale Americii de filosofi precum Marcuse, economiști precum Galbraith și Vance Packard, pentru ca, în anul 1962, în mesajul sau despre starea noțiunii, președintele Kennedy să constate oficial că masa consumatorilor reprezintă, pe plan economic, grupul cel mai important, dar și cel mai puțin ascultat.

Același proces de emancipare a trunchiului comun s-a regăsit și în sfera relațiilor dintre oamenii de afaceri și destinatarii de bunuri și servicii, luînd astfel formă Legea privind protecția consumatorilor, dincolo de faptul că autonomia sa științifică nu se dovedește a fi pașnică în doctrină[166,p.108]. Fără îndoială că configurația dreptului modern al consumatorilor ca instrument de tutelă a celei mai slabe părți a relației juridice și a extinderii sale în diferitele sectoare ale activității sociale și economice face ca dezbateră juridică privind transferul ei în domeniul relațiilor între furnizorul de servicii de sănătate și beneficiar să fie una necesară și urgentă, pentru a evalua aplicabilitatea acestuia ca instrument de reechilibrare a poziției publice.

Din acest punct de vedere, un sector doctrinar avansat a subliniat modul în care, comparativ cu considerarea tradițională a pacientului ca simplu destinatar al produselor și serviciilor de sănătate într-o relație supravegheată de medic și inspirată de principiile de bunăvoință și încredere, direcțiile moderne de cercetare juridică plasează pacientul ca beneficiar al serviciilor și un consumator de produse, motiv pentru care legislația privind protecția consumatorului ar fi aplicabilă prin extensie[200, p.169- 170]. Prin urmare, este oportun să se înceapă prin diferențierea conceptului de consumator în sens economic și în sens juridic, astfel încât, odată definit acesta din urmă și evidențiindu-se caracteristicile sale de bază, să se treacă la evaluarea ajustării sale translatoare asupra consumatorului serviciilor de sănătate.

Nu este de neglijat nici faptul că, dintr-o concepție economistă, considerarea pacientului drept consumator a făcut obiectul criticilor. Astfel, economiștii relevanți ca Krugman au ajuns să considere inadmisibilitatea calificării pacientului drept consumator sub titlul forțat și puțin nuanțat de *"patients are not consumers (pacienții nu sunt consumatori)"*. Autorul vede relația dintre pacient și medic ca fiind *"ceva special, aproape sacru"*, astfel încât ca medicii să fie considerați simpli *"furnizori"* care vând servicii pentru *"consumatori"* este, în opinia sa, *"o idee bolnavă"*. Krugman de asemenea menționează : *"De aceea, medicii au fost în mod obișnuit considerați ca fiind ceva special și se așteptau să se comporte conform unor standarde mai înalte decât media profesională. Există un motiv pentru care avem seriale de televiziune despre doctorii eroici, în timp ce nu avem seriale de televiziune despre manageri eroici de nivel mediu. Ideea că toate acestea pot fi reduse la bani - că medicii sunt doar "furnizori" care vând servicii "consumatorilor" sănătății - este foarte rău. Și prevalența acestui tip de limbaj este un semn că ceva a mers foarte greșit nu doar cu această discuție, ci și cu valorile societății noastre"* [246]. În mod similar, Meil și Ericson, mai puțin radicali, prezintă dezavantaje ale acestei considerații pe baza unui raționament triplu: caracterul involuntar al beneficiului, pretinsa lipsă de pregătire a pacientului pentru luarea deciziilor și pluralitatea de persoane implicate în procesul de îngrijire.) Meil și Ericson explică această inconveniență în 3 moduri:” *Vedem trei motive principale de ce tratarea pacienților ca consumatori poate crea probleme. 1. Pacienții nu doresc să fie acolo: Oamenii nu caută asistență medicală fără un motiv. Ceva nu este în regulă și pacienții doresc să o rezolve și să revină la normal. Atunci când pacienții trebuie să fie factori decizionali proactivi, sistemul de sănătate aruncă adesea un erou foarte reticent în acest rol. 2. Pacienții nu sunt echipați pentru a fi acolo: Chiar și atunci când pacienții sunt dispuși să fie factori de decizie, este posibil să nu aibă instrumentele necesare. Într-o perioadă de stres neobișnuit, sistemul îi cere să absoarbă*

informații tehnice și să ia decizii dificile care necesită expertiză specializată. 3. Pacienții nu sunt singuri. Pentru a proiecta doar pentru pacienți trebuie să uiți că fac parte dintr-un sistem complex și nu sunt deseori factori de decizie independenți. Deciziile sunt formulate de alte părți interesate: prietenii și familia care susțin pacientul, compania de asigurări, practicienii și specialiștii care oferă îngrijire, administratorii spitalelor și așa mai departe”[250].

Alți autori au susținut că termenul "consumator" ar veni să introducă în domeniul sanitar logica pieței, care nu este adecvată pentru desemnarea pacienților. Acesta este cazul lui Annas, care critică termenul "consumator" pentru a se referi la pacient, menționând că transformarea drepturilor pacienților în drepturile consumatorilor este inadecvată. Pacienții, conform autorului, nu ar fi consumatori deoarece nu aleg furnizorii medicali pe baza calității și a prețului, deoarece sunt "persoane bolnave și vulnerabile, care nu reușesc să obțină cel mai bun tratament". În plus, pentru autor, limbajul contează: "Limbajul contează. Astfel, atunci când piața este impusă sistemului de sănătate, pare natural să transformăm pacienții în consumatori, iar drepturile pacienților în drepturile consumatorilor. Dar pacienții nu sunt cei care aleg medicii și tratamentele pe baza prețului și a calitate. Pacienții sunt oameni bolnavi și vulnerabili care nu sunt cu adevărat sinceri și nu sunt capabili să facă cumpărături pentru a obține cea mai bună afacere [211,p.137].

De asemenea, din punct de vedere bioetic, această considerație a pacientului în calitate de consumator a fost criticată sub diferite argumente, cum ar fi presupusul reducționism al relației medic-pacient (Hartzband critică reducționismul cuvintelor consumator și furnizor, deoarece presupune ignorarea dimensiunilor psihologice, spirituale și umaniste ale relației medic-pacient, aspecte care în mod tradițional făceau din medicină o vocație în care altruismul a eclipsat câștigul personal al medicului)[237,p.137], eliminarea principiului de încredere în relația clinică[214,p.32-34] sau presupusa comercializare a serviciilor de sănătate pacientului[218,p. 298-302].

Pozițiile indicate sunt bine intenționate, dar sunt reducționiste științifice și paternaliste bioetic. În fapt, ei nu sunt conștienți de sensul diferit al conceptului juridic și al conceptului economic al consumatorului, limitându-se doar la luarea în considerare a celor din urmă și ignorând dimensiunea intuitivă a categoriei în sistemul juridic. De asemenea în Spania, au existat autori care - în mod eronat - au redus conceptul de consumator la dimensiunea sa economică, uitând semnificația juridico-normativă și legând-o cu costul serviciului. Este semnificativ, în această direcție greșită, oglindirea reflexie lui Beato M. care, după ce a întrebat care este cel mai potrivit titlu din actuala realitate juridică în sănătate, afirmă că "dacă se măsoară în termeni clinici, aceasta va fi cea a bolnavului sau a

pacientului; dacă este în termeni economici, de performanță și de cost, acesta va fi utilizatorul sau consumatorul; dacă este vorba de un serviciu public, universal și gratuit, titlul va fi cel al cetățeanului sau al contribuabilului; dacă este măsurată din poziția integrată într-un sistem de securitate socială, titlul va fi cel al asiguratului sau beneficiarului”[164,p.31-31]. În al doilea rând, există un fel de paternalism ascuns în considerația sacră dată funcției facultative, inspirată de vechile principii ale bunăstării, încrederii și altruismului, care par să evoce epoci anterioare[233,p.463-527]. Autorul afirmă în una din lucrările sale[221] , că pe de altă parte, apelurile la presupusa lipsă de pregătire a pacientului, pretinsa involuntaritate în primirea beneficiului sau pluralitatea persoanelor care participă la procesul de îngrijire sunt, desigur, puțin compatibile cu principiul autonomiei care, dacă e să ne amintim , constituie o manifestare a demnității umane și a dezvoltării libere a personalității, recunoscută în articolul 10 al Convenției Europene a Drepturilor Omului.

Prin urmare, insistăm pe faptul că nu folosim o noțiune economică sau comportamentală a consumatorului ci un concept normativ. Autorul de origine spaniolă Priego-Álvarez distinge între "consumisul sanitar" (acțiune critică și fără grijă în achiziționarea și utilizarea produselor de sănătate) și "consumul de sănătate" (poziția conștiințioasă și reflexivă a consumatorului cu recunoașterea instituțională a autonomiei) [190, p.31-37; 191,p.5-12]. În acest fel, se intenționează examinarea domeniului tehnicilor tutoriale ale dreptului consumatorului în relațiile clinice, depășind concepția tradițională a dreptului la sănătate al consumatorilor ca drept de natură pur preventivă și dimensiune comunitară - abordare tradițională a legilor din consumul de prima generație - să se aplice și dimensiunii de asistență și prevenire, individualizată de autonomia beneficiarului și de profesionalismul furnizorului, abandonând astfel sistemele anacronice de relații fiduciare bazate pe încredere. De fapt, indiferent dacă o dorim sau nu, calificarea extra mercantilistă și altruistă a prestării serviciilor medicale profesionale, ca patrimoniu greco-roman, este la fel de anacronică, fiind departe de realitate. Beneficiarul serviciilor de sănătate este un consumator care alege și cere. Nimic anormal nu trebuie văzut în această schimbare de paradigmă, comună, pe de altă parte, altor situații de asimetrie juridică.

Din această perspectivă, este esențial să menționăm opinia lui Hall care explică modul în care există două poziții fundamentale în legătură cu dezbaterile privind regulile aplicabile furnizării serviciilor de sănătate[234;235;236;267]. O poziție tradițională, care se califică drept "esențialism"[235,p.584], susține că relația juridică este reglementată de propriile reguli speciale, luând în considerare atributele fiduciare ale relației medic-pacient, cum ar fi secretul medical.

Confruntat cu această poziție, autorul susține o teză consumeristă care, în opinia noastră este o viziune corectă, precum că statutul de consumator ar face apel la aspectele contractuale ale unui serviciu profesional standard, spre deosebire de statutul de pacient care ar constitui dependență, suferință și nevoia de îngrijire[235,p.584]. Pe de altă parte, autorul ne reamintește că sistemul juridic a luat în considerare întotdeauna pe cei care primesc îngrijiri medicale mai mult de la statutul lor de pacienți decât consumatori, menționând că, ca și în cazul dreptului familiei, dreptul medical acordă prioritate statutului și nu contractului[235,p.583], fără ca acest lucru să ne determine să uităm dimensiunea contractuală a relației medicale în care obligațiile bilaterale sunt falsificate într-un context în care una dintre părți este o persoană bolnavă și vulnerabilă. Astfel, el subliniază că tensiunea dintre statutul de pacient și statutul consumatorului are o istorie îndelungată de natură socială[235,p.583].

Rolul potențial al pacienților ca consumatori a început să crească în deceniul al treizeci-lea al secolului al XX-lea, ca răspuns la creșterea costurilor asistenței medicale în Statele Unite. De fapt, începând cu anii 60 ai secolului trecut, drepturile pacienților au fost recunoscute datorită presiunii asociațiilor consumatorilor care au provocat paternalismul medical încă preponderent. Viziunea consumeristă a câștigat o putere suplimentară chiar și în anii 1980, când politicile publice au îmbrățișat dinamica pieței pentru a reduce și a raționaliza cheltuielile medicale. De atunci, vorbind despre drepturile consumatorilor în Statele Unite are o conotație legată de autonomie, spre deosebire de termenul "pacient" mai mult legat de paternalismul clasic[235,p.585].

Acest curent al consumului , dacă avem voie să folosim anglicismul dat, a serviciilor de sănătate, care a condus la o dezbatere doctrinară bogată[264,p.1880-1886;241,p.531-536;242,p.704-714;265,p.272-281;216,p.820-841], a început în Statele Unite din motive care erau exact contrar celor presupuse. De fapt, considerația legală a pacientului ca consumator este folosită ca un instrument tuitiv care permite corectarea inegalităților extraordinare existente în relațiile prestaționale în țara respectivă. În acest fel, dreptul consumatorilor este înțeles ca un instrument de avangardă al autonomiei și al drepturilor pacientului. În același sens, Kapp relaționează direct starea consumatorului cu autonomia pacientului prin principalele manifestări: consimțământul informat (informed consent) și alegerea în cunoștință de cauză(informed choice), ambele instituții care fac parte din categoria drepturilor individuale de non-interferență (non-interference rights) care inspiră, de la părinții fondatori, constituționalismul american. Kapp concluzionează că autonomia este un aspect privilegiat în societatea noastră, este reflectat în contextul cel mai înalt prin doctrina consimțitului informat care se referă la deciziile individuale despre medicamente. Acest aspect

important și întruchiparea sa originală ar trebui respectate pe deplin și aplicate în motivarea deciziilor privind detaliile și alegerile făcute printre cei mai buni ofertanți pe piață.[245,p.1-31

Efectiv, pacientul se poate baza, pe lângă drepturile specifice prevăzute în legislația în domeniul sănătății, pe cele consacrate generic în legislația privind protecția consumatorilor. Această abordare a fost salutăată în special în țările în care, paradoxal, sa dovedit a fi puterea sistemului privat de asistență medicală care a forțat să nu se uite statutul pacientului ca consumator legal.

Astfel, este necesar să se menționeze reforma sănătății promovată de președintele Obama, popular cunoscut sub numele de "Obamacare" și denumită în mod oficial "Legea privind protecția pacienților și îngrijirea accesibilă"(Patient Protection and Affordable Care Act). Aprobarea sa de către Congres în martie 2010 a provocat o dezbatere politică, constituțională și mediatică intensă, o circumstanță care demonstrează importanța sa în agenda publică a SUA. De fapt, reforma reprezintă o modificare istorică a reglementărilor privind asigurările de sănătate, în scopul stabilirii asigurării private, dar obligatorii, a asigurărilor de sănătate pentru majoritatea americanilor adulți fără asigurare, indiferent dacă sunt furnizați de angajatori sau subvenționați de către guvern. De asemenea, legea interzice companiilor de asigurări să apeleze la condițiile preexistente de boală sau la sexul asiguratului pentru a nu permite subscrierea asigurării, cerându-le să acorde acoperire tuturor solicitanților și să ofere aceleași rate indiferent de statutul lor de sănătate sau sex. Reamintim recenta reformă americană pentru a arăta potențialul conceptului de pacient în calitate de consumator special în scopul servirii ca titlu de intervenție publică în domeniul serviciilor de sănătate[232,p.162]. A fost tocmai această calificare juridică [în cazul Americii de Nord, de consolidare dublă deoarece destinatarul serviciilor de sănătate este consumator, atât ca asigurat - întotdeauna - cât și ca pacient - în mod ocazional), punctul de plecare din care a fost posibil să se elaboreze un sistem care să îmbunătățească acoperirea sănătății populației, nu numai din perspectiva protecției pacienților (Patient Protection), ci și din îngrijirea medicală accesibilă (Affordable Care), dedusă din titlul Legii.

Considerația legală a pacientului în calitate de consumator a fost, de asemenea, dezvoltată în Regatul Unit, o problemă care nu are nimic de-a face cu modelul sistemului de sănătate. De fapt, primul articol care a fost scris despre abordarea pacientului în calitate de consumator, cu doi ani înainte de celebrul discurs al președintelui Kennedy privind universalitatea conceptului de consum, a fost publicat anonim , dintr-o perspectivă sociologică, în celebrul jurnalul medical The Lancet, care se numea "Pacienții în calitate de consumatori: dorințe și necesități". "Ulterior, a avut loc și o dezbatere intensă cu privire la rolul grupurilor de consumatori din Regatul Unit. Astfel, în scop informativ, poate

fi văzut în Baggott, Rob și Forster, Rudolf, „Health consumer groups and patients’ organisations in Europe: towards a comparative analysis“.[228,p.333-356;238;239]

De fapt, în cazul britanic, este cu siguranță unic și se află la antipodurile modelului american, dat fiind faptul că Serviciul Național de Sănătate, de acces public, universal și gratuit, este unul dintre cele mai puternice sisteme de sănătate publică din lume, constituind o foarte remarcabilă excepție de la absenteismul tradițional al țărilor anglo-saxone. Cu toate acestea, în acest caz și spre deosebire de țările continentale în care tratamentul în calitate de consumator se face în principal în domeniul răspunderii medicale, construcția conceptului britanic de pacient-consumator a fost, de asemenea, realizată ca un instrument de recunoaștere a dreptului de reprezentare a asociațiilor de consumatori în materie sanitară, precum și dreptului la autonomie în luarea deciziilor. După cum Mold explică, în ciuda condiției peiorative care uneori este dată conceptului de consumator în domeniul sănătății, construcția conceptului de pacient-consumator a permis grupurilor organizate de pacienți să avanseze în aplicarea principiului autonomiei , în rolul său colectiv în gestionarea și dezvoltarea serviciilor de sănătate și în dezvoltarea libertății de alegere [251,p.521].

În sfârșit, atribuirea către pacient a statutului de consumator poate fi observată și în Noua Zeelandă. Astfel, în 1996 a fost publicat New Zealand Code of Health and Disability Consumers’ Rights , care juxtapun figura consumatorului de servicii de sănătate cu cea a "furnizorului de servicii medicale". Articolul 2 al Codului (cunoscut și sub denumirea de Code of Patients’Rights) sistematizează zece drepturi ale consumatorului ca pacient: " *Right to be Treated with Respect; Right to Freedom from Discrimination, Coercion, Harassment, and Exploitation; Right to Dignity and Independence; Right to Services of an Appropriate Standard; Right to Effective Communication; Right to be Fully Informed; Right to Make an Informed Choice and Give Informed Consent; Right to Support; Rights in Respect of Teaching or Research; Right to Complain*" [223;283].

Această concepție a început, de asemenea, să se cristalizeze timid în Europa continentală, unde încă se vede drept un prejudiciu comodificarea imaginii consumatorului. Cu titlu de exemplu și fără un spirit exhaustiv, în Franța, unde *Cour de Cassation* y el *Conseil d’Etat* au aplicat preceptele *Code de la consommation* pentru anumite cazuri de informare sau responsabilitate medicală[206,p.759] sau în Italia, unde încep pentru a apăra condiția *paziente-consummatore* (pacient-consumator), deși presupuneri fragmentare nu au o construcție științifică, autonomă și integrală a conceptului.

1.2. Evoluția istorică și filosofico-juridică a instituției serviciilor medicale

Pentru a prezenta importanța rolului beneficiarilor de servicii medicale, în special prin prisma drepturilor acestora care au evoluat în paralel cu evoluția relației clinice dintre medic și pacient, am decis să realizăm un studiu complex a evoluției preceptelor studiate, în diferite etape (atichitate, evul mediu, sec. XII-Sec XX), din punct de vedere a filosofilor, medicilor, doctrinei juridice.

Relația medic-pacient într-un cadru istoric depinde de situația medicală și de scena socială. Capacitatea medicului și a pacientului de auto-reflecție și comunicare, precum și orice abilități tehnice sunt încorporate în această situație medicală. Scena socială se referă la climatul social-politic și intelectual-științific la acea vreme.

Lucrarea realizată de Szasz și Hollender (1956) a demarcat trei modele de bază ale relației medic-pacient[274,p.585-592]. Acestea sunt (a) pasivitate activă, (b) cooperare de orientare și (c) participare reciprocă. Modelele de pasivitate a activității și de orientare spre cooperare sunt în întregime paternaliste și, astfel, sunt predominant centrate pe medic. Ultima, participarea reciprocă pune un accent mai mare pe tratamentul centrat pe pacient. Prin utilizarea acestor modele conceptuale, se poate prezenta o imagine de ansamblu istorică a anumitor schimbări apărute între medic și pacient, ceea ce a dus la dezvoltarea și crearea unui accent centrat pe pacient, care este practicat în prezent. Condițiile sociale și modelele de practică medicală sunt cercetate din punct de vedere istoric în următoarele perioade:

- Egiptul Antic (aproximativ 4000 până la 1000 î.C.)
- Iluminismul grecesc (aproximativ 600 - 100 B.C)
- Europa Medievală și Inchiziția (aproximativ 1200 - 1600 A.D)
- Revoluția franceză (sfârșitul secolului XVIII)
- Relația medic-pacient (1700 până în zilele noastre)

1. În *Egiptul antic*, Edelstein și colab. (1937) au propus ca relația medic-pacient să evolueze din relația preot-suplicant, păstrând astfel ideologia unei figuri-părinte pentru a manipula evenimentele în numele pacientului[226,p.201]. Omul a încercat să stăpânească natura, prin temerile sale de neputință, boală și moarte, prin magie și misticism, teologie și raționalitate. Vindecătorii erau la fel de mulți magi și preoți, precum erau doctori, iar magia era o parte integrantă a îngrijirii. Tratamentul s-a limitat în mare parte la afecțiuni externe și vizibile, cum ar fi fracturile. Tulburările psihiatrice considerate ca fiind interne au prezentat anumite dificultăți de observație în fața unei abordări naive, nesofisticate din punct de vedere cultural asupra medicinei. Prin urmare, pare probabil

că în medicina egipteană antică, relația de tip activitate-pasivitate a existat și că această relație a fost nealterată. Nici circumstanțele sociale, nici progresele tehnice nu au fost de natură să necesite o schimbare în această relație.

2. În perioada *Iluminismul grecesc* (aproximativ 600 - 100 B.C), grecii au dezvoltat un sistem de tratare bazat pe o abordare empirico-rațională, astfel încât s-au bazat tot mai mult pe observația naturalistă, îmbunătățită prin încercări practice și experiență de eroare, abandonând justificările magice și religioase ale disfuncției corporale umane. De asemenea, au fost printre primele națiuni care au evoluat spre o formă democratică de organizare socială și, prin urmare, au stabilit egalitatea între electorat. Astfel, cooperarea de orientare și participarea reciprocă într-o măsură mai mică au fost tiparele distinctive ale relației medic-pacient.

Jurământul Hipocratic a stabilit un cod deontologic pentru medic, oferind în același timp o „Cartă a drepturilor” pentru pacient. Regulile care codifică atitudinea prescrisă de medic față de pacientul său[263,p.583]: *„Regimul pe care îl adopt trebuie să fie în beneficiul pacienților mei în funcție de capacitatea și judecata mea, și nu pentru răul lor sau pentru greșeala ... În orice casă voi intra, acolo voi merge pentru beneficiul bolnavului, abținându-se de la orice infracțiune sau corupție, și mai ales de la orice seducție, de sex masculin sau feminin, fără legături. Orice lucruri pe care le văd sau le aud cu privire la viața oamenilor, în prezența mea asupra bolnavilor sau chiar în afară de acestea, care nu ar trebui să fie sesizate în străinătate, voi păstra tăcerea pe aceasta, socotind astfel de lucruri ca fiind secrete sacre. ”*

Acest jurământ oferă un grad mai mare de umanism în tratarea nevoilor, bunăstării și intereselor oamenilor în comparație cu codurile de conduită anterioare. În acest sens, Jurământul Hipocratic a ridicat etica medicală mai presus de interesele proprii ale clasei și statutului.

Europa Medievală și Inchiziția

Restaurarea credințelor lumii religioase și supranaturale, ca urmare a stingerii Imperiului Roman și încheierea în Cruciade și vânătoare de vrăjitoare de-a lungul evului mediu, a dus la deteriorarea, slăbirea și regresivitatea relației medic-pacient din întreaga Europă medievală. Credințele magico-religioase personificate în Vechiul și Noul Testament au fost reînviolate și au devenit larg acceptate. Medicul, plin de puteri magice, se afla într-o poziție glorioasă, de înalt rang în societate, iar pacienții săi erau considerați princi neputincioși, analog modelului de activitate-pasivitate.

3. În perioada *Revoluției Franceze*, prin inițierea Renașterii încurajată de protestantismul emergent, căutarea omului pentru liberalism, egalitate, demnitate și știință empirică a început din nou.

Evenimentele care au dus la Revoluția Franceză au pus capăt unei epoci în care bolnavii mintali și cei social-defavorizați au fost încarcerați în temnițe[274,p.585-592]. Aceasta exemplifică schimbarea relației medic-pacient dintr-o abordare activitate-pasivitate către un model de cooperare .

4. *Relația medic-pacient începând cu anul 1700 până în zilele noastre.* „Relația dintre medic și pacient are o asociere foarte pronunțată cu modelul de boală care domină în orice moment”[243,p.225-244] . În secolul al XVIII-lea simptomul a fost boala. Medicii erau puțini la număr, iar pacienții lor erau în principal clasa superioară și aristocratici. Această diferență de statut a asigurat supremația sau dominația pacientului, iar medicii trebuiau să concureze între ei pentru a satisface pacientul. Modelul de boală care s-a dezvoltat a fost unul bazat pe interpretarea simptomelor individuale ale pacienților. Medicul a descoperit că este mai puțin necesar să examineze pacientul, dar mai important să fii atent la nevoile și experiențele lor manifestate sub forma simptomelor. Acest model de analiză clinică bazat pe simptome a asigurat păstrarea dominanței pacientului în toată această perioadă.

La sfârșitul secolului al XVIII-lea, spitalele au apărut ca locuri pentru a trata pacienții defavorizați. Medicii s-au regăsit în situația că oferă tratament medical pentru cei care erau considerați în mod tradițional ca fiind mai pasivi. Spitalul a devenit piatra de temelie a îngrijirii medicale și, odată cu creșterea rapidă a cunoștințelor microbiologice și a abilităților chirurgicale în această perioadă, s-a dezvoltat un nou sistem medical care s-a concentrat nu pe simptome, ci mai degrabă pe diagnosticul precis al unei leziuni patologice în interiorul corpului - model biomedical de boală. Acest nou model a necesitat examinarea corpului pacientului și a cunoștințelor clinice și anatomice de specialitate deținute de medic pentru a formula un diagnostic.

Suntem de acord cu opinia autorului Laín P., precum că în ultimele decenii ale secolului XX, modul în care medicii și pacienții interacționează unul cu altul s-a schimbat mai mult decât în cele douăzeci și cinci de secole precedente. Schimbarea de la un model paternalist la un model autonom a reprezentat o transformare cu puține precedente istorice. Evoluția acestui fenomen în timp a afectat cele trei elemente implicate:

1. Pacientul, care în mod tradițional a fost considerat un receptor pasiv al deciziilor pe care le lua medicul în numele său și în beneficiul său, a fost transformat la sfârșitul secolului XX într-un agent cu drepturi bine definite și o capacitate largă de luare a deciziilor autonome cu privire la procedurile de diagnosticare și cele terapeutice, care i-au fost oferite și nu i-au mai fost impuse.

2. Medicul, de la figura de tată-preot (conform rolului tradițional al profesiei sale), a fost transformat într-un consilier tehnic al pacienților săi, cărora le-a oferit cunoștințele și sfaturile, dar ale căror decizii nu mai erau luate ca atare.

3. Relația clinică, de la a fi bipolară, verticală și infantilizantă, a devenit mai colectivă (cu implicarea a numeroși profesioniști în domeniul sănătății), mai orizontală și mai adaptată tipului de relație adecvat subiecților adulți în societățile democratice.

Se poate spune că, în ultima treime a secolului al XX-lea, modul în care medicii și pacienții interacționează s-a schimbat mai mult decât în cele douăzeci și cinci de secole precedente. Și pentru a justifica această afirmație frapantă, este necesar să analizăm pe scurt schimbarea care a avut loc în fiecare dintre poli (relația dintre pacient și medicul său), precum și în relația însăși.

Bolnavul : de la pacient la agent. De-a lungul istoriei s-a crezut întotdeauna că pacientul este incapabil din punct de vedere biologic, deoarece boala îl pune într-o situație de suferință și dizabilitate, dependență și, în cele din urmă, infantilizare [176,p.248-264]. Dar, de asemenea, din scrierile hipocratice medicii antici au susținut în repetate rânduri teza că neputința pacientului nu afectează numai corpul, ci și sufletul, voința și simțul moral.

Pasiunile ascund înțelegerea; dorințele presante, senzațiile plăcerii intense, ispitele irezistibile au fost întotdeauna dușmani ai seninătății și ale judecății morale corecte. Emoțiile puternice năvălesc conștiința și relaxează voința și controlul impulsurilor. Același lucru se întâmplă și cu pasiunile negative: angoasa, teama, suferința sau disperarea care rezultă dintr-o boală gravă sunt consilieri răi atunci când fac judecăți de realitate și accentuează incapacitatea subiectului de a acționa cu luciditate și prudență. Este dificil, prin urmare, ca un pacient să poată lua decizii complexe, la fel cum este dificil pentru un copil să o facă. Și așa cum copilul are încredere că tatăl său va alege întotdeauna cel mai bine pentru el, pacientul trebuie să aibă încredere în medicul său, care cu înțelepciune, bunătate morală și bunăvoință va alege întotdeauna cel mai bun tratament posibil. Doctorul trebuie să decidă în loc de pacient și spre binele pacientului. Concepția clasică a unui “ bolnav bun” este aceea a unui pacient supus, încrezător și respectuos, la fel ca un copil bun, nu este răzbunător, păstrează o atitudine docilă, respectă punctual instrucțiunile tatălui / medicului și nu pune prea multe întrebări.

Lain a elaborat clar în mai multe texte teza lui Víctor von Weizsäcker potrivit căreia medicamentul secolului al XX este profund marcat de introducerea în el a subiectului uman, prin recunoașterea și luarea în considerare a persoanei concrete că pacientul există.

Între secolele al XIX-lea și al XX-lea ar fi existat o rebeliune autentică a subiectului care îi obligă pe medici să introducă în gândirea și practica aspectele sociale, psihice și personale ale bolii: este așa-numita "introducere a subiectului în medicină".

Rebeliunea subiectului. Această rebeliune a subiectului, care a determinat introducerea sa în gândire și în practica medicală, are două aspecte diferite: sociale și clinice. Prima se referă la lupta proletariatului împotriva condițiilor mizerabile în care s-a dezvoltat viața sa în urma revoluției industriale. În mine, în furnale și în industriile mari a existat o morbiditate ridicată, care a fost agravată de excesul și duritatea muncii, împreună cu deficiențele în alimentație, igienă și, în general, în toate condițiile de viață. În domeniul sanitar, aceste condiții presupuneau o distanță abisală între "medicamente pentru cei bogați" și "medicamente pentru cei săraci", fiecare dintre care corespundea unui alt tip diferit de relație medic-pacient.

Confruntată cu această situație (inițial denunțată de unii medici și reformatori sociali) apare o revoltă socială legată de istoria mișcării muncitorilor, care luptă împotriva inegalității îngrijirii și va promova apariția și dezvoltarea sistemelor colective de îngrijire a sănătății publice, bazată pe ideea că îngrijirea medicală a lucrătorilor nu poate continua să fie ceea ce sa petrecut de-a lungul secolelor (un act de caritate acordat de autoritățile publice în condiții precare), ci trebuie să fie înțeles ca un drept necesar din motive de justiție.

Împreună cu această mișcare socială largă care are loc mai mult de un secol pe scena istorică europeană, există o altă mișcare mult mai puțin zgomotoasă care are loc în intimitatea cabinetelor medicilor. Într-un plan complet diferit, într-un paralelism profund, are loc răzvrătirea pacientului care dorește să fie recunoscut ca subiect personal, care vrea să fie ascultat ca subiect lingvistic și dorește să fie înțeles ca un subiect biografic.

În acest aspect clinic, patologia pozitivistă care urmărea reducerea pacientului la un obiect natural pur a fost invadată de practica zilnică care a evidențiat multiplele elemente subiective și personale care au influențat și chiar determinat aspectul și caracteristicile fiecărui caz clinic [179,p.5-26].

Exemplul paradigmatic este acela al tulburărilor neurotice. Analizînd din această perspectivă *Studiile asupra isteriei* [229,p.29], publicată de Freud și Breuer în 1895, se conturează modul în care Freud este forțat de propriii pacienți să renunțe la diferitele metode de diagnosticare și tratament în vigoare (băi fierbinți, masaj, sugestie hipnotică etc.) și este apoi orientat spre un alt mod de a practica medicina: o ascultare atentă a ceea ce-și doresc pacienții să spună (și, mai presus de toate, a ceea ce

spun ei fără a vrea); o înțelegere profundă a amintirilor sale, a frustrărilor sale, a dorințelor sale, a fanteziilor sale; o reconstrucție, pe scurt, a biografiei sale subiective, capabilă să ilumineze semnificația simbolică a simptomelor[180,p.71-90]. Pe scurt, o introducere autentică în patologia subiectivității, personalității și biografiei pacientului ,capabil să realizeze psihogeneza și particularitățile bolii sale. De aici derivă medicina antropologică a lui Weizsäcker[182], medicina psihosomatică anglo-saxonă și, în cele din urmă, creșterea conștientizării în rândul medicilor din secolul al XX că atenția asupra aspectelor personale și sociale este o parte inexplicabilă a oricărei practici clinice.

Revolta pacienților. Anul 1973 poate fi considerat un simbol al unei noi rebeliuni, "revolta pacienților". La acea dată, Asociația Spitalului American a aprobat prima Carta a drepturilor pacienților[210], care reprezintă recunoașterea oficială a dreptului pacienților de a primi informații complete despre situația lor clinică și de a decide între opțiunile posibile, ca adult autonom și liber ce este. În epoca în care a apărut acest document este, de asemenea, perioada de dezvoltarea unor noi serii de tehnici de sănătate (dializă renală, unități de terapie intensivă, tehnici de susținere a vieții, transplanturi etc.) predestinate pacienților foarte grav bolnavi și de care depinde supraviețuirea lor , uneori în condiții precare.

Decizia cu privire la momentul aplicării acestor drepturi și cine le-a aplicat a fost la fel de complexă (în special când numărul paturilor disponibile era mai mic decât cel al candidaților pentru a le ocupa) deci nu este surprinzător faptul că cei interesați au dorit să participe la o astfel de decizie. Din acest moment, bolnavul nu mai joacă un rol pasiv pentru a deveni din pacient un agent activ în cadrul luării deciziilor de țin de sănătate sa. El nu mai este copil dependent de medic și își asumă statutul de adult responsabil care (cu excepția anumitor cazuri excepționale) trebuie să ia deciziile care îi afectează propriul corp.

Influența primei Carte a drepturilor pacienților a fost mare, poate pentru că în mod concret captează o mentalitate care a devenit hegemonică în societățile democratice dezvoltate: mentalitatea autonomistă. Ideea predominantă este că fiecare trebuie să-și asume deciziile care îi afectează, fiecare trebuie să fie guvernat de propriul sistem de valori și, prin urmare, beneficiul tradițional nu mai poate fi aplicat fără să se știe voința pacientului, pentru că înainte de a face vecinului un bine trebuie să-l întrebăm dacă are aceeași concepție despre bine pe care o avem și noi.

Ceea ce este șocant din punct de vedere istoric cu privire la această erupție a drepturilor pacienților este că a avut loc atât de târziu. Este ca un ultim pas al mișcării emancipatoare care a

început, în sfera religioasă, cu justificarea libertății conștiinței din partea protestantismului și în sfera politică cu revoluțiile democratice ale lumii moderne. Această emancipare a fost definită de Kant drept "*ieșirea oamenilor din minoritatea lor din starea de vinovăție*". Revoluțiile liberale au emancipat cetățenii absolutismului și le-au făcut de vârstă legală, oferindu-le drepturile civile și politice fundamentale: dreptul la viață, la integritatea fizică, la libertatea de conștiință și la proprietate[183].

Fie că se datora prestigiului medicului, a eficacității structurilor de putere profesionale sau a stării reale de neputință în care se află pacientul, este cert faptul că au trecut două sute de ani de la apariția drepturilor fundamentale ale omului până la apariția formală a drepturilor bolnavilor. Numai la începutul secolului XX, așa cum am spus deja, pacientul a cerut în mod clar ca subiectivitatea sa personală să fie luat în considerare de către medic. Și numai în ultima treime a secolului pacientul a cerut altceva: puterea de a decide (sau cel puțin de a participa la decizie) despre tehnicile de diagnosticare și cele terapeutice ale cărora va fi el obiectul și cărora el dorește, de asemenea, să fie supus.

Modul în care a fost confirmat răspunsul medicilor la această solicitare a pacienților a fost consimțământul informat. Dar, pentru a ajunge la el, multe schimbări au trebuit să aibă loc la celălalt pol al relației (medicul) și în relația însăși.

Medicul: de la tată preot la consilier democratic. În culturile primitive și arhaice figura doctorului a fost confundată cu cea a șamanului sau a preotului, adesea chiar cu cea a conducătorului și a judecătorului. Bullough[172] a scris că într-o societate nespecializată, șamanul era singurul specialist. Aceasta este originea îndepărtată a profesiei medicale: un caracter privilegiat, respectat, puternic și nepedepsit înaintea dreptului comun, deoarece el însuși a fost, în cele din urmă, legea. Este tipul de figura care poate fi denumit (pentru rolul social care îi corespunde) "*medic-preot*".

În cultura israeliană uneori este dificil să se distingă funcția preotească și cea medicală. Mai multe texte biblice arată că religia, moralitatea și medicina s-au împletit până au fost confundate: un diagnostic de lepră a fost, în același timp, confirmarea unei impurități; vindecarea a fost identificată cu iertarea păcatului și a standardelor morale suprapuse cu prescripțiile medicale.

Spre deosebire de figura *doctorului-preot*, apare din antichitate și figura de *medic-meșter*, de formare pur empirică care utiliza practici elementare de vindecare la nivelul inferior al societății. Era o practică simplă de vindecare a rănilor, fracturilor mici sau administrarea de plante, dintr-o poziție socială similară cu aceea a unui dulgher sau a unui fierar. Lipsit de putere și autoritate, el a fost supus

unei reglementări atât de stricte încât în unele cazuri (ca în Codul lui Hammurabi sau în Israelul antic) era o adevărată lege a talionului.

Profesionalizarea medicului. Cele două tipuri de clinicieni care sunt strict diferențiate pe parcursul istoriei vor proveni din ambele figuri: pe de o parte, medicul profesionist de nivel înalt intelectual și social; pe de altă parte, practicianul fără pregătire teoretică care desfășoară activități clinice de natură manuală (așa cum a fost chirurgul până în secolul al XVIII-lea a fost integrat în medicina academică). Rolul primei corespunde în mod sociologic uneia dintre cele mai arhetipale forme de profesie. Al doilea, pe de altă parte, o meserie artizanală. În acest sens sociologic, o profesie are în mod tradițional caracteristici bine definite:

- Pregătire specifică și strict reglementată;
- Dovada veniturilor în grupul (care au folosit pentru a culmina cu ritualul depunerii jurământului și a permis să controleze numărul de noi membri);
- Posibilitatea accesului universal la aceste proceduri specifice de formare și intrarea în profesie, care nu este condiționată de apartenența la o anumită familie sau grup social;
- Monopolul în realizarea activităților proprii (și renunțarea la alte tipuri de activități);
- Liturgia proprie (ritualuri codificate în locuri speciale, costume specifice etc.) care, deși atenuate în timp, continuă să fie exprimate în unele elemente simbolice;
- Coeziunea internă puternică a grupului profesional și lupta energetică împotriva intruziunii;
- Relații profesionale cu clienții sau beneficiarii ,care nu sunt supuse legăturilor personale sau emoționale;
- Altruismul și simțul social al muncii;
- Privilegiul social și economic în cadrul comunității (profesionistul nu percepe un salariu, ci mai degrabă "taxe" care au un simbol al onoarei);
- Codul deontologic propriu, care stabilește o serie de obligații și drepturi, dar, de fapt, acordă impunitate legală. Profesiile tradiționale aveau o capacitate legislativă, executivă și judiciară autonomă.

O profesie presupune întotdeauna un anumit rol social; nu există profesii private. Termenul în sine de "*profesie*" și verbul corespunzător "*a profesa*", au sensul de a mărturisi sau de a declara public un angajament; numai cel recunoscut social ca atare este profesionist. Din acest motiv, să profesăm, adică pentru a practica o profesie, este necesar să se realizeze un anumit ritual care are un sentiment

de angajament social și atribuțiile proprii profesiei. Prin ritualul hirotonirii, preoția este accesată și prin ceremonia solemnă a jurământului hipocrat se aderă la profesia de medic.

Profesiile prototipice ale societății antice sunt cele ale preotului, ale conducătorului sau judecătorului și ale medicului (nu este deci întâmplător faptul că în primele universități medievale cele trei facultăți majore erau cele de teologie, drept și medicină). Apartenența la o profesie implică exercitarea unei anumite puteri. Preotul este reprezentantul lui Dumnezeu, stăpânul macrocosmosului (universului); regele, conducătorul și judecătorul guvernează mezocosmosul (națiunea, societatea); medicul are putere asupra microcosmosului (corpul).

Toată această tradiție, astăzi a dispărut în mare parte, cel puțin profund transformată, ceea ce ne permite să vorbim, într-un sens strict sociologic, despre rolul religios al medicului[215].

Medicul-filozof. În medicina hipocratică există o evoluție spectaculoasă a medicilor care pornesc de la situația tipică artizanală, pentru a se înălța din punct de vedere intelectual, social și profesional, dacă nu la categoria doctor-preoți (care există doar în templele lui Asclepius) cel puțin la nivelul de *doctori-filozofi*. Medicul hipocratic se separă de preot (nu mai consideră sau intenționează să folosească forțe supranaturale), dezvoltând o teorie logică și naturală a sănătății și a bolii și aplicând-o în practica sa. Cu toate acestea, ea păstrează trăsături caracteristice preotești, cum ar fi faptul că nu este supusă legii obișnuite și are propriul cod de etică, întruchipat, printre alte texte, în jurământul celebru, care impune caritate (de două ori apare în text a jurământului Hipocrat, norma de a acționa în beneficiul pacientului), păstrarea purității și sfinteniei în viață și în artă, obligația secretului profesional etc.

Filozoful *medic-hipocrat* este, prin urmare, moștenitorul fostului preot medic. Poziția socială ridicată a fost realizată printr-un proces extraordinar de ameliorare culturală, bazat pe o intervenție chirurgicală artizanală efectuată de primii hipocrațiști. Dar nu toți practicanții medicali din Grecia au ajuns la acest nivel înalt: în straturile sociale inferioare au existat, de obicei, un număr mare de empiriciști dedicați efectuării curelor de tratament artizanal prin intervenții chirurgicale sau, uneori, prin ceremonii ce aveau la bază superstiții.

Medicina monahală. Odată cu invaziile germane, tradiția greco-romană se pierde pentru Europa de Vest și începe Evul Mediu, ceea ce implică o regresie culturală profundă. Cunoștințele medicale sunt reduse la manuscrisele conservate în mănăstiri. Călugării vor fi, în această perioadă, cei care păstrează rămășițele de medicină clasică; este vorba despre "medicina monahală". Și vor fi, de asemenea, călugării care, în infirmerii atașate mănăstirilor, vor avea grijă de bolnavi care, potrivit

regulii benedictine, trebuie practicate mai întâi de toate precum însuși Isus Hristos i-ar fi tămăduit. Medicina și religia își reîncearcă dezvoltarea istorică.

Evul Mediu târziu va însemna un început de recuperare a culturii greco-romane, în principal prin traducerea textelor clasice. Odată cu ele, se dezvoltă profesia medicală, în același timp devenind mai laică; în secolele al XII-lea și al XIII-lea Biserica încearcă să restrângă practicile clinice ale clericilor [196, p. 181-241]. Mai multe consilii au interzis călugărilor să învețe medicina, să participe la propriile mănăstiri sau să dedice mult timp acestei științe seculare (și lucrative); Aceste interdicții au fost repetate frecvent (și frecvent încălcate) [252, p. 139-205]. Interdicțiile ecleziastice au fost îndreptate în special spre realizarea tehnicilor chirurgicale, probabil datorită riscului ca călugării să fie implicați în intervenții care au dus la moarte.

Secularizarea medicinei. Reticența ierarhiei ecleziastice coincide cu o tendință mai generală spre secularizarea practicii clinice, favorizată de includerea învățământului medical în universitățile în devenire și de promulgarea normelor (inițial în Sicilia) care reglementează practica profesională (care putea fi accesat numai după ce a trecut un examen renumita *Școala din Salerno*).

În Europa modernă apar noi instituții profesionale, cum ar fi *Colegiul Regal de Medicină Engleză*, care include în regulamentele sale unele percepții morale care sunt încă moștenitori ai eticii hipocratice. Abordările lor vor evolua spre formarea codurilor deontologice moderne ale colegiilor medicale. În aceste coduri, precum și în mentalitatea predominantă în rândul profesioniștilor din domeniul medical, rolul religios al medicului se reflectă în fermitatea cu care se susține că medicina nu este doar o altă ocupație, că nu are caracter comercial sau artizanal și că, datorită naturii sale altruiste și importanței misiunii sale, aceasta necesită un statut special și un monopol rigid. Cu aceste argumente, medicii se vor confrunta, în secolul al optsprezecelea, cu susținătorii liberalismului, care au pus la îndoială toate monopolurile corporatiste în numele pieței libere și inițiativei libere.

În secolul al XIX-lea, practicienii de medicină generală, specialiștii și chirurgii sunt integrați în clasa burgheză și își asumă valorile tradiționale ale profesiei (ceea ce noi am numit, numai în sens sociologic, rolul religios). Doctorul, considerându-se un arbitru al vieții omului, crede că trebuie să-și exercite monopolul în înalta misiune încredințată lui, guvernat de propriile coduri de etică profesională, obligat să respecte secretul medical și să achite taxele pe care le stabilește în mod liber. Este foarte caracteristică pentru secolul al XIX-lea această concepție de medicină ca profesie de exercitare liberală (și nu ca o ocupație corespunzătoare a angajaților, nici chiar drept excepție, a funcționarilor).

Acest spirit se reflectă în primul mare cod de etică medicală, *Etica medicală* de Thomas Percival, publicat în 1803[255,p.711-712]. Și în aceeași direcție se aplică codurile de etică elaborate de școli și de asociații profesionale. Instituțiile de acest tip vor deveni instrumentul principal pentru apărarea valorilor și privilegiilor tradiționale ale clasei medicale.

Medicina în serviciul comunității. Secolul al XX-lea este o transformare profundă a profesiei medicale, care va pune definitiv în discuție exercitarea sa liberală.

Apariția asigurării de sănătate a domeniului public și național a fost precedată de societățile de ajutor reciproc care a înflorit în Anglia, după revoluția industrială, ca o a treia cale între asistența privată costisitoare și caritabilitățile mizerabile[184]. Dar în Germania lui Bismarck unde a apărut primul sistem modern de securitate socială, conceput ca o asigurare obligatorie, unificată și centralizată. Cu caracteristici diverse, sistemele colective de sănătate cu caracter public au apărut și în Rusia țaristă și în alte țări europene, până la mijlocul secolului al XX-lea în Serviciul Național de Sănătate Englez, considerate de mult timp exemplară pentru amplitudinea și universalitatea beneficiilor sale. Evident, medicii care au fost integrați în toate aceste sisteme de sănătate au pierdut (într-o mare măsură) statutul tradițional al profesioniștilor liberali de a se apropia de cel al angajaților sau angajaților distinși.

În plus, și parțial ca urmare a proliferării specialităților, se va impune munca în echipă. Medicul general nu mai poate să se ocupe de boli foarte specifice și trebuie să recurgă la specialist. Însă cel din urmă, la rândul său, care nu are nicio altă competență decât pe o parte din corp a bolnavului, va avea nevoie de alți specialiști pentru a face față bolilor intercurente, fără a uita de medicul de familie care trebuie să aibă grijă de controlul de rutină al pacientului, a tratamentului celor mai frecvente boli și coordonarea cu specialiștii. Astfel apare un sistem de îngrijire structurat pe trei nivele: nivelul primar, medicina generală, igiena și prevenirea sănătății; un nivel secundar, de consultări specializate în regim ambulatoriu și un nivel terțiar care corespunde centrelor spitalicești mari. Pe de altă parte, complexitatea tehnicilor aplicate și a structurii spitalului în sine necesită, de asemenea, o formă de lucru organizată în echipele de asistență medicală.

Această colectivizare a medicinei actuale sa încheiat aproape complet cu concepția tradițională a medicinei ca profesie liberală și cu ceea ce am numit rolul religios al medicului. Exercitarea liberă a profesiei este acum excepțională (cel puțin ca dedicare exclusivă), iar medicul a devenit, în majoritatea cazurilor, în serviciul companiilor de asigurări sau al sistemelor mari de asistență medicală colectivizată. De asemenea, a încetat să se bucure de impunitate legală și apare din ce în ce mai frecvent

situația când medicul trebuie să poarte răspundere asupra practicii profesionale în fața instanțelor. De fapt, procesele inițiate de pacienții nemulțumiți au crescut exponențial în ultimele decenii, tocmai atunci când pregătirea științifică a medicilor și eficacitatea lor de diagnostic și terapeutică este mult mai mare decât în orice alt moment istoric[268]. Secretul medical a fost diluat în rândul membrilor multipli ai echipei de sănătate care primesc informații de la pacient. Pe scurt, poziția de medic a încetat să mai fie privilegiat din punct de vedere social devenind o practică a unui profesionist printre mulți alți analogi.

Doctorul în calitate de consilier. Cu toate acestea, se poate spune că rolul religios al medicului nu a dispărut, dar a fost transformat și, într-un anumit sens, a fost chiar îmbunătățit. În timp ce preoții religiilor tradiționale și-au pierdut influența în din ce în ce mai multe societăți seculare și pluraliste, medicul și-a asumat funcțiile în cadrul unui nou tip de rol religios, vorbind sociologic. Valorile virtuții și păcatului au pierdut teren, în timp ce valorile sănătății și ale nocivității au câștigat. Ca rezultat, se poate spune că medicul a devenit noul preot al societății de bunăstare. Mulți oameni care nu respectă preceptele religioase, iau totuși în considerare opiniile medicului curant atunci când se decide ce ar trebui sau nu ar trebui să mănânce, substanțe care pot fi consumate și care necesită a fi evitate, obiceiurile de igienă și activități fizice, etc. În practica profesională, medicul a constatat că deciziile tehnice pe care trebuie să le ia sunt indisolubil legate de deciziile etice. S-a spus de multe ori că psihanalistul și psihiatrul l-au înlocuit pe preot ca o figură consultată în fața conflictelor sau a crizelor existențiale. Nu mai puțin important este faptul că decizia judecătorului asupra unui pârât poate depinde de o hotărâre judecătorească.

În măsura în care societatea de astăzi înlocuiește valoarea virtuții cu cea a sănătății și căutarea perfecțiunii a devenit concretă pentru mulți în căutarea unei sănătăți perfecte, medicul a încetat să mai fie un analog din punct de vedere sociologic al preotului, pentru a deveni o autoritate de reglementare a sănătății deci și a vieții multor oameni [224]. Poate anume datorită acestei enorme puteri pe care o deține medicul în mâinile sale a făcut bioetica actuală să insiste să reamintească medicului că, pe lângă principiul non-malefic (prima este de a nu face rău), justiția (nediscriminatorie prin factorii de sănătate) și caritate (care acționează în numele pacientului) există, de asemenea, un principiu al autonomiei conform căruia medicul nu trebuie să ia deciziile care pot fi luate de pacienții lor, ci să le informeze despre ceea ce trebuie să știe, astfel încât aceștia să decidă ei înșiși cu cea mai mare fundamentare posibilă [266]. El trebuie să renunțe definitiv la modelul său istoric de părinte sacru, pentru a deveni ceva mai mult decât un consilier democratic. Trebuie să-și asume și să accepte realitate

că secretul medical, care era o datorie profesională mai mult, a devenit unul dintre drepturile pacientului: dreptul la confidențialitatea datelor sale de sănătate. În respectul riguros al autonomiei pacientului competent și chiar în stimularea acelei autonomii, medicul actual are cel mai bun recurs pentru a evita ca și caracteristicile autoritare ale vechiului preot să fie asemuite lui.

Relația clinică: de la insula deșertului până la echipa de sănătate. Lain[177] a comentat fraza lui Schweninger din secolul al nouăsprezecelea: "Când văd un pacient, el și cu mine suntem ca pe o insulă deșertă". Astăzi, nici o astfel de metaforă nu i-ar veni ca concept nimănui. Astăzi, un pacient nu este legat doar de medicul său, ci și de alți specialiști, asistenți medicali, asistenți sociali, personal administrativ etc. Dacă ceva nu arată ca un centru de sănătate modern, este o insulă deșertă. Acesta este unul dintre motivele pentru care expresia tradițională "relație medic-pacient" și-a pierdut validitatea, deoarece ar fi mai bine să vorbim de "relație servicii de sănătate – persoană bolnavă".

Dar și acest termen al relației este inadecvat. Nu toți cei care merg la sistemul de sănătate sunt bolnavi; mulți dintre aceștia încearcă să excludă cu exactitate că sunt (primele consultări sunt, de obicei, dedicate stabilirii dacă există sau nu o boală identificabilă) sau pentru a preveni posibilitatea acesteia.

Termenul alternativ "pacient" poate fi, de asemenea, criticat, deoarece, după cum s-a menționat mai sus, dezbaterile apar tocmai în momentul în care acesta din urmă nu mai este pasiv, ci devine agentul activ al relației. Termenul "client" a fost propus în Statele Unite, dar total inadecvat în tradiția medicală Europeană. Unii oameni sunt înclinați spre termenul "utilizator" sau "beneficiar", dar are și conotații care par să reducă pacientul la un consumator de servicii de sănătate.

Într-un pol al relației nu mai este doar medicul, iar în celălalt capăt se află acea persoană pentru care nu există nici un acord cu privire la modalitatea corectă de a o denumi și defini ca atare. Dar a fost criticată de asemenea concepția că relația este bipolară, deoarece nu implică doar două elemente, ci și terțe părți: familia, prietenii, relațiile de muncă, administrația spitalelor, asistenții sociali, psihologii, consilierii spirituali, societatea, etc.

Am ajuns astfel să vorbim despre "relația clinică" (sau "relația de sănătate"), probabil termenul mai puțin inadecvat, deoarece acesta este cel care răspunde cel mai bine la majoritatea acestor critici evitând prin natura sa abstractă noțiunile discutate anterior[173,p.95-108].

Structura relației clinice (cu toate variantele sale) a fost ilustrată cu metafore diferite, cum ar fi părinții, camaraderia, contractul, prietenia, tehnica[220,p.17-3] și diverse modele, cum ar fi paternaliste, informative, interpretative sau deliberative[169,p.109-126]. Sintetizând problema foarte

mult, putem distinge trei tipuri majore de relații: relația clinică "paternalistă", cea "oligarhică" și cea "democratică".

Relația clinică "paternalistă" a fost deja formulată în jurământul hipocratic: "*Voi folosi regimul dietetic pentru a ajuta persoana bolnavă, în funcție de capacitatea mea și de a înțelege corect: îl voi păstra de la rău și nedreptate*"[284]. Este abilitatea și înțelegerea corectă a medicului că trebuie să se abțină de a actul de a dăuna și a face nedreptate pacientului; dar faimosul text nu ne vorbește nimic despre capacitatea de a înțelege corect pacientul. Aceasta stabilește o relație verticală și asimetrică în care medicul comandă ca tată binevoitor și pacientul este condus spre bine (pe care el nu la ales) ca pe un copil supus.

Relația clinică "oligarhică" este consecința medicinei de echipă care a devenit generalizată în secolul al XX-lea. Este o relație verticală, ca cea anterioară, deoarece pacientul este încă supus deciziilor luate în legătură cu el. Diferența este că acum nu mai este un singur medic, ci o întreagă echipă de sănătate, care ia decizii pentru pacient. Monarhia a trecut în oligarhie (pentru a continua să folosim metafora politică) și puterea a fost fragmentată, dar nu a ajuns la pacientul care rămâne pasiv.

Bioeticistul american Mark Siegler a stabilit, cu o precizie surprinzătoare, că epoca paternalismului (sau era medicului) s-a extins "*încă din anul 500 î.Hr. până în 1965*". În urma acesteia, va veni epoca autonomiei (sau a pacientului), care, la rândul ei, care la rândul ei va duce (în Statele Unite, desigur, dar și în alte țări dezvoltate) în epoca actuală a birocrăției (sau a contribuabililor).

Acestea din urmă ar fi caracterizate, conform lui Siegler, printr-o serie de *caracteristici*:

1. Conține cheltuielile și gestionează eficient resursele de sănătate;
2. Analiza riscurilor și beneficiilor posibile ale fiecărei intervenții clinice într-un cadru social;
3. Echilibrarea nevoilor și dorințelor pacientului cu justiția socială a comunității din care face parte.

"Paternalismul medicului și autonomia pacientului, în special în ceea ce privește deciziile medicale, vor fi înlocuite de considerații de eficiență și conveniență la nivel social și instituțional, bazate în principal pe motive economice și pe nevoi sociale. [...] Spre deosebire de cele două etape anterioare, dorințele medicilor și ale pacienților vor fi subordonate dorințelor administratorilor și birocrăților ". Aceasta ar fi noua relație de medic și pacient în epoca actuală a "medicamentelor administrate"[197,p.44-64].

Abordarea lui Siegler este o schemă teoretică utilă, cu condiția să fie înțeleasă cu flexibilitatea necesară. Fenomenele sociale de complexitate care sunt analizate aici nu pot fi schematizate prea mult, fără a cădea într-un reduționism sărăcios. Respectarea autonomiei pacientului este o cucerire istorică a celor mai avansate societăți care nu implică faptul că medicii au renunțat la ei pentru a promova binele pacienților. Dezbateră în cadrul echipei de asistență medicală cu privire la luarea deciziilor clinice nu se produce niciodată în afara anumitor circumstanțe istorice, sociale și economice.

Între paternalismul cel mai tradițional, autonomia cea mai extremă și birocratizare cea mai rigidă, întâmpină o gamă largă de posibilități în care, de fapt, se dezvoltă practica clinică. Nu este obișnuit astăzi să găsim texte teoretice care să apere deschis paternalismul, deși nu este neobișnuit să auziți în opinia privată de la clinicienii cu o experiență vastă care justifică sau doresc acest lucru

În ceea ce privește modelul *paternalist*, acesta are avantajul că deciziile nu sunt luate dintr-o singură perspectivă, cu care ele sunt de obicei mai contrastate, dar are și dezavantajul că este mai conflictual (ca întotdeauna atunci când puterea este fragmentată) și că confidențialitatea și discreția tradițională sunt uitate iremediabil.

Acest tip de relație este din ce în ce mai criticată, considerată a fi depășită: „*Aveți încredere, știu ce este mai bine pentru Dvs.*” este o frază pe care pacienții au auzit-o de generații[207,p.72]. Pacientul zilelor noastre nu mai dorește să fie tratat în același fel ca în urmă cu o jumătate de secol. Legitimitatea protejării subiectului slab face loc libertății de a alege a pacientului, în conformitate cu dorințele sale și cu proiectul său de viață, conform principiului de autonomie a persoanelor și a libertății individuale. Evoluția unei astfel de dinamici conduce spre modelul predominant în spațiul anglo-saxon, modelul autonomiei. Relația paternalistă specifică spațiului european continental a început să se schimbe în ultimii douăzeci de ani, sub impulsul evoluțiilor sociale și deontologice, precum și a obligațiilor juridice și legislative de informare. Este vorba despre o dinamică influențată de țările Europei de Nord unde predomină libertatea individului și liberul arbitru, iar incapacitatea de a fi informat și a-și da consimțământul este o excepție[1,p.11].

Relația clinică "*democratică*" este cea care a adus inovația autentică (și controversată) din ultima treime a secolului al XX-lea. Odată cu consolidarea drepturilor bolnavilor, relația a devenit orizontală. Teza a triumfat prin ideea că fiecare utilizator al serviciului de sănătate (care nu este declarat incompetent) poate și ar trebui să ia decizii care se referă la corpul său, în funcție de sistemul de valori pe care se bazează proiectul său de viață. Dacă înainte acțiunile medicului se bazau exclusiv pe codul etic pe care acesta îl aplica pentru a acționa în beneficiul pacientului, acum guvernează

sistemul de valori pe care pacientul și-l stabilește pentru a-și ghida existența. Decizia nu rezultă dintr-un dialog între egali, deoarece relația nu este perfect simetrică, nici chiar orizontală (a fost orizontalizată doar în raport cu verticala paternalistică).

Decizia finală rezultă dintr-un proces (uneori lung și contradictoriu) în care informațiile tehnice pe care doctorul le oferă cu dorințele și valorile personale ale pacientului converg și se adaptează (în cadrul format de terți). Ambii poli sunt acum activi, dar într-un mod diferit. Unul aduce cunoștințe științifice, experiență clinică, informații tehnice, sfaturi. Celălalt ascultă toate informațiile pe care le primește și le contrastează cu convingerile, proiectele, dorințele lui. Deci, putem afirma că medicul propune și, pentru prima dată în istorie, pacientul dispune.

Un studiu elaborat de E. J. Emanuel și L. L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship* [227], a prezentat cele patru modele ale relației medic-pacient evidențiind diferențele și asemănările dintre aceste modele de relație:

Tabel 1.1 Modele ale relației medic-pacient propuse în studiul semnat de E. J. Emanuel și L. L. Emanuel (1992)

	Informativ	Interpretativ	Deliberativ	Paternalist
Valorile pacientului	Definite, fixate și comunicate pacientului	În construcție, conflictuale, necesitând clarificări	Deschise unei dezvoltări și unei revizii prin dezbateri morale	Obiective și împărtășite de medic și de pacient
Datoriile medicului	-Furnizarea unei informații factuale pertinente -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	-Elucidarea și interpretarea valorilor utile ale pacientului - Informarea pacientului - Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	Articularea și convingerea pacientului cu privire la valorile de urmat - Informarea pacientului - Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	Promovarea stării de bine a pacientului independent de preferințele pe care și le exprimă
Autonomia pacientului	Alegerea și controlului tratamentului medical	Înțelegerea de sine utilă trata	Auto-dezvoltarea morală utilă tratamentului medical	Asentiment cu valorile obiective
Rolul medicului	Expert tehnic competent	Consilier	Prieten sau dascăl	Tutore

Prin urmare, în treizeci de ani, în societățile democratice dezvoltate, pacientul a revendicat (și a obținut) dreptul la autonomie, medicul a fost lipsit de puterea sa tradițională de decizie și relația dintre ei a fost profund transformată. Procedura concretă în care a fost făcută schimbarea este ceea ce se numește "consimțământ informat"[198].

Deși modelele elaborate de către E.J.Emanuel și L.L.Emanuel subliniază caracterul definitoriu al relației medic-pacient de-a lungul timpului, autorul consideră oportun prezentarea unui model propriu, în funcție de rolul medicului și a pacientului, aplicabilitatea clinică a modelului, prototipul modelului și perioada reprezentativă acestui model.

Tabel 1.2 Modele ale relației medic-pacient sub aspect evolutiv(elaborat de autor).

Model	Rolul medicului	Rolul pacientului	Aplicabilitatea clinică a modelului	Prototipul modelului	Perioada
Activ-Pasiv	Efectuează acte medicale asupra pacientului	Incapabil de a răspunde inerentului	Anestezie, traumă acută, comă, delir etc	Părinte-copil infant	Egiptul antic Grecia antică Europa Medievală
Îndrumare spre cooperare	Îi indică pacientului ce să facă	Cooperant(se supune)	Procese acute de infecție, etc	Părinte-copil adolescent	Revoluția Franceză
Participare Reciprocă	Ajută pacientul să se ajute singur	Participant în parteneriat	Cele mai răspândite boli cronice, psihoanaliză etc.	Adult - adult	Anii 1700 până în prezent

Există teoreticieni în medicină - precum Thomas Szasz[199] - și gânditori fără activitate clinică care apără autonomia radicală ca singura opțiune pentru adulți într-o societate democratică. Dar în practica zilnică a clinicilor și a spitalelor există mulți factori care intervin în relația clinică (nivelul cultural, atitudinea și caracterul pacientului, personalitatea mai rigidă sau mai mult dialogul medicului, intervenția crescândă a altor profesioniști condițiile sanitare, condițiile impuse de "părțile terțe": familia, judecătorul, administrația, companiile de asigurări, disponibilitatea resurselor și timpul).

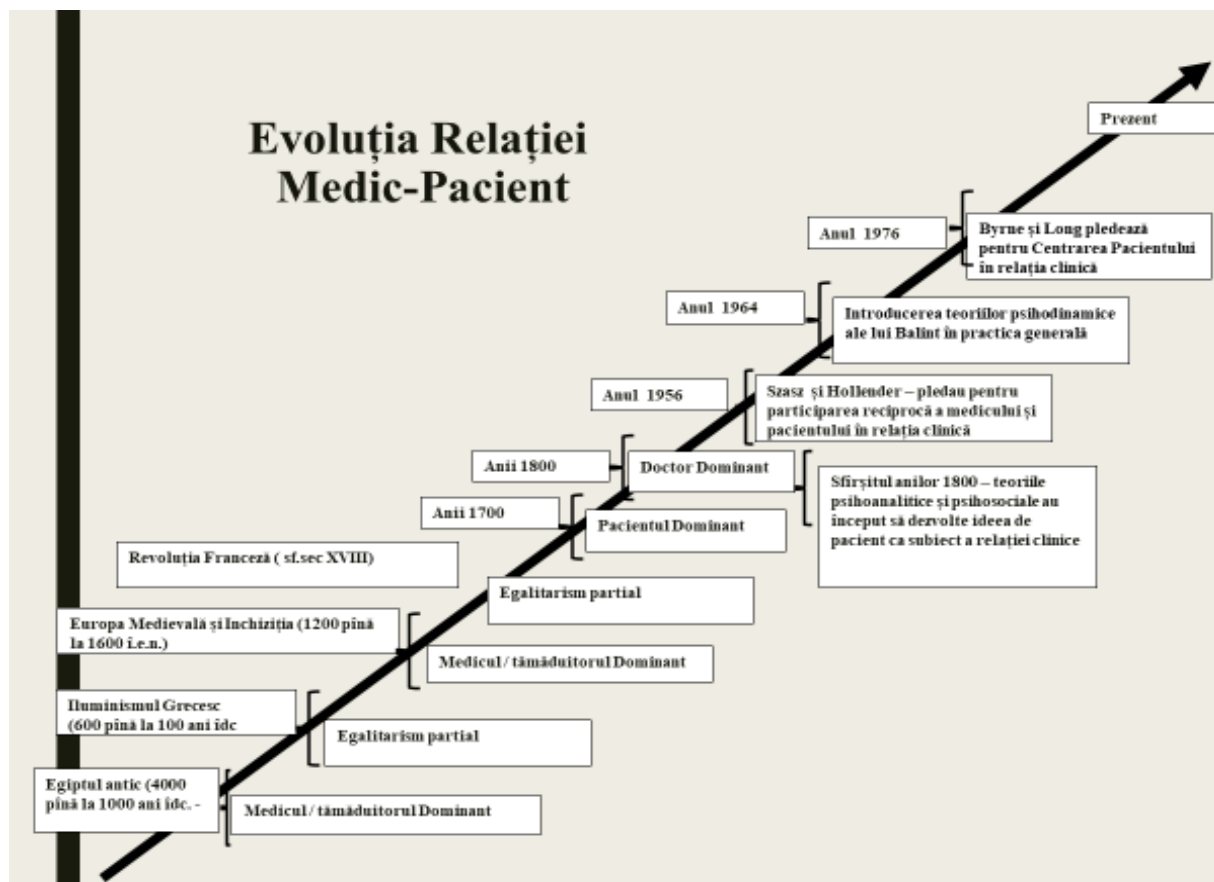


Figura 1.1. Evoluția relației medic-pacient din antichitate până în prezent

Întru determinarea drepturilor pacienților care au evoluat pe parcursul timpului este imperativ să subliniem că preocuparea pentru boală și vindecarea ei se începe odată cu originile ființei umane. Într-adevăr, au existat întotdeauna idei diferite despre astfel de concepte. Într-un prim moment istoric, fenomenul pe care l-am înțelege astăzi drept servicii medicale a fost legat de magie și de lumea spirituală, astfel încât omul a găsit în mitologie un mod de a concepe originea divină a patologiilor. Din această perspectivă, nu pare ciudat că zeii au fost implorați pentru a continua la vindecare. De aceea, vrăjitorii paleolitici, care ar fi urmați mulți ani mai târziu de șamani și preoți, constituie primul antecedent al profesiei medicale. În acest sens, originea comună a dreptului și serviciilor medicale este paradoxală: starea primului vindecător și, de asemenea, cea a primului judecător - înțeleasă ca înfăptuitor de dreptate - a căzut pe aceeași figură: vrăjitorul sau șamanul tribului, care evidențiază originea magică inițială a ambelor discipline[219,p.581]), circumstanță care nu trebuie pierdută din vedere. Chiar și astăzi, ca moștenire îndepărtată a acestei origini mitice, profesiile juridice și de sănătate folosesc elemente de identificare cromatică în îmbrăcămintea lor, este adevărat că, cu culori contrastante, albul în cazul medicinei și negru, în cea a legii. În orice caz, ambele arte ajung să

reprezintă, ca ramuri ale cunoașterii, instrumente pentru a atinge două dintre cele mai nobile aspirații ale ființei umane: sănătatea și dreptatea.

Sistematizând cele cercetate autorul prezintă o axă evolutivă a timpului a relației medic-pacient enunțând principalii ani care au detronat medicul din poziția sa dominantă și au întors relația dintre acești doi subiecți a actului clinic.

1.3. Scopul, obiectivele, problema științifică

Fenomenul protecției consumatorilor în domeniul serviciilor medicale este legat de globalizarea continuă a societății. Orice schimbare economică, socială, politică duce la intensificarea importanței studierii acestei compatibilități dintre două instituții aparent diferite dar cu coeziune directă. Sănătatea consumatorului este privită ca un element esențial spre a fi protejat, astfel legislația națională vine să apere nu doar interesele economice ale acestuia, dar și starea sa fizică și psihică, acestea fiind determinative imperative în actul de achiziție a unui produs sau serviciu, astfel fiind viciate de o maladie, consumatorii fragili și slăbiți pot cădea pradă abuzului din partea agenților economici sau a prestatorilor de servicii medicale, indiferent dacă sunt din sistemul public sau cel privat.

Necesitatea adaptării și actualizării, menționată mai sus, a contribuit la conturarea și definitivarea scopului prezentei lucrări, și anume: realizarea unei cercetări multiaspectuale a compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților în cadrul serviciilor medicale, prin prisma elucidării, subiecților, bazei legislative și a mijloacelor juridice de protecție ce sunt aferente serviciilor medicale, precum și a impactului aplicării legislației consumeriste, în vederea elaborării unor măsuri eficiente pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul temei de cercetare.

Pentru dreptul civil modern din țara noastră este de mare interes studiul relațiilor juridice civile care apar în furnizarea de diverse tipuri de servicii medicale - diagnostică, servicii terapeutice, medicină preventivă etc. Cu o varietate de forme de îngrijire medicală a cetățenilor, prezența pe piață a diferitor prestatori de servicii medicale (instituții publice și private) în special drepturile de care beneficiază cei care apelează la aceste servicii, necesită reglementări mult mai clare. Pentru a găsi un răspuns la problema impusă de această cercetare și a demonstra existența unei compatibilități dintre pacient și consumator prin coeziunea drepturilor acestora ce sunt prevăzute în acte legislative separate,

e necesară o analiză doctrinară a evoluției relației beneficiar de servicii medicale și prestatori de servicii medicale, iar ulterior o analiză comparativă a celor două acte normative de bază în care se regăsesc drepturile subiecților puși în discuție, cât și vizarea principalilor actori ce răspund de siguranța serviciilor medicale acordate de către prestatori în complementaritate cu pârghiile de control de care dispun aceștia.

Aspectele menționate mai sus, ne demonstrează necesitatea efectuării unui studiu amplu și aprofundat întru găsirea unui mecanism eficient de protecția a beneficiarilor de servicii medicale indiferent de tipul acestor servicii sau de tipul prestatorilor serviciilor vizate.

Atingerea scopului propus implică realizarea următoarelor obiective ale cercetării:

1. analiza evoluției istorice și filosofico-juridice a instituției a instituției serviciilor medicale;
2. elucidarea abordărilor doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale;
3. prezentarea științifică a beneficiarilor de servicii medicale prin prisma terminologiei juridice prin identificarea subiecților sistemului de ocrotire a sănătății atât în domeniul public cât și în cel privat;
4. abordarea legală a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății prin prisma sistemului public și cel privat;
5. analiza comparativă a legislației privind protecția consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale;
6. determinarea modalităților extrajudiciare de soluționare a litigiilor din domeniul serviciilor medicale prin prezentarea analitică a caracteristicilor răspunderii pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale;
7. studierea jurisprudenței CtEDO în ceea ce privește răspunderea pentru încălcarea drepturilor consumatorilor de servicii medicale;
8. formularea concluziilor și elaborarea recomandărilor pentru perfecționarea cadrului legal și practic în domeniul aplicării răspunderii juridice în domeniul serviciilor medicale.

Noutatea și originalitatea științifică a tezei, precum și a rezultatelor obținute constau în abordarea fenomenului compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților din perspectiva cercetării teoretice dar și practice a tuturor factorilor și circumstanțelor relevante pentru tema de cercetare. Elementele inovaționale sunt determinate de recomandările formulate pentru înlăturarea lacunelor existente în cadrul normativ național ce țin de instituția protecției consumatorilor

în calitate de beneficiari de servicii medicale, fiind oferite îmbunătățiri și propuneri de *lege ferenda* în acest sens.

Elementele de noutate se manifestă prin următoarele teze fundamentale:

1. *formularea noțiunii de prestatori de servicii în sens larg în următoarea accepțiune:* prestatorii de servicii urmează să cuprindă inclusiv instituțiile de drept public, ori potrivit art.1 din Legea nr.105/2003, prestatorii de servicii sunt doar întreprinzătorii privați, ceea ce urmează a fi adaptat pentru domeniul serviciilor medicale;

2. *elucidarea noțiunilor de pacient de servicii medicale prin prisma art.1 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului 263/2005* cu completarea sintagmei în următoarea formulă: pacient este orice persoană fizică ... [se păstrează redacția din lege] ...,și care se bucură de drepturile de despăgubire în calitate de consumator de servicii medicale potrivit Legii nr.105/2003;

3. *soluționarea litigiilor din domeniul serviciilor medicale sau divergențele care apar în instituțiile medicale prin modalități extrajudiciare*, și anume cu implicarea organelor de stat sau prin utilizarea metodelor alternative de soluționare a litigiilor, și anume prin mediere;

4. *extinderea răspunderii juridice pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari de servicii medicale ca formă distinctă a răspunderii în domeniul medical*, cu ajustările necesare la Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 prin completarea art.5 lit.q) se ar reglementa dreptul pacientului de a fi despăgubit nu doar pentru daunele sănătății, dar și pentru prejudiciile materiale suportate potrivit art.32 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105/2003.

Problema științifică importantă rezidă în demonstrarea compatibilității drepturilor consumatorilor cu drepturile pacienților din perspectiva cercetării teoretice, dar și practice, prin nuanțarea importanței instituției protecției consumatorilor și evidențierea drepturilor pacienților prin prisma legislației consumeriste, elucidarea particularităților și a formelor de răspundere juridică pentru încălcările din domeniu, precum și formularea recomandărilor și propunerilor de *lege ferenda* îndreptate spre îmbunătățirea domeniului de reglementare a drepturilor consumatorilor și valorificarea eficiență a drepturilor pacientului în contextul serviciilor medicale.

Relația medic-pacient a trecut printr-o tranziție de-a lungul veacurilor. Înainte de ultimele două decenii, relația a fost predominant între un pacient care solicită ajutor și un medic ale cărui decizii au fost respectate în mod silențios de către pacient. În acest model paternalist al relației medic-pacient, medicul își folosește abilitățile pentru a alege intervențiile și tratamentele necesare, cel mai probabil

pentru a restabili sănătatea pacientului sau pentru a-i ameliora durerea. Orice informație oferită pacientului este selectată pentru a-i încuraja să consimte la deciziile medicului. Această descriere a interacțiunii asimetrice sau dezechilibrate între medic și pacient a fost contestat în ultimii 20 de ani. Criticii au propus un rol mai activ, autonom și, astfel, centrat pe pacient pentru pacientul care pledează pentru un control mai mare al pacientului, o dominare redusă a medicului și o participare mai reciprocă. Această abordare centrată pe pacient a fost descrisă ca una în care „medicul încearcă să intre în lumea pacientului, să vadă boala prin ochii pacientului” [249], și a devenit modelul predominant în practica clinică astăzi.

Anterior, de cele mai multe ori, pacienții erau considerați prea ignoranți pentru a lua decizii în numele lor. Astfel, informarea pacienților despre incertitudinile și limitările intervențiilor medicale a servit doar pentru a submina credința atât de esențială pentru succesul terapeutic. Medicii s-au simțit confortabil să ia decizii în numele pacienților lor. Mai târziu, medicii au devenit curând separați de pacienții lor din punct de vedere politic, economic și social. Distanța dintre medic și pacient s-a mărit. Au rămas puține amestecuri sociale, iar relația medic-pacient a devenit impersonală și îndepărtată, bazată pe negocieri și tranzacții financiare.

Astăzi, însă, există o nouă alianță între medic și pacient, bazată pe cooperare și nu pe confruntare, în care medicul trebuie să înțeleagă pacientul ca fiind o ființă umană unică. , relația dominată de medic, în care exercitarea puterii denaturează procesul decizional pentru ambele părți. O astfel de alianță trebuie să țină seama nu numai de aplicarea cunoștințelor tehnice, ci și de comunicarea informațiilor calculate pentru a ajuta pacientul să înțeleagă, să controleze și să facă față emoțiilor și anxietății excesive. Medicii trebuie să accepte responsabilitatea atât pentru un expert tehnic, cât și pentru un rol interpersonal de susținere. Participarea reciprocă, respectul și luarea deciziilor partajate trebuie să înlocuiască pasivitatea. Astfel, distribuirea informațiilor într-un mod care să maximizeze înțelegerea este o condiție necesară pentru o participare mai egală. Balint[213,p.269] a susținut că pacientul nu boala trebuie să fie principalul obiectiv al tratamentului, astfel încât obiectivul principal al medicului este să asculte pacientul pentru a identifica care este de fapt problema „reală”, în loc de a depista pur și simplu simptome și semne. Luarea în comun a deciziilor între medic și pacient va determina cel mai adecvat și cel mai bun curs de acțiune pentru un pacient individual. Medicul din acest model centrat pe pacient este poziționat în mod ideal pentru a elimina decalajul dintre lumea medicinei și experiențele și nevoile personale ale pacienților săi.

Una dintre principalele dificultăți cu care se confruntă concepția de *beneficiar de servicii de sănătate* în calitate de consumator și, corelativ, aplicarea suplimentară a drepturilor sale proprii, a fost, fără îndoială, polisemia conceptuală a termenului „consumator” în diferite discipline. De fapt, conceptul de consumator este extrem de larg. “Consumator” este un termen care vine din știința economică, ce îl definea ca fiind ultima verigă în procesul de producție. În acest sens, teoria consumeristă, ca ramură a microeconomiei, studiază comportamentul consumatorului din punctul de vedere a unui agent economic, consumatorul analizând oferta și cererea diferitelor bunuri și servicii, ajungând astfel la conceptul de utilitate marginală. Pentru aceasta, această teorie se referă la diferite concepte, cum ar fi preferințele, curbele de indiferență, curbele cererii sau constrângerile bugetare. Cu privire la teoria comportamentului economic al consumatorului există bibliografie abundentă, deși a evoluat de la o teorie neoclasică la una neo-Keynesistă.

Astfel, scopul final este acela de a anticipa alegerea consumatorului, modelarea comportamentului lor, pentru ce o parte din preferințele individuale cu gama de produse și servicii care sunt oferite și cei care pot alege în funcție de resursele disponibile.

Astfel, pe de o parte avem reglementarea juridică a noțiunii de consumator prin prisma Legii privind protecția consumatorilor nr.105 din 13.03.2003[80], și anume *consumator* – orice persoană fizică ce intenționează să comande sau să procure ori care comandă, procură sau folosește produse, servicii pentru necesități nelegate de activitatea de întreprinzător sau profesională, pe de alta parte există noțiunea de pacient stabilită prin Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005[82], și anume *pacient (consumator al serviciilor de sănătate)* este persoana care necesită, utilizează sau solicită servicii de sănătate, indiferent de starea sa de sănătate, sau care participă benevol, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale.

În acest sens problema științifică se conturează în gradul de compatibilitate a acestor două noțiuni din perspectiva garantării despăgubirilor pacientului-consumator pentru încălcarea normelor de prestarea a serviciilor medicale, or potrivit art.1 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105 din 13.03.2003, *prestatorul de servicii este orice persoană juridică sau fizică autorizată pentru activitate de întreprinzător, care prestează servicii*, astfel încât instituțiile de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală fiind în decădere, iar pacienții nefiind protejați prin prisma legislației consumeriste.

În acest context rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante se axează pe necesitatea de a aduce la un grad de compatibilitate echilibrat ambele legi,

pentru că subiect potențial cu drepturi și garanții este aceeași persoană consumatorul - pacient, care, potrivit art.5 alin. (1) lit.q) din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005 are dreptul atât la despăgubiri a daunelor aduse sănătății, cât și a despăgubirilor garantate prin art.32 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105 din 13.03.2003.

Prin urmare, insistăm pe faptul că nu folosim o noțiune economică sau comportamentală a consumatorului[190,p.6] ci un concept normativ. În acest fel, se intenționează examinarea domeniului tehnicilor tutoriale ale dreptului consumatorului în relațiile clinice, depășind concepția tradițională a dreptului la sănătate al consumatorilor ca drept de natură pur preventivă și dimensiune comunitară - abordare tradițională a legilor din consumul de prima generație - să se aplice și dimensiunii de asistență și prevenire, individualizată de autonomia beneficiarului și de profesionalismul furnizorului, abandonând astfel sistemele anacronice de relații fiduciare bazate pe încredere. De fapt, indiferent dacă o dorim sau nu, calificarea extra mercantilistă și altruistă a prestării serviciilor medicale profesionale, ca patrimoniu greco-roman, este la fel de anacronică, fiind departe de realitate. Beneficiarul serviciilor de sănătate este un consumator care alege și cere. Nimic anormal nu trebuie văzut în această schimbare de paradigmă, comună, pe de altă parte, altor situații de asimetrie juridică.

Din această perspectivă, este esențial să menționăm opinia lui Hall care explică modul în care există două poziții fundamentale în legătură cu dezbateră privind regulile aplicabile furnizării serviciilor de sănătate[234;235;236]. O poziție tradițională, care se califică drept "esențialism"[235,p.584], susține că relația juridică este reglementată de propriile reguli speciale, luând în considerare atributele fiduciare ale relației medic-pacient, cum ar fi secretul medical. Confruntat cu această poziție, autorul susține o teză consumeristă care, în opinia noastră este o viziune corectă, precum că statutul de consumator ar face apel la aspectele contractuale ale unui serviciu profesional standard, spre deosebire de statutul de pacient care ar constitui dependență, suferință și nevoia de îngrijire[235,p.583]. Pe de altă parte, autorul ne reamintește că sistemul juridic a luat în considerare întotdeauna pe cei care primesc îngrijiri medicale mai mult de la statutul lor de pacienți decât consumatori, menționând că, ca și în cazul dreptului familiei, dreptul medical acordă prioritate statutului și nu contractului[235,p.585], fără ca acest lucru să ne determine să uităm dimensiunea contractuală a relației medicale în care obligațiile bilaterale sunt falsificate într-un context în care una dintre părți este o persoană bolnavă și vulnerabilă. Astfel, el subliniază că tensiunea dintre statutul de pacient și statutul consumatorului are o istorie îndelungată de natură socială [276,p.96-97].

1.4. Concluzii

Cercetarea realizată în capitolul dat ce vizează cu preponderență cadrul teoretic național și străin ce abordează problematica determinării rolului beneficiarului de servicii medicale în relația sa cu prestatorul, ne permite să ajungem la următoarele concluzii:

1. Acest studiu și-a luat temei începând cu analiza evoluției istorice și filosofico-juridice a instituției serviciilor medicale, cercetarea unor abordări doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale prin prisma doctrinelor și curentelor filosofice contemporane susținută de o caracteristică a viziunilor filosofice a Marx K., Hipocrate, Aristotel, Socrate, T. Szasz, M. Hollender, Ludwig Edelstein C. Singer, N.K. Jewson, Láin P., Freud S., Breuer J., Gracia D., Percival T., Shorter E..

2. Ca urmare a analizei doctrinare se subliniază faptul că consumerismul a fost și este un fenomen în creștere. Inițial limitat la relații între profesioniști și consumatori devine un mod de analiză a evoluției relațiilor sociale și afectează din ce în ce mai multe sfere din societate, chiar și zonele ignorate până acum în special sectorul sănătății. Autorul a constatat că ideea de rezistență care caracterizează consumismul corespunde realității din sistemul de sănătate actual și, în consecință, acest sector poate constitui o nouă ilustrare a diversității formelor de consumism în societatea contemporană. Relația medic-pacient are o importanță fundamentală în procesul de inițiere, urmare și finalizare a tratamentului unui pacient. Pentru a obține consimțământul pacientului informat, medicul, fără a uita de rolul său, va trebui să explice pacientului boala de care acesta suferă, adaptându-și limbajul pe înțelesul pacientului. Cunoștințele medicului trebuie să fie folosite în mod rațional pentru a găsi soluția adecvată bolii și condiției în care se află pacientul. Modelele de relație în care pacienții sunt implicați în decizie au scopul de a duce la rezultate clinice mai bune. Formarea viitorilor medici trebuie să țină seama de aceste aspecte pentru a fi pregătiți în fața provocărilor și a situațiilor delicate în care s-ar putea găsi pe viitor.

3. Prezintă evoluția relației medic-pacient de la paternalism la autonomie și apoi la un fel de parteneriat, remarcăm că toate aceste schimbări sunt pozitive, autorul realizând în urma cercetării o axă de evoluție proprie a relației pacient-medec, prezentată în fig.1. Autorul a constatat că pacientul nu mai este un subiect pasiv, ci un interlocutor care trebuie să aibă la dispoziție ansamblul de date necesare, aceste informații vin din partea medicului său, singura figură profesională abilitată să facă acest lucru. Din punct de vedere legal și deontologic, informarea pacientului este un drept al

bolnavului și o obligație profesională a medicului. În unele țări calitatea informației date pacienților este unul dintre criteriile de acreditare a instituțiilor spitalicești.

4. În cadrul acestui capitol o atenție sporită a fost consacrată evoluției istorice și filosofico-juridice a instituției serviciilor medicale, demonstrând-se caracterul istoric al relației pacient-medic, și rolul crescând al actorului pasiv, pacientul, în această relație. Cercetând cele 4 modele ale relației medic-pacient propuse de către Emanuel și Emanuel, autorul drept inovație științifică a propus o altă sistematizare a relației medic-pacient, prezentând 3 modele care-și au la bază criteriul de rol al pacientului, rol al medicului, aplicabilitatea clinică a modelului, prototipul modelului și perioada.

5. Concepția despre starea pacientului în calitate de consumator se deschide în diferitele sisteme juridice, nu ca un sinonim pentru privatizarea economică a relației de îngrijire, ci mai degrabă ca un instrument juridic de împuternicire în serviciul pacientului. Aceasta, logic, presupune o schimbare radicală a modului ancestral de înțelegere a relației clinice, odată ce a fost afectată de paternalismul medical, fiduciar și beneficiar. Pacientul este considerat un cumul de situații în care el tinde să devină un consumator de servicii medicale, iar medicul tinde să fie asimilat tot mai mult cu un simplu furnizor de servicii. Respectiv, din punctul de vedere a situației menționate se solicită necesitatea determinării locului pe care îl ocupă pacientul ca subiect dublu atât al serviciilor de sănătate cât și a circuitului economic și comercial, studiu necesar de a fi efectuat sub aspectul determinării corelației pacientului în calitate de consumator al serviciilor medicale cât și a cadrului legislativ de protecție a drepturilor acestuia.

2. FUNDAMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A DEFINIȚIILOR LEGALE ȘI DOCTRINARE PRIVIND SUBIECȚII DE SERVICII MEDICALE

Sănătatea este binele inalienabil al omului, fără de care într-un fel sau altul își pierde valoarea alte beneficii de care omul se poate bucura. Datorită importanței acestui bine pentru o persoană, statul și legea îl protejează de încălcări și amenințări. Probleme întâlnite în aplicarea legislației care guvernează protecția consumatorilor în furnizarea de serviciilor medicale, precum și necesitatea îmbunătățirea reglementării legale a protecției consumatorilor de servicii medicale necesită un studiu detaliat și pentru ca ulterior să fie posibilă adoptarea unor decizii eficiente de îmbunătățire a protecției drepturilor consumatorilor de servicii medicale.

Relevanța subiectului cercetării date rezidă în importanța socială excepțională a relațiilor juridice, emergente în domeniul sănătății publice și necesitatea de a proteja drepturile consumatorilor în prestarea de servicii medicale. Unul dintre cei mai importanți indicatori ai nivelului de dezvoltare socio-economică a oricărei țări, și un indicator al calității vieții cetățenilor săi este speranța medie de viață. Acest indicator este determinat nu numai de aspectul său biologic, dar și de nivelul și disponibilitate a asistenței medical într-o anumită țară.

Cercetarea noastră vine să elucideze enigma, dacă este un consumator de produse sau servicii de sănătate, un consumator în sensul legii protecției consumatorului și dacă atunci când se creează un raport civil în sectorul sănătății, acesta poate beneficia de drepturile care sunt acordate în mod tradițional și incontestabil consumatorului.

2.1.Valențe științifice cu privire la beneficiarii serviciilor medicale prin prisma protecției consumatorului.

Din punct de vedere doctrinar apar mai multe opinii și dezbateri referitor la faptul cum ar trebui să numim persoanele care primesc îngrijiri medicale. Apare întrebarea dacă sunt ei "pacienți" conform terminologiei tradiționale pentru oricine primește îngrijiri medicale de la medici, asistente medicale, farmaciști, terapeuți, dentiști și alți furnizori, sau sunt "consumatori", persoane care achiziționează bunuri și beneficiază de servicii pentru interes personal.

În abordarea drepturilor beneficiarilor de servicii medicale terminologia utilizată contează foarte mult, astfel, atunci când limbajul legislativ este aplicat sistemului de sănătate, pare natural transformarea pacienților în consumatori, precum și utilizarea drepturilor pacienților în calitate de

drepturi ale consumatorilor. Însă pacienții nu sunt consumatorii care ar avea posibilitatea de a face libera alegere între medici și tratamente în baza prețului și calității. Pacienții sunt oameni bolnavi și vulnerabili, care fiind afectați de cele mai multe ori de o maladie, eu nu sunt în starea lor firească și sunt incapabili de a face alegerea între cea mai bună ofertă de pe piața serviciilor medicale [211].

Discuțiile cu privire la angajamentul pacientului par de multe ori să utilizeze termenii „pacient” și „consumator” interschimbabil. Totuși acești doi termeni par să nu aibă aceeași semnificație, pentru că la prima vedere un pacient pare a fi un actor pasiv în arena de îngrijire a sănătății iar un consumator este un actor informat, rațional și capabil să ia decizii corecte. Apare întrebarea dacă a existat o schimbare în utilizarea noastră a celor doi termeni care se aliniază cu evoluția și dezvoltarea asistenței medicale în Republica Moldova sau dinamica termenilor de pacient / consumator fost întotdeauna o parte din procesul de cumpărare și vânzare serviciilor de îngrijire a sănătății în sistemul moldovenesc. O importanță enormă o are anume acest aspect lingvistic pentru beneficiarii de servicii medicale, deoarece se conturează întrebări ce țin de faptul dacă costul și calitatea serviciilor sunt afectate de această schimbare în terminologie.

Potrivit provenienței lingvistice, cuvântul „pacient” provine din verbul latin „*pati*”, care înseamnă „a suferi.” Astfel, un pacient este literalmente „cel care suferă.” O astfel de definiție conotează o aură de pasivitate, de parcă persoanei în cauză i se aplică anumite acțiuni mecanice de investigație și tratament, în cazul în care actorul activ este un medic. Folosirea termenului (și interpretarea acestuia) a stat în mare parte necontestată până în 1930, moment în care noțiunea de „consumator”, a început să-și croiască drumul său în lexicon ca răspuns la creșterea costurilor medicale [235,p.586]. „Consumator” de la latinescul „*consumere*” înseamnă „a utiliza” și a fost adoptat în mod intenționat pentru a determina un rol mai activ de implicare a individului în interacțiunea sa cu medicul [276,p96-97]. Utilizarea termenului dat a cunoscut o creștere în anii 1960, în timpul mișcării drepturilor pacienților într-o încercare de a contracara paternalismul medical, și apoi din nou în anii 1980 în perioada creșterii importanței societății în dezvoltarea piețelor economice [235,p.586].

În Republica Moldova, deși utilizarea cuvântului „consumator” pentru a descrie persoanele fizice care beneficiază de servicii de îngrijire a sănătății nu este nou, termenul probabil a cunoscut o renaștere odată cu intrarea în vigoare a Legii nr.263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, care prevede că un „*pacient (consumator al serviciilor de sănătate)*” - este persoana care necesită, utilizează sau solicită servicii de sănătate, indiferent de starea

sa de sănătate, sau care participă benevol, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale [82]. Noțiunea de pacient este de multe se asociază cu sensul său mult mai tradițional, cum ar fi ”îngrijirea pacientului” sau ”decizia pacientului”, în timp ce ”consumator” este mult mai probabil să fie menționat într-un context economic, cum ar fi ”protecția consumatorilor” sau ”alegere a consumatorului”. Totuși analizând situația la momentul actual constatăm că termenii par a fi utilizate separați. Conform legislației noastre, pacientul devine mai degrabă doar beneficiarul serviciilor de îngrijire a sănătății din cadrul sectorului de îngrijire a sănătății, decât un partener activ, care limitează posibilitățile dinamice pentru străini de a-i gestiona cu propria lui sănătate.

Serviciile de sănătate sunt departe de a fi un bun sau un serviciu oarecare. Legea mai sus menționată definește serviciile date drept ”complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice [82,art.1]. Cu toate că de multe ori se folosesc alternativ, există diferențe distincte între consumatori și pacienți, în contextul asistenței medicale. Dihotomia în folosirea termenilor de „pacient“ și „consumator“ este de fapt simțită dintr-un punct de vedere care trebuie dezvoltat și explicat mai amplu. În primul rând, utilizarea de către un individ a sistemului de îngrijire a sănătății este puțin probabilă de a fi involuntară și, în acest sens, este necesară. Un control planificat sau preventiv, sau vaccinul antigripal ar putea fi caracterizate, din punct de vedere tehnic , drept opționale (deși recomandabile), dar de cele mai multe ori vizitele la medic sunt făcute atunci când cineva este bolnav și are nevoie de îngrijire. În comparație cu alte tranzacții de piață, acest lucru duce la un cumpărător aproape lipsit de putere.

În al doilea rând, autorul enunță faptul că indivizii nu dispun de cunoștințe medicale ample, în ciuda disponibilității resurselor informaționale medicale (de calitate diferită) pe Internet, sunt adesea neinformați cu privire la problemele de sănătate. Indivizii astfel abdică, în mare măsura, puterea de decizie în favoarea medicilor , o situație care este exacerbată de o capacitate adesea compromisă a indivizilor ne fiind în stare să ia decizii clare și sigure cu privire la propria sănătate. În cele din urmă, costul este de multe ori ignorat. De asemenea considerăm că lipsa de transparență în ceea ce privește tariful procedurilor medicale pot fi oarecum de vină, dar chiar și un lista de prețuri afișată ar putea fi ignorată de către o persoană bolnavă care este axată pe calitatea îngrijirii. Într-adevăr, după cum s-a menționat pe bună dreptate de Hartzband și Groopman, prețul contează foarte puțin atunci când riști să dai ochii cu moartea [237,p.1372]. Plătitorii intermediari, cum ar fi societățile de asigurare și guvernul complică și mai mult problema transparenței prețurilor, deoarece acestea izolează indivizii

(„consumatori“) de costul real de îngrijire. Este evident că terminologia în acest sens contează mult. Etichetarea utilizatorilor de servicii de îngrijire a sănătății drept „consumatori“ poate fi văzută ca un mod adecvat de a insufla o gândire abilă și o împuternicire a actorilor mai slabi din această ecuație, centrând relația pe raportul cost- calitate.

În calitate de plătitor al contribuțiilor de asigurări medicale orice individ beneficiază de servicii de asistență medicală obligatorie, dar având în vedere lipsa transparenței în sistemul dat, indivizii ar putea să-și axeze atenția asupra modului în care ar trebui să fie cheltuiți banii lor de îngrijire a sănătății.

După opinia autorului, în mai multe sensuri noțiunea de pacient se asociază și chiar suprapune cu cea de consumator, de evident nu integral, conform legislației noastre actuale. Dacă un pacient ar fi văzut drept un consumator atunci alegerea unui medic de familie ar putea fi considerată o „cumpărătură“ de exemplu, alegerea fiind făcută în baza de recomandări primite de la prieteni și/sau a comentariilor despre un anumit medic citite on-line. Mai mult, în cazul în care un individ este nemulțumit de serviciile acordate și asigurate de un medic, ar trebui să fie prezent sentimentul de certitudine că nu există reguli împotriva ”concedierii” doctorului și de alegere a unui alt medic. Considerăm că, individul plătește medicul pentru servicii (fie direct costul prestației sau indirect prin contribuții) și, în acest sens, ar putea fi considerat drept un ”angajator” neoficial al medicului pe care îl alege (mai ales în lipsa unui contract tip semnat).

Deși este posibil ca îmbrățișând o mentalitate mai mult centrată pe consumator poate conduce la un individ mai cost-conștient, care necesită îngrijire de calitate superioară, schimbarea are dezavantaje. În primul rând, atunci când este vorba de decizii privind asistența medicală, clientul nu este întotdeauna corect. De exemplu, după cum sa menționat de către Leana Wen, într-un sistem de îngrijire a sănătății pur consumator-condus, un individ ar putea cere o scanare RMN, CT, și un o analiză complexă de laborator pentru dureri de genunchi minore [281]. Similar, în contextul psihoterapeutic, capacitatea unui individ care este supus deja unui curs de terapie pentru depresie ar putea fi cumva afectată de psihotropice administrate, și ”concedierea” terapeutului ar putea periclita procesul de recuperare [230].

În al doilea rând, vizualizând individul ce necesită servicii de asistență medicală drept un consumator ar putea duce la o atitudine mai practică față de interacțiunea din partea medicului. Indivizii doresc să fie în măsură să aibă încredere deplină în persoana ce le oferă acest ajutor medical, mai ales ce ține de importanța de a lua decizii legate viață sa, deci prezentând această relație ca o

simplă achiziție ar fi un lucru dezastruos pentru sistemul de îngrijire a sănătății. În loc de un proces de luare a deciziilor de colaborare, interacțiunile ar putea deveni contradictorie , cu indivizii cumpărători de servicii medicale mai vigilenți și precauți în alegere, medicul- în calitate de furnizori de astfel de servicii mai axați de profit decât pe rezultat , iar spitalele ar deveni un fel de cafenele de servicii de consum de sănătate.

Autorul a constatat drept o incompatibilitate a etichetării indivizilor în calitate de „consumatori“ ar putea elimina elementul cel mai important în furnizarea eficientă de îngrijire în cadrul serviciilor de sănătate și anume – compasiunea. În cel mai rău caz, tratarea consumatorilor, în loc de tratarea pacienților, poate duce la indiferența medicilor față de suferințele fizice și morale ale persoanelor tratate sau fiind implicat elementul economic, ar putea duce la un tratament diferențiat al indivizilor în raport cu sumele de bani pe care le achită.

Furnizarea de asistență medicală este, spre deosebire de orice altă afacere, monitorizată în de aproape de Guvern. Tendința de-a lungul ultimilor ani, a fost, fără îndoială, spre o mai mare implicare a guvernului în sectorul de îngrijire a sănătății. Ar fi atunci adecvat să se concluzioneze că în general, guvernul de-a lungul acestor mulți ani (și, prin urmare, electoratul) a decis că abordarea ”*laissez-faire, caveat emptor*” (în traducere “lăsații să facă” și ” lăsați cumpărătorul să fie vigilent”) pe piața serviciilor de sănătate este inadecvată.

Mai mult, în contextul juridic, zona de drepturile pacientului cuprinde astfel de idei ca dreptul la informații exacte cu privire la una din problemele medicale și a metodelor alternative de tratament , dreptul la asistență medicală de urgență, dreptul de a refuza un tratament, confidențialitate informațiilor despre pacienți etc. În opinia autorului, drepturile consumatorilor și prevederile legislative cu privire la protecția consumatorilor pe de altă parte, nu se concentrează pe contextul de diagnosticarea și tratarea a pacienților, dar, în schimb, pe probleme legate de cumpărarea și vânzarea serviciilor de îngrijire a sănătății, cum ar fi dezvăluirea completă a termenilor și condițiilor, modul în care vor fi luate decizii cu privire la gradul de acoperire, detalii cu privire la obținerea serviciilor date și în afara rețelei naționale, căile de atac, etc.

Richard K. Thomas, un cercetător american, în 2005 a elaborat o clasificare a consumatorilor de servicii de sănătate și utilizatori finali după cum urmează [135,p.16-20]:

- *consumatorul potențial* este orice individ care poate deveni un cumpărător de servicii medicale la un moment dat;

- *cumpărătorul* devine persoana responsabilă cu achiziționarea serviciilor de sănătate, dar care, de cele mai multe ori, nu este cea care consumă serviciul;
- *statutul de pacient* acoperă toate persoanele care sunt bolnave și beneficiază de îngrijirea unui medic;
- *clientul* devine consumator fidel de servicii medicale care apelează la un prestator în mod frecvent și cu conștiinciozitate. Un exemplu de astfel de statut se regăsește în relația pacient-medic de familie;
- *asiguratul*, termenul de asigurat s-a conturat în urma intrării în sistem a terților plători și este utilizat pentru a desemna o persoană care poate beneficia de servicii de sănătate gratuite atât în sistem public cât și privat;
- *e-pacientul sau e-consumatorul de servicii de sănătate* este persoana care caută informații despre probleme de sănătate în mediul online [54,p.50].

Din punctul de vedere al unor legi și după părerea unor experți ai pieței consumatori sunt membri ai publicului larg. Ei spun că consumatorii pot fi perfect sănătoși (sau cred că sunt), cu contract minim, sau dorința minimă de a fi în contact cu sistemul medical. Termenul de consumator este, de asemenea, asociat cu activități raționale, non-urgente, compararea serviciilor, prestatorilor și prețurilor, cu un schimb de informații mai transparente. În ceea ce privește pacienții, sunt oameni cu unele boli sau vătămări care necesită o interacțiune cu sistemul de sănătate, deci ei nu sunt consumatori selectivi de bunuri sau resurse, dar încearcă să își asigure un tratament mai eficient, cu minim de durere, timp și costuri (dacă există o alegere în acest sens).

În timp ce se poate argumenta că utilizarea termenului „consumator”, are un rol important în cadrul pieței de servicii de îngrijire a sănătății - dacă o persoană acționează ca un partener activ în gestionarea sănătății sale în afara setărilor tradiționale de îngrijire a sănătății sau în alegerea unui model de asigurare între cele oferite pe piața de asigurări de sănătate - mai terminologia mai tradițională de „pacient” este puțin probabil să fie uzurpată prea curând. Pe lângă faptul că termenul este unul nepopular, există puține situații în care indivizii pot fi clasificați cu exactitate în calitate de consumatori. Chiar și atunci, există temeri că doar cei cu studii și cunoștințe înalte, cu acces la resurse informaționale vor beneficia de pe acest fapt, iar individul mai puțin informat va suporta consecințele atribuirii sale în calitate de consumator în schimbul pacientului, care i-ar fi atribuit din start caracteristici și drepturi clare. Întrebarea care ne macină de fapt este ceea ce ne dorim de la sistemului nostru de îngrijire a sănătății. Ne dorim un mediu de tip alimentar mai rapid, cu clinici *drive-through*

(traducere - comandă din mașină) și prețurile postate pe perete? Dacă acesta este cazul, trebuie să fim pregătiți să ne asumăm responsabilitatea care vine cu atribuirea noastră în calitate de consumator și consecințele unei relații mai contradictorii cu furnizorii noștri de îngrijire a sănătății. În același timp, trebuie să recunoaștem că relația individului cu prestatorul său servicii de sănătate este în mod inerent inegală, având în vedere complexitatea problemelor implicate, și că există situații când o persoană nu poate fi niciodată un consumator.

2.2.Considerații științifice cu privire subiecții sistemului de ocrotire a sănătății

Astăzi cea mai mare parte din cheltuielile financiare pentru servicii medicale sunt acoperite de către consumatori și companiile de asigurare. Libertatea alegerii instituției medicale, apariția noilor prestatori privați de servicii medicale și lărgirea spectrului de servicii stimulează concurența pe piața serviciilor medicale și dezvoltarea strategiilor marketing în domeniu. Necesitatea atragerii noilor pacienți și formarea unui cerc de clienți fidelizați ai instituției medicale determină un interes major pentru strategiile de comunicare marketing. Creșterea numărului de instituții medicale private a determinat o cerere sporită pentru calitatea înaltă a serviciilor medicale acordate. Pacienții ”de ieri” s-au transformat în consumatori ”de astăzi” cu cerințe față de actul medical și calitatea acestuia.

Organizația Mondială a Sănătății definește sistemul de sănătate, de asemenea, și sistem de îngrijire al sănătății sau sistem sanitar, ca un set de 3 elemente: oameni, instituții și resurse care oferă servicii de îngrijire medical pentru a acoperi nevoile de sănătate ale populațiilor țintă. Analiza principalilor actori de pe piața serviciilor medicale ne va permite să determinăm sesizabila tangență dintre aplicabilitatea dreptului protecției consumatorilor în cadrul raportului beneficiar/prestator de servicii medicale.

2.2.1. Instituțiile de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală

Pentru orice individ noțiunea de „sănătate” este una simplă care nu pare a întâlni impedimente în a fi înțeleasă, fiind utilizată în viața de zi cu zi. Totuși, atunci când vine vorba despre organizarea serviciilor de sănătate , modul de percepere intuitivă devine insuficient. Sistemul de sănătate este de fapt un concept profund , larg și dinamic. Sănătatea poate fi considerată o resursă limitată cu care

indivizii sunt înzestrați la naștere și țin de un set de factori posibilitatea individului de a menține și de multe ori chiar a îmbunătăți această stare. Sănătate nu este doar o stare biologică, ea ține indirect și de relațiile și interacțiunea indivizilor și a colectivităților, astfel fiind percepută uneori drept un bun, sau o resursă economică.

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea *”drept o stare completă de bunăstare fizică, mentală și socială nu doar o absență a bolii sau a infirmității”* [27]. Definirea acestei noțiuni ține de fapt de definirea ulterioară a astfel de noțiuni fundamentale în raport cu sănătate precum : servicii medicale, politici de sănătate, prestarea de servicii medicale , etc. Evident, una din noțiunile de bază ale sectorului medical ce rezultă direct din termenul de sănătate, este sistemul de sănătate. În raportul [280] Organizației Mondiale a Sănătății din 2000 sistemul de sănătate a fost definit drept ” toate activitățile ale căror scop principal este de a promova, restabili sau menține sănătatea” fiind constituit din 3 obiective de bază : îmbunătățirea sănătății populației , răspunderea la așteptările populației vis a vis de sănătate, și oferirea unei protecții financiare împotriva costurilor în caz de boală. Deci, putem conchide că din cadrul elementelor sistemului de sănătate fac parte : guvernul, asiguratorii, prestatorii de servicii medicale, instituții de expertiză, asociațiile etc.

În Republica Moldova, piața serviciilor de sănătate funcționează în baza sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală care are de fapt sarcina de a acoperi cheltuielile sistemului de sănătate, pentru tratamentul și profilaxia maladiilor persoanelor asigurate. La baza sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală se află principiul solidarității, potrivit căruia plătitorii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală achită contribuțiile în funcție de venit și beneficiază de asistență medicală după necesități [55].

Contractarea serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări medicale obligatorii se efectuează din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare, fondurile AOAM), de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare: CNAM) [75,art.12, alin(3) lit.a1 si b),art.13].

Volumul, tipurile asistenței medicale, precum și condițiile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt stipulate în Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Determinarea serviciilor medicale, ce urmează a fi contractate, are loc conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, aprobate prin Ordinul MSMPS nr. 596/404 din 21.07.2016. În baza acestor acte normative, MSMPS în comun cu

CNAM, anual urmează să stabilească necesitățile populației în serviciile medicale, și în baza acestora, să aprobe criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv. Criteriile de contractare stabilesc aspectele esențiale privind contractarea furnizorilor de servicii medicale pentru anul respectiv, cum ar fi: condițiile de eligibilitate pentru a fi contractate, condițiile de contractare, repartizarea mijloacelor fondurilor AOAM pentru achitarea serviciilor, particularitățile contractării pe tipuri de asistență, inclusiv tariful aprobat pentru o unitate de asistență medicală (per capita/per vizita/per serviciu, etc.), modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală, și altele.

Aceste criterii se stabilesc anual printr-un Ordin comun al Ministerului Sănătății și CNAM în vederea asigurării administrării corespunzătoare a fondurilor AOAM pentru anul respectiv. Astfel, ei pot să difere de la un an la altul, în dependență de prioritățile și capacitățile sistemului de sănătate pentru anul respectiv.

Condițiile de contractare se stabilesc conform criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare, aprobate prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM pentru anul respectiv și pot să difere de la an la an. De obicei, contractarea prestatorilor de servicii medicale se realizează în două etape:

1. Selectarea prestatorilor de asistență medicală
2. Contractarea prestatorilor de asistență medicală

Prima etapă—selectarea prestatorilor de asistență medicală, de regulă are loc în perioada lunilor septembrie-octombrie a anului în curs. În această perioadă CNAM anunță despre intenția sa de a contracta prestatorii de asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări medicale pentru anul viitor, publicând pe pagina sa web Ordinul cu privire la contractarea instituțiilor medico-sanitare pentru anul respectiv. Ordinul prevede modul și termenul de depunere a ofertelor de contractare și actualizarea dosarelor depuse de către instituțiile medico-sanitare, inclusiv lista documentelor ce urmează să fie anexate, precum termenele de stabilire a instituțiilor medico-sanitare cu care se va semna contractul de acordare a asistenței medicale pe anul respectiv.

Cea de-a *doua etapă*—contractarea prestatorilor de asistență medicală—de obicei se demarează la începutul anului de gestiune, după aprobarea criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare și a costurilor asistenței medicale pe o unitate (caz tratat/ziua-pat în staționarele instituțiilor medico-sanitare) și parvenirea la CNAM a informației privind numărul populației asigurate și neasigurate. La această etapă, reieșind din numărul populației asigurate și neasigurate luate la evidență de instituțiile

medico-sanitare din fondurile AOAM și criteriile de contractare aprobate pentru anul de gestiune, CNAM efectuează estimarea volumelor de asistență medicală și a sumelor contractuale prealabile pentru fiecare instituție medico-sanitară. Ulterior, CNAM inițiază negocierea, cu fiecare instituție medico-sanitară în parte, a condițiilor viitoarelor contracte de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Dacă este necesar, CNAM poate purcede la runde suplimentare de negocieri, în vederea discutării și definitivării clauzelor esențiale ale viitorului contract. Rundele de negocieri se încheie cu perfectarea și semnarea contractelor de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. De obicei, etapa contractării prestatorilor de asistență medicală se încheie în luna februarie a anului de gestiune.

După semnarea contractului, prestatorii de servicii medicale urmează să întocmească un deviz de cheltuieli (business-plan) pentru mijloacele provenite din fondurile AOAM pentru anul în gestiune, conform formularului aprobat în comun de către MSMPS și CNAM, și să-l prezinte spre coordonare CNAM în termenul stabilit. La devizul menționat vor fi anexate calculele argumentate și statele de personal pe fiecare tip de asistență medicală contractată. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor pentru fiecare tip de asistență medicală contractată se va efectua de către prestatorii de servicii medicale prin conturi bancare separate.

CNAM, de asemenea, monitorizează modul de executare a clauzelor contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul în care în rezultatul evaluării se atestă încălcarea prevederilor contractuale sau a actelor normative și a Standardelor Naționale în vigoare privind asistența medicală furnizată, CNAM nu validează serviciile astfel prestate și nu le acceptă spre plată. Acest model de contractare este accesibil doar pentru OSC-urile care beneficiază de susținerea financiară permanentă din partea donatorilor. Pentru a fi contractat, OSC-ul prestator de servicii medicale trebuie să dispună de resurse financiare suficiente pentru întreținerea sa precum și pentru achitarea serviciilor de evaluare (anual) și acreditare (o dată la 5 ani), și a serviciilor de licențiere (o dată la 5 ani) [78].

Astfel, pentru a rămâne competitive, Organizațiile Societății Civile (în continuare OSC) prestatoare de servicii medicale trebuie să fie active în atragerea de fonduri suplimentare pentru acoperirea acestor cheltuieli. Or, resursele financiare acordate de CNAM nu oferă garanții de durabilitate a OSC-ului. În cadrul focus-grupului cu reprezentanții OSC-urilor s-a menționat că finanțarea oferită de CNAM se limitează doar la valoarea tarifului aprobat pe unitate de serviciu, care, dese ori, este subestimată în raport cu costul real al serviciului. Deși tarifele pe unitate de serviciu

se modifică periodic, valoarea lor nu corespunde cu costul real al serviciului contractat. OSC-urile participante la focus-grup au invocat că finanțarea oferită de CNAM acoperă în medie 25-35% din cheltuielile necesare pentru prestarea serviciilor medicale contractate. La rândul lor, reprezentanții CNAM susțin că OSC-urile supraestimează cheltuielile necesare pentru prestarea serviciilor sale, în special cheltuielile de personal, iar fondurile AOAM sunt limitate. Astfel, s-a invocat, că din cauza resurselor financiare limitate a fondurilor AOAM și a costurilor exagerate declarate de OSC, tarifele se aprobă în valoare considerată de CNAM și MSMPS ca fiind o valoare rezonabilă.

Stabilirea tarifului normativ a serviciilor este un aspect important pentru contractarea OSC-urilor. Însă, odată ce tarifele stabilite nu pot acoperi un nivel necesar pentru întreținerea serviciilor respective, contractarea nu va fi eficientă, întrucât există riscul diminuării calității serviciului prestat sau a durabilității unor asemenea servicii. În acest context, este necesar ca MSMPS în comun cu CNAM și prestatorii de servicii medicale să elaboreze o metodologie de calcul a costurilor normative per unitate de serviciu. Metodologiile de calcul al costurilor ar trebui să se bazeze pe formule clar definite, în baza unor elemente măsurabile. Această modalitate de calcul ar putea să asigure o flexibilitate eficientă a costurilor normative în raport cu cheltuielile efective aferente serviciului medical. Elaborarea unei metodologii de calcul al costului normativ al serviciului este necesară pentru a asigura calitatea corespunzătoare a serviciilor contractate de CNAM, inclusiv și pentru a asigura o previzibilitate a finanțării serviciilor medicale contractate în cadrul sistemului AOAM.

Având în vedere că pacientul (beneficiarul serviciilor de sănătate) participă la conceptul de consumator, trebuie să abordăm inevitabil o altă problemă centrală a acestei lucrări, conceptul de antreprenor în domeniul sănătății și anume cel al prestatorului de servicii medicale. Atunci când analizăm conceptul furnizor de servicii de sănătate, ne referim la termenul de "furnizor" în măsura în care activitatea principală a subiectului de care cumva este protejat utilizatorul este tocmai furnizarea de servicii, în cazul de față, de servicii de natură sanitară. Pe de altă parte, trebuie să pornim de la premisa că nu analizăm aici noțiunea de antreprenor din punct de vedere comercial, ci mai degrabă de sub perspectiva protecției consumatorului, deoarece în cadrul "vânzării" serviciilor de asistență medicală sunt incluși mai mulți actori cheie.

Pentru a determina cine de fapt sunt acești prestatori ai serviciilor medicale este imperativ să vorbim despre tipurile de asistență medicală pentru beneficiarii Sistemului Asigurărilor Obligatorii Asistență Medicală (SAOAM) conform legislației naționale sunt următoarele :

- a) urgentă prespitalicească;
- b) primară;
- c) specializată de ambulator, inclusiv stomatologică;
- d) spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu.

În continuare vom face o detaliere a acestor tipuri de servicii:

Asistența medicală urgentă prespitalicească este setul de servicii medicale acordate pacientului în stare gravă, începând de la locul accidentului sau îmbolnăvirii, în timpul transportării la necesitate, și până la transmiterea lui în instituția medico-sanitară. Asistența medicală urgentă prespitalicească este garantată pentru toată populația Republicii Moldova, indiferent de statutul asigurat sau neasigurat al persoanei, iar costurile pentru serviciile date (consultația, medicamentele, consumabilele, transportarea la necesitate) sunt acoperite integral din FAOAM administrate de către CNAM.

Asistență medicală primară este setul de servicii medicale care include activități de profilaxie, de consultanță cu scop curativ și de suport acordate de medicul de familie și echipa sa. Asistența medicală primară este garantată pentru toată populația Republicii Moldova, indiferent de statutul asigurat sau neasigurat al persoanei. Costurile pentru serviciile de asistență medicală primară sunt acoperite integral din FAOAM administrate de către CNAM. Fiecare cetățean are dreptul și obligația de a se înregistra la un medic de familie. Când un individ are o problemă de sănătate, doar medicul de familie oferă accesul la serviciile medicale necesare, eliberând biletul de trimitere pentru consultația medicului specialist ori pentru spitalizare și doar medicul de familie poate prescrie rețeta pentru medicamente integral sau parțial compensate. Medicul de familie este obligat să vă supravegheze starea de sănătate pe toată perioada de tratament ambulatoriu. Conform legislației naționale pentru a beneficia de consultația medicului de familie este necesară programarea prin telefon sau direct la ghișeele de înregistrare din instituția primară.

Asistență medicală specializată de ambulatoriu include setul de servicii medicale acordate de medicul specialist de profil în tratamentul care nu necesită spitalizare. Doar persoanele asigurate nu plătesc consultația medicului specialist de profil. Accesul la medicul specialist este doar în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie sau alt specialist de profil. Consumatorii de servicii de sănătate au posibilitatea să se adreseze direct la medicul specialist în situațiile de

urgență sau în cazul diagnosticului stabilit al unei maladii stipulate în anexa nr.2 la Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală cu respectarea condițiilor după cum urmează:

- dacă în intervalul de timp (între 2 prezentări), până la o nouă consultație persoana nu trebuie să fie monitorizată de către medicul de familie și numai dacă prezintă o dovadă scrisă că a fost luat în evidență de către medicul de familie;
- dacă schema terapeutică trebuie modificată în funcție de evoluția bolii;
- dacă medicul specialist de profil a informat medicul de familie în scris despre intervenirea schimbărilor în evoluția bolii și în conduita terapeutică.

Specialistul de profil poate recomanda medicamente compensate pe care le va prescrie medicul de familie, iar la necesitate, în cadrul aceluiași caz de boală, specialistul de profil poate consulta un alt medic specialist în baza înscrierii în fișa medicală sau a biletului de trimitere eliberat pentru altă instituție medicală. Dacă instituția specializată de ambulatoriu nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor în volum deplin, atunci ele vor fi efectuate fără plată în alte instituții medico-sanitare, în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist.

Asistență medicală spitalicească se acordă atunci, când toate posibilitățile asistenței medicale în condiții de ambulatoriu au fost epuizate ori starea sănătății necesită a fi supravegheată în condiții de spital. Doar persoanele asigurate nu plătesc serviciile medicale acordate în spital. Spitalizarea poate fi:

- programată, cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie ori specialist;
- urgentă, prin intermediul asistenței medicale de urgență, sau prin adresare directă în secția de internare.

Instituții medico-sanitare publice care prestează astfel de servicii se găsesc la nivel de raioane, municipii, departamentale și republicane. Numai medicul specialist are dreptul să elibereze bilet de trimitere pentru spitalizarea în instituțiile de nivel republican. La nivel de asistență spitalicească persoanelor le sunt garantate: consultații și investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratamentul medical/chirurgical (inclusiv anestezia), îngrijire, medicamente, consumabile, cazare și alimentație. Doar copii cu vârsta de până la 3 ani sunt spitalizați cu părintele sau tutela, cărora le sunt garantate serviciile de cazare și de alimentație. Dacă instituția spitalicească nu dispune de capacități de efectuare a investigațiilor de laborator și instrumentale în volum deplin, atunci ele vor fi efectuate în baza biletului de trimitere gratuit la alte instituții medicale. Durata de internare în spital nu este limitată prin acte normative, ea este individuală pentru fiecare caz

concret și depinde de starea de sănătate. Decizia referitor la durata de internare este luată de către medicul curant și/sau consiliul medical. Volumul și calitatea serviciilor acordate beneficiarului trebuie să corespundă cu protocoalele clinice naționale și standardele medicale de diagnostic și tratament aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.

Serviciile medicale de înaltă performanță sunt servicii de diagnostic costisitoare efectuate la aparataj medical, cu randament ridicat. Doar persoanele asigurate nu plătesc pentru serviciile de înaltă performanță. Persoanele asigurate pot beneficia de servicii de înaltă performanță în condiții de ambulatoriu numai în baza biletului de trimitere eliberat de medicul specialist de profil care activează în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală. În situația în care o persoană este internată în spital, serviciile medicale de înaltă performanță sunt acordate gratuit, în cazurile când sunt prescrise la indicația medicului curant sau consultant. Unele servicii de înaltă performanță necesită programare în listele de așteptare. Programarea se efectuează de către medicul specialist care a indicat investigația, lista de așteptare pentru serviciile medicale de înaltă performanță este o practică mondială, iar perioada de timp până la prestarea serviciului de înaltă performanță conform listei de așteptare depinde de capacitatea utilajelor performante, numărul persoanelor înscrise și resursele financiare disponibile în Fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Îngrijiri comunitare, paliative și la domiciliu sunt servicii medicale acordate persoanelor asigurate care suferă de maladii cronice în stadii avansate (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/ sau au avut intervenții chirurgicale mari și prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medicală. Acest tip de servicii sunt o oportunitate doar pentru persoanele încadrate în SAOAM și sunt oferite în cadrul hospice-ului și la domiciliu de către prestatorii autorizați, contractați de către CNAM în baza biletului de trimitere de la medicul de familie/specialist. Îngrijirile medicale la domiciliu sunt efectuate de către asistentul medical sub supravegherea medicului care a indicat serviciul și în cadrul vizitei la domiciliu pacientul este asigurat de către prestator cu medicamentele și materialele consumabile necesare. Lista manoperelor medicale de care beneficiază pacientul în cadrul îngrijirilor la domiciliu se găsește în anexa nr.3 la Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

O sistematizare schematică a acestor tipuri de servicii medicale a fost elaborată de către autor în figura ce urmează:

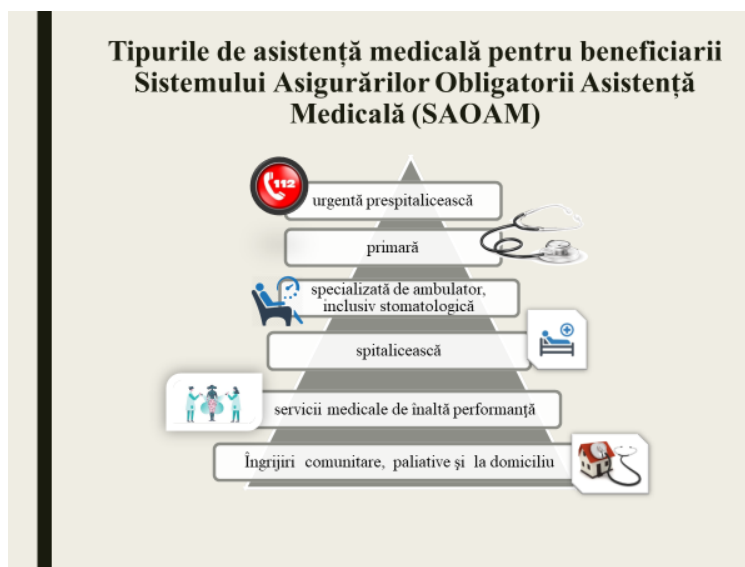


Figura 2.1. Sistematizarea tipurilor de servicii de asistență medicală în R.M.

Autorul consideră oportun după efectuare unei astfel de ample clasificări și descrieri a principalelor tipuri de servicii medicale prestate la nivel național, prezentarea unei clasificări proprii a subiecților , și anume a beneficiarilor de servicii medicale , având în vedere specificul fiecărui tip de serviciu.

Tabel 2.1. Clasificarea beneficiarilor de servicii medicale după tipul fiecărui serviciu de asistență medicală

Tipul de Serviciu	Specificul Serviciului	Gradul de Urgență	Asigurat /neasigurat	Cheltuieli Acoperite	Capacitatea de alegere a prestatorului	Terminologia adecvată pentru beneficiar	Legislația Aplicabilă în caz de Litigii
Urgentă Prespitalicească	Prestat de la locul săvârșirii accidentului și până la transportarea către prestatorul de servicii	Urgent	Garantat pentru toată populația, indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat	Integral de FAOAM	Lipsa	Pacient	Legislația specifică dreptului medical, în special Legea ocrotirii sănătății, Legea privind drepturile și responsabilitățile pacienților etc.

Primară	Activități de profilaxie și consultanță acordate de CMF	Non urgent, la apariția simptomelor	Garantat pentru toată populația, indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat	Integral de FAOA M, dar contra cost în lipsa unei programe sau adresări de urgență la specialiști	Capacitate limitată, persoana se adresează în raza domiciliului, dar poate contra cost alege prestatorul	Consumator	Legislația specifică sectorului medical dar și Legislația consumeristă
Specializată de ambulator	Servicii acordate de medicul specialist de profil în tratamentul care nu necesită spitalizare	Non urgent, la apariția simptomelor	Gratuit doar pentru persoanele asigurate	Pentru asigurații FAOA M, în rest servicii suportate de beneficiar	Accesul doar în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, capacitate liberă de alegere	Consumator	Legislația specifică sectorului medical dar și Legislația consumeristă
Spitalicească	Tratament administrat prin spitalizare	Urgent sau cu programe	Gratuit doar pentru persoanele asigurate	Pentru asigurații FAOA M, în rest servicii suportate de beneficiar	Accesul doar în baza biletului de trimitere de la medicul specialist, Capacitatea de a alege este limitată	Pacient / consumator !. N.B. Medicul reacționează mult mai amical când știe că operează cu un pacient, vs situației când actul său este comercial fiindcă are în față un consumator.	Legislația specifică sectorului medical dar și Legislația consumeristă

Servicii Medicale de înaltă performanță	Diagnostic cu aparate costisitoare	Prin programe	Gratuit doar pentru persoanele spitalizate sau în baza biletului de trimitere de la medicul specialist în baza listei de așteptare	Pentru asigurații FAOA M în limita fondurilor, în rest servicii suportate de beneficiar	Accesul doar în baza biletului de trimitere de la medicul specialist, Libera Capacitatea de alegere în cazul serviciilor contra plată	Consumator	Legislația specifică sectorului medical dar și Legislația consumeristă
Îngrijiri comunitare, paliative și la domiciliu	servicii medicale acordate persoanelor asigurate care suferă de maladii cronice în stadii avansate	Non urgent	doar pentru persoanele încadrate în SAOAM și sunt oferite în cadrul hospice-ului și la domiciliu de către prestatorii autorizați, contractați de către CNAM în baza biletului de trimitere de la medicul de familie/specialist.	Integral de FAOA M	Lipsa capacității de alegere, doar în cazul serviciilor contra plată se poate alege prestatorul	Pacient/consumator (pentru serviciile contra plată)	Legislația specifică sectorului medical dar și Legislația consumeristă

Argumentarea prezentei sistematizări vine din considerentul faptului că nu putem oferi o uniformizare a beneficiarilor de servicii medicale având în vedere specificul prestării acestora. Există evident o serie de incompatibilități în ceea ce privește asimilarea pacientului cu consumatorul de servicii medicale, și anume aceste incompatibilități determină o cercetare aprofundată a situațiilor când beneficiarul de servicii medicale poate fi numit consumator. Evident, suntem în prezența a mai multor rapoarte de drept distincte cu subiecți distincți. Într-un caz avem drept subiecți în cadrul

raportului de consum , pe de o parte agentul economic și pe de altă parte consumatorul, pe când în cadrul actului clinic vorbim despre prestator de servicii medicale (care se prezintă sub forma unor multitudini de subiecți specifici) și pacient (potrivit legislației naționale).

În situațiile când persoana este lipsită de capacitatea de a alege prestatorul fiind impus de starea sa fizică afectată de o maladie, sau de un accident, vorbim că acest beneficiar al serviciilor medicale este un pacient în tot sensul cuvântului, în special în situații când i s-au adus vătămări corporale sau are loc o înrăutățire a stării sănătății și un risc iminent pentru viață. Totuși, dacă acesta apelează la servicii de asistență medicală primară, iar medicul în cadrul actului medical încalcă drepturile beneficiarului de servicii medicale, acesta își poate revendica și apăra drepturile considerându-se consumator, evident pentru cazurile care nu cad sub incidența malpraxisului.

După abordarea tipurilor de servicii de sănătate oferite în Republica Moldova, este oportun să clarificăm și cine sunt acei actori din sistemul de ocrotire a sănătății care prestează sau facilitează prestarea acestor servicii. Conform HG nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate [67] și reieșind din legislația în vigoare, se pot determina următorii subiecți din sistemul de ocrotire a sănătății:

1. *Parlamentul Republicii Moldova* este cel care asigură baza legislativă și suportul strategic pentru promovarea și ocrotirea sănătății. Constituția Republicii Moldova prevede în cadrul art. 60: „Parlamentul este organul reprezentativ suprem al poporului Republicii Moldova și unica autoritate legislativă a statului” [26]. Inițiativa legislativă – constituie punctul de plecare în făurirea normelor juridice, general obligatorii [31]. Legea Republicii Moldova nr. 411 din 28.03.95 cu privire la ocrotirea sănătății stabilește principiile fundamentale ale ocrotirii sănătății populației Republica Moldova, structura sistemului de ocrotire a sănătății, competența autorităților administrației publice centrale și locale în domeniul asigurării sănătății populației, drepturile și obligațiunile populației în asigurarea sănătății, tipurile de asistență medicală și modul de acordare a acestora, asistența medicală în cazuri de urgență și în cazuri extremale, asigurarea medicală a unor categorii ale populației, asistența farmaceutică și de protezare, reabilitarea și expertiza medicală [71]. Legea ocrotirii sănătății conform art. 4, al.6 prevede că Parlamentul reorganizează, prin acte legislative, sistemul național de sănătate, domeniul medicamentului și al activității farmaceutice;
2. *Guvernul* are rolul de a coordona implementarea și monitorizarea strategiilor naționale și programelor care au impact asupra sănătății; asigură corelarea politicilor guvernamentale de

alocare a resurselor financiare cu cadrul implementării priorităților strategice și a obiectivelor-cheie ale ocrotirii sănătății în conformitate cu Politica Națională a Sănătății;

3. *Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale* care formulează politici în domeniul sănătății și asigură planificarea strategică a sistemului sănătății la diferite niveluri; creează un mediu de reglementare adecvat și asigură corespunderea între obiectivele politicii, organizarea, finanțarea și gestionarea în sistemul sănătății; asigură dirijarea sistemului sănătății, definește standarde, setează prioritățile și le abordează în cadrul pachetului de servicii; asigură un mediu favorabil pentru colaborarea între sectoare și mobilizarea socială; reglementează și monitorizează calitatea serviciilor din domeniul sănătății;
4. *Ministerele de resort* ce reflectă obiectivele sănătății în politicile sectoriale prin actualizarea cadrului lor legal; implementează strategiile și programele intersectoriale privind fortificarea sănătății populației;
5. *Academia de Științe a Moldovei* oferă consultanță privind politica în domeniul sănătății și în toate domeniile de dezvoltare a țării ce au impact asupra sănătății populației, în baza abordărilor științifice; asigură corelarea direcțiilor strategice și prioritare ale științei și inovării, a proiectelor și programelor științifice în contextul Politicii Naționale a Sănătății; coordonează evaluarea etiopatogenica a celor mai răspândite maladii, precum și elaborarea și transpunerea în practică a unor metode și tehnici noi de diagnostic, tratament, profilaxie, reabilitare și control epidemiologic al maladiilor;
6. *Autoritățile administrației publice locale* transpun strategiile naționale de sănătate în planuri și programe de sănătate la nivel raional și local; asigură implementarea și monitorizarea acestora, precum și implicarea comunității locale în procesul de luare a deciziilor și de realizare a lor;
7. *Compania Națională de Asigurări în Medicină* organizează acumularea mijloacelor financiare în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; finanțează asistența medicală necesară persoanelor asigurate în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și măsurile orientate spre prevenirea maladiilor; efectuează controlul volumului și calității asistenței medicale acordate persoanelor asigurate;
8. *Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate* organizează și desfășoară procesul de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare și a întreprinderilor farmaceutice;
9. *Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP)* [65]. Agenția este autoritate

administrativă subordonată Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, cu subdiviziuni teritoriale – centre de sănătate publică, responsabilă de implementarea politicii statului în domeniile de activitate ce îi sînt încredințate, și este singurul organ de control în domeniul sănătății publice în Republica Moldova. În Monitorul Oficial din 20 septembrie curent Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a publicat Ordinul nr. 999 din 10 septembrie 2019 cu privire la modificarea Ordinului MSMPS nr. 1346/2018 *cu privire la aprobarea listelor de verificare aplicate în cadrul controlului de stat asupra activității de întreprinzător de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică. Conform ordinului ANSP* va efectua controlul respectării legislației privind protecția consumatorilor în domeniul produselor medicamentoase, farmaceutice și parafarmaceutice, al serviciilor prestate de instituțiile farmaceutice și medicale, precum și în domeniul altor produse și servicii puse la dispoziția consumatorului de întreprinderile și instituțiile farmaceutice și medicale. Astfel, este publicată și **Lista de verificare** pentru acest domeniu, care conține 15 întrebări ce țin de existența Registrului de reclamații, înregistrarea petițiilor consumatorilor în registrul de reclamații și examinarea lor în termenii stabiliți, oferirea de către vânzător/ prestator a informațiilor referitor la evaluarea conformității și, după caz, documentele tehnice care trebuie să însoțească produsul ori serviciul, depistarea produselor farmaceutice cu publicitate neconformă caracteristicilor produsului etc. Potrivit normelor anterioare, **ANSP era responsabilă de 3 domenii de control:** controlul de stat al instituțiilor medico-sanitare; controlul în domeniul activității farmaceutice, circulației medicamentelor, produselor parafarmaceutice; dispozitivelor medicale și controlul respectării legislației în domeniul sănătății publice. Controalele se efectuează în conformitate cu *Metodologia controlului de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei riscurilor*.

10. *Instituțiile medico-sanitare* și de sănătate publică efectuează intervenții preventive și curative, monitorizează implementarea programelor de promovare a sănătății și de prevenire a maladiilor;
11. *Medicii și alți lucrători medico sanitari și farmaciștii* - acordă asistență medicală și farmaceutică oportună și calitativă pentru cetățeni. Legea cu privire la exercitarea funcției de medic prevede că sănătatea omului reprezintă valoarea supremă cu caracter personal și social, iar medicul este obligat, prin utilizarea tuturor capacităților și cunoștințelor profesionale, să contribuie la protejarea sănătății populației, să combată orice formă de cruzime și înjosire a

demnității umane, păstrând respectul față de ființa umană[76]. Poate exercita profesiunea de medic de familie persoana care îndeplinește condițiile prevăzute la art.4 din Legea nr.264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;

12. *Organizațiile nonguvernamentale* contribuie la menținerea sănătății prin participarea în programe și proiecte tematice; întrețin legături cu reprezentanții tuturor păturilor sociale, facilitând dialogul social;
13. *Agenții economici* asigură condiții adecvate de muncă, orientate spre desfășurarea unei activități inofensive pentru mediul ambiant și sănătatea angajaților;
14. *Mass-media* abordează obiectiv problemele de sănătate și informează populația într-un mod accesibil despre măsurile și metodele de profilaxie a maladiilor și modul sănătos de viață;
15. *Partenerii internaționali* colaborează și cooperează tehnic cu autoritățile naționale în domeniile prioritare de sănătate;
16. *Cetățeanul* participă la luarea deciziilor în problemele de sănătate, este responsabil de sănătatea proprie, a membrilor familiei și a concetățenilor.

Analiza detaliată a rolului individual a instituțiilor din sector este prezentată în figura ce urmează:

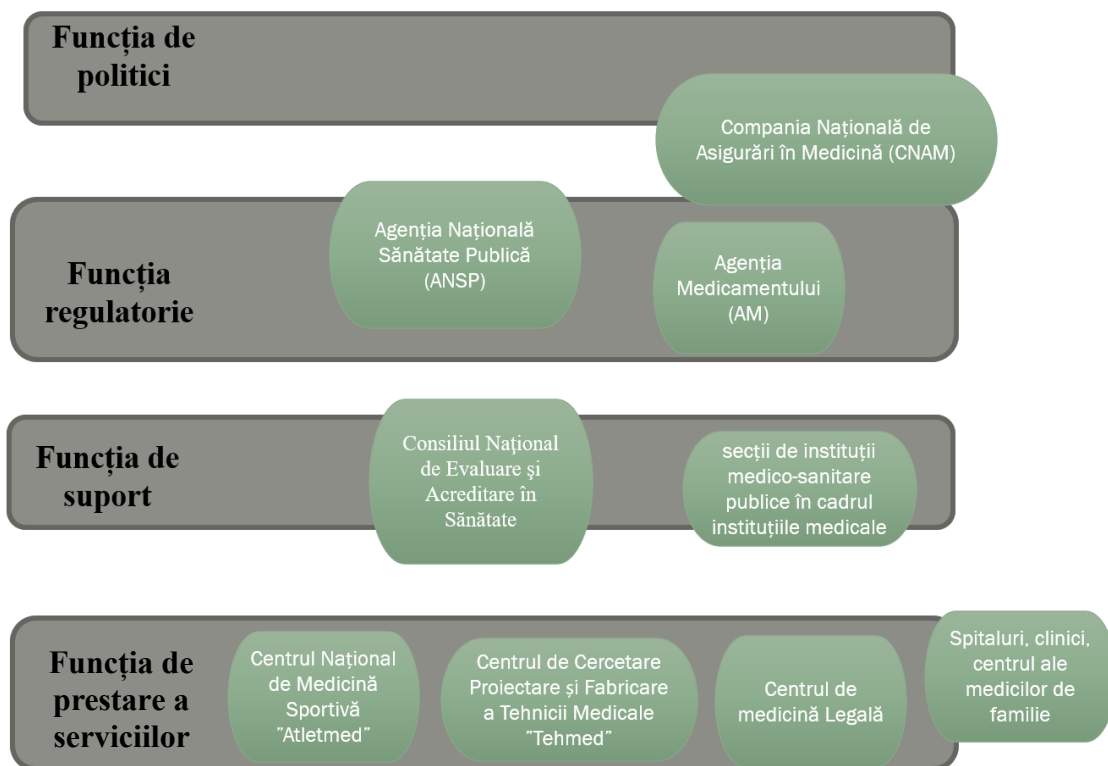


Figura 2.2. Analiza instituțională și funcțională a sistemului de sănătate în

R.Moldova

Observația principală este că o parte din instituțiile din sector cumulează câteva funcții sectoriale incompatibile. Spre exemplu, Agenția medicamentului exercitnd funcția sectorială regulatorie (certificarea medicamentelor), de facto exercită funcția de elaborare de politici în acest domeniu (Ministerul avînd un rol secundar), CNAM de facto elaborează politica de asigurare, Centrul de Management Sanitar, afară de funcțiile de suport (colectarea datelor, informațiilor sectoriale), exercită funcția de reglementare prin acreditarea dispozitivelor și echipamentelor sau exercitarea funcției de politici prin elaborarea politicii de prețuri. Acestea cumulări de funcții creează ineficiențe și distorsiuni de politici în sectorul de sănătate pe termen mediu și lung. Principiile OECD privitor la funcțiile sectoriale, inclusiv separarea funcțiilor sectoriale sunt postulate în baza argumentelor care reiese din economia instituțională, practicile pozitive de funcționare a instituțiilor publice avînd ca reper impactul politicilor publice produse de acestea instituții, principiile și aplicarea reformelor regulatorii. Astfel, prezența simultană a funcției de politici și a funcției regulatorii formează un cost suplimentar public, reduce calitatea și eficiența politicii publice. Cumularea funcției de politici și a funcției de suport sau de prestare a serviciilor distorsionează valoarea politicii publice.

Gulian M., în teza sa de doctor ” *Reponsabilitatea și răspunderea juridică în domeniul ocrotirii sănătății*” clasifică subiecții în cadrul răspunderii în domeniul ocrotirii sănătății în dependență de caracterul raporturilor juridice la care pot participa [59,p.135]:

A. Principali , aceștia fiind:

- Prestatorul de servicii medicale, care poate fi public sau privat
- Unitățile medico-sanitare și farmaceutice, de asemenea publice sau private
- Medicul și lucrătorul medical
- Consumatorii de servicii medicale;
- Pacientul;
- Persoana care participă benevol în calitate de subiect uman în cercetările bio-medicale

B. Auxiliari, aceștia fiind:

- Asiguratul și asiguratorul;
- Ministerul Sănătății;
- Instituțiile de învățământ medical.

Suntem parțial de acord cu clasificarea prezentată de Gulian, avînd în vedere că aceasta vede drept doi subiecți distincți pacientul și consumatorul de servicii medicale, astfel considerăm oportun propunerea unei alte clasificări avînd la bază același criteriu, și anume:

A. Subiecți care participă **direct** la raportul juridic:

- Prestatorul public sau privat de servicii medicale, aici incluzându-se atât unitățile medico-sanitare și farmaceutice, cât și medicul și lucrătorul medical.
- Beneficiarii de servicii medicale (referindu-ne atât la noțiunea de pacient cât și consumator de servicii medicale)
- Persoana care participă benevol în calitate de subiect uman în cercetările bio-medicale

B. Subiecți care participă **indirect** la raportul juridic

- Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
- Asiguratul și asiguratorul;
- Instituțiile de învățământ medical.

Conform legii nr.263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului , art.1, prestatori de servicii de sănătate reprezintă instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica anumite genuri de activitate medicală și farmaceutică. Totodată legii ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995 , art. 4, indică că tipul acestora, și anume prestatorii publici (instituțiile medico-sanitare publice și autoritățile/instituțiile bugetare) sau privați. Instituția medico-sanitară publică se instituie prin decizie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale sau a autorității administrației publice locale, în baza nomenclatorului prestatorilor de servicii medicale. Instituția medico-sanitară publică departamentală se instituie prin decizie a autorității centrale de specialitate.

Conform art. 307 din Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107/2002 [19]:

(1) Instituția publică este persoană juridică de drept public care se constituie în baza unui act emis de autoritatea publică și care este finanțată, integral sau parțial, de la bugetul acesteia din urmă.

(2) Fondatorul răspunde pentru obligațiile instituției publice în măsura în care patrimoniul acesteia nu este suficient pentru stingerea lor.

(3) Instituția publică este în drept să desfășoare activitatea neinterzisă de lege, care ține de realizarea scopurilor prevăzute de lege sau statut.

(4) Activitatea care, conform legii, este supusă licențierii poate fi practică de instituția publică doar după obținerea licenței, dacă legea nu prevede altfel.

(5) Pentru desfășurarea activității de întreprinzător care nu rezultă nemijlocit din scopul prevăzut în statut, instituția publică poate constitui, singură sau împreună cu alte persoane juridice de

drept public, societăți cu răspundere limitată sau societăți pe acțiuni. Instituția publică poate constitui societăți cu răspundere limitată sau societăți pe acțiuni împreună cu persoane juridice de drept privat în condițiile legislației privind parteneriatul public-privat.

Raportând norma de la alin. (1) al art. 307 din Codul civil al Republicii Moldova la cea de la art. 4 alin. (2) din Legea nr. 411 din 28 martie 1995, se confirmă statutul de instituție publică al instituțiilor medico-sanitare publice, or, acestea sunt constituite în temeiul unui act emis de o autoritate publică, și anume – prin decizie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (autoritate administrativă publică centrală de specialitate) sau a autorității administrației publice locale de nivelul II. Aceeași normă a Codului civil al Republicii Moldova statuează că instituția publică este finanțată integral sau parțial, de la bugetul autorității publice care constituie instituția publică, adică de la bugetul Fondatorului. În context, observăm că responsabilitatea Fondatorului pentru finanțarea instituției publice este reglementată, indiferent de principiile de activitate ale acesteia – de autofinanțare sau nu.

Conform Regulamentului nr. 03/20-99 din 26 aprilie 2006 [122], *„instituția încadrată în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală se instituie, în conformitate cu alineatul (2) articolul 4 din Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995 și punctul 1) alineatul (1) articolul 49 din Legea privind administrația publică locală nr.123-XV din 18.03.2003, prin decizie a Ministerului Sănătății și Protecției Sociale sau a autorității administrației publice locale de nivelul II”*. Prin urmare, din categoria instituțiilor medico-sanitare publice, în SAOAM pot fi încadrate cele care au fost constituite de autoritatea administrativă publică centrală de specialitate în domeniul sănătății (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale) și instituțiile medico-sanitare raionale, municipale și cele constituite de autoritățile unității teritoriale autonome cu un statut special Găgăuzia (Gagauz-Yeri).

Legislația națională din domeniul protecției consumatorului ne oferă o definiție a profesionistului, care efectiv poate fi numit un actor pe piața serviciilor de sănătate, și anume ” are calitatea de profesionist orice persoană fizică sau juridică de drept public sau de drept privat care, în cadrul unui raport juridic civil, acționează în scopuri ce țin de activitatea de întreprinzător sau profesională, chiar dacă persoana nu are scopul de a obține un profit din această activitate [16, art.3 alim(2)]”. Doctrina și jurisprudența prezintă profesionistul ca o persoană care acționează în cadrul unei activități de producție, distribuție sau prestare de lucrări sau servicii, fiind de fapt un antreprenor comercial, artizanal, agricol etc.

Atunci când menționăm sau enunțăm gânduri și idei referindu-ne la noțiunea de sănătate, presupunem de facto serviciile de sănătate. Totuși, nu este de ignorat și partea mai puțin vizibilă a acestor servicii, și anume prevenirea, care de fapt joacă un rol esențial în cadrul relației stabilite dintre indivizii care beneficiază de serviciile de sănătate și prestatorii acestor servicii.

Elementul cheie în abordarea noastră tematică o constituie relațiile sociale dintre prestatorii de servicii medicale și consumatorii de servicii medicale precum și relațiile sociale conexe acestora.

Subiecții raportului de sănătate sunt, de obicei, medicii, pacienții și acea instituție medicală unde are loc realizarea actului medical. Totuși, o atare calitate este atribuită și altor persoane, precum funcționarii publici sau ai unor organisme specifice profesiei de medic (ex: asociațiile profesionale ale medicilor) dar și statul.

Sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală este în continuă perfecționare. An de an statul își propune prin politicile sale să lanseze și să implementeze inițiative care ar avea drept rezultat creșterea gradului de satisfacție a beneficiarului în cadrul sistemului. Analiza sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală a permis autorului să depisteze necesitatea revizuirii strategiei de dezvoltare instituțională prin care să se tindă diminuarea lacunelor existente în sistemul de asigurare pentru a face față provocărilor impuse de creșterea continuă a necesităților populației. O noua strategie ar permite: implementarea noilor metodologii de planificare și achiziționare a serviciilor medicale reieșind din necesitățile cetățenilor, contractând cele mai competitive instituții medico-sanitare; consolidarea capacităților instituționale în achiziționarea strategică a serviciilor medicale pentru prevenirea bolilor transmisibile și netransmisibile prin utilizarea și monitorizarea eficientă a fondului de profilaxie; revizuirea metodologiei de finanțare și monitorizare a proiectelor de dezvoltare și modernizare, concentrându-ne pe proiecte de importanță națională; fortificarea activității de evaluare și monitorizare a corectitudinii și performanței utilizării resurselor financiare din FAOAM, prin orientarea spre auditul clinic etc.

Este binevenit faptul că pentru asigurarea unui nivel mai înalt de transparență în prestarea serviciilor medicale și în utilizarea mijloacelor financiare destinate acestora, s-a creat și s-a dezvoltăm un sistem informațional integrat, care permite evidența serviciilor medicale, să ofere posibilitatea cetățenilor să efectueze programări online la serviciile medicale de înaltă performanță prin libera alegere a prestatorului, iar prin implementarea SIA „Asistența Medicală Primară” și SIA „Asistența Medicală Spitalicească” la nivelul tuturor IMS, CNAM monitorizează serviciile medicale prestate și

achitate, precum și medicamentele compensate, prescrise de către IMS și eliberate de farmaciile contractate.

2.2.2 Instituțiile medico-sanitare în calitate de prestatori de servicii medicale private

Așa cum a fost menționat, în calitate de prestatori de servicii medicale pot fi atât instituțiile medico-sanitare publice cât și cele private. În calitate de unități medico-sanitare și farmaceutice pot apărea întreprinderile, instituțiile și organizațiile înregistrate în modul stabilit care au ca și gen de activitate acordarea serviciilor de asistență medicală și farmaceutică.

În ultimele decenii, populația lumii s-a bucurat de îmbunătățiri uimitoare în domeniul serviciilor medicale. Cu toate acestea, persistă un set descurajant de deficite de sănătate și disparități, în special pentru populațiile sărace și vulnerabile din lume. În țările dezvoltate, speranța de viață este de 78 de ani, în timp ce în țările în curs de dezvoltare este de doar 67 - iar în opt țări, în principal în Africa, este mai mică de 50. În țările dezvoltate, mortalitatea infantilă este de doar șase la mie, în timp ce în cele în curs de dezvoltare este 46 de mii. Cheltuielile cu sănătatea diferă și ele: țările cu venituri mari cheltuiesc de peste 12 ori mai mult per persoană decât țările cu venituri medii și de peste 75 de ori mai mult decât țările cu venituri mici. Pentru a înrăutăți lucrurile, în multe dintre țările cu venituri mici și medii bolile care nu sunt transmisibile, sunt în creștere, inclusiv diabet, cancere, probleme respiratorii și afecțiuni legate de inimă. Este evident faptul că aceste probleme de sănătate reprezintă o preocupare gravă: populațiile bolnave subminează puterea economică, țesutul social și stabilitatea politică a societății. Ele sunt, de asemenea, o sursă de frustrare, deoarece intervențiile adecvate pentru prevenirea sau abordarea directă a celor mai mari riscuri pentru sănătate există deja. Principala provocare constă în aducerea acelor intervenții către membrii societății. Din fericire, apare o nouă sursă de speranță - întreprinderile private inovatoare și scalabile care prestează servicii medicale de calitate, utilizând cele mai noi, dar și cele mai costisitoare metode de investigații și tratament.

Totuși, ar fi binevenită o explicație, ce sunt de fapt serviciile private în domeniul sănătății și cine sunt acei prestatori. Sectorul sanitar privat sau independent este format din spitale și clinici care sunt administrate independent. În mod normal, sunt conduse de o companie, deși unele pot fi administrate de organizații de caritate sau organizații cu non-profit. Dacă doriți să utilizați serviciile unui furnizor de servicii medicale private, sunteți responsabil pentru taxele plătite, deoarece statul subvenționează doar unele dintre costurile pentru asistența medicală privată.

Capacitatea juridică a prestatorilor apare odată cu înregistrarea de stat. Prestatorii privați de servicii medicale/medicale pot fi contractați în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală dacă sunt acreditați pentru prestarea serviciilor respective în conformitate cu legea nr.552 din 18.10.2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate.

Legea ocrotirii sănătății nr 411 din 28.03.1995, prevede la art. 9 Condițiile de activitate a **prestatorilor privați** de servicii medicale și anume, enunță că pentru acordarea asistenței medicale, prestatorii privați de servicii medicale trebuie să respecte următoarele condiții de activitate [71]:

- a) prestatorul privat de servicii medicale trebuie să fie inclusă în Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;
- b) prestarea serviciilor medicale pentru genul de activitate solicitat trebuie să corespundă Nomenclatorului specializărilor profesionale, aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;
- c) prestatorul privat de servicii medicale trebuie să dețină autorizație sanitară pentru genul de activitate practicat;
- d) prestatorul privat de servicii medicale trebuie să dețină certificat de acreditare.

Acreditarea este o procedură prin care autoritatea națională de evaluare și acreditare în sănătate recunoaște, în mod oficial, că o unitate medico-sanitară sau farmaceutică, personalul acesteia sânt competente să execute activitățile specifice profilului ei în conformitate cu standardele și prevederile legilor din domeniul medicinei și farmaciei [78,art.2].Acreditarea prestatorilor de servicii medicale se realizează de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (în continuare CNEAS) pe lângă MSMPS. Conform articolului 18 alin. (2) din Legea nr. 129 din 08.06.2012, acreditarea prestatorilor de servicii medicale se efectuează de către Consiliul Național de Acreditare a Prestatorilor de Servicii Sociale, în coordonare cu CNEAS, în componența grupurilor de experți fiind incluși specialiști de profil din domeniul sănătății [78].

Unitățile medico-sanitare și farmaceutice de stat și private sunt supuse evaluării și acreditării, în mod obligatoriu, o dată în 5 ani. Legea stabilește că administrația unității medico-sanitare nou-înființate, în cel mult un an de la începutul activității, urmează să solicite evaluarea și acreditarea acesteia. După evaluare și acreditare, o dată pe an, unitățile medico-sanitare sunt supuse evaluării curente pe parcursul întregului termen de acreditare, în conformitate cu legile din domeniul medicinei .În procesul de evaluare și acreditare, instituțiile și întreprinderile medico-sanitare și

farmaceutice achită, din contul mijloacelor financiare proprii, cheltuielile ce țin de evaluarea inițială și de evaluarea curentă anuală. Taxele pentru evaluarea instituțiilor și a întreprinderilor medico-sanitare private sunt stabilite în Anexă la Legea nr. 552 din 18.10.2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate.

Pentru obținerea certificatului de acreditare, prestatorul de servicii medicale prezintă dovadă că, în conformitate cu Legea ocrotirii sănătății, Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, și cu alte legi în vigoare, dispune de:

- a) spații proprii sau arendate, conforme normelor sanitaro-igienice, dotate cu utilajele corespunzătoare pentru realizarea procesului de diagnosticare și tratament;
- b) bază pentru organizarea procesului de studii în spitalele clinice (baza tehnico-materială corespunzătoare cerințelor legale în domeniul medicinei. În acest sens, unitatea medico-sanitară trebuie să dispună de spații proprii sau arendate, conforme normelor sanitaro-igienice, dotate cu utilajele corespunzătoare pentru realizarea procesului de diagnosticare și tratament și de servicii auxiliare suficiente pentru desfășurarea genurilor de activitate autorizate (art. 5 alin. (2) din Legea nr. 552/18.10.2001) [78];
- c) servicii auxiliare suficiente pentru desfășurarea genurilor de activitate autorizate;
- d) personal administrativ (director, director adjunct, șef de secție sau filială, farmacist diriginte) constituit, de regulă, din specialiști în medicină ori farmacie, cu categorii de calificare sau cu titluri și grade științifice în domeniul profesat;
- e) personal medical și farmaceutic ce posedă competență necesară pentru a corespunde standardelor din domeniul respectiv, respectând normele ergonomice, praxiologice, deontologice și ale eticii medico-farmaceutice (Profesionalismul personalului medico-sanitar. Personalul administrativ al unităților medico-sanitare pasibile de evaluare și acreditare (director, director adjunct, șef de secție sau filială) trebuie să fie constituit din specialiști în medicină, cu categorii de calificare sau cu titluri și grade științifice în domeniul profesat. Personalul medical trebuie să posede competența necesară pentru a corespunde standardelor din domeniul respectiv, să respecte normele ergonomice, praxiologice, deontologice și ale eticii medico-farmaceutice (art. 6 din Legea nr. 552/18.10.2001)) [78].

Codul Civil al Republicii Moldova [19] , după ultimele modificări care au intrat în vigoare 01.03.2019 , în cadrul capitolului XI, secțiunea a 6-a , vizează raporturile legale dintre prestatorul de

servicii de tratament și pacient contractate contra plată. Prin termenul de servicii de tratament în contextual secțiunii date se înțelege nu doar prestația de servicii ce vor duce la schimbarea stării fizice sau mintale a persoanei ci și servicii de examinare preliminară ,ce presupune:

- chestionarea pacientului cu privire la starea de sănătate a acestuia, la simptome, boli suportate, alergii, tratamente anterioare sau alte tratamente curente, și de asemenea la preferințele și prioritățile privind tratamentul;
- diagnosticarea pacientului în baza investigațiilor biologice sau altor tipuri necesare de investigații;
- consultarea altor prestatori de servicii de tratament implicați în tratamentul pacientului.

Totuși dispozițiile art.1400 alin.(3) menționează că ” cazul în care nu este parte contractantă, pacientul este considerat terțul căruia contractul îi conferă drepturi corelative obligațiilor pe care prestatorul de servicii de tratament le poartă” [19].

În Republica Moldova începând cu finele anului 2014 s-a înființat Uniunea Instituțiilor Medico-Sanitare Private. În contextul unui sector medical privat subdezvoltat și al unei legislații imperfecte în domeniu, la data de 11 noiembrie 2014 Ministerul Sănătății a inițiat o întâlnire cu reprezentanții mediului medical privat, pentru a consolida sectorul și a stabili un dialog eficient între furnizorii privați de servicii medicale și autorități. În urma discuțiilor, 8 centre medicale private din Moldova au inițiat crearea unei asociații a furnizorilor privați de servicii medicale, cu scopul de a accelera dezvoltarea serviciilor medicale de calitate, competitive și accesibile pentru fiecare cetățean al Republicii Moldova. Pe data de 28 noiembrie 2014 Uniunea Instituțiilor Medico-Sanitare Private din Republica Moldova a fost înregistrată la Ministerul Justiției. În funcția de președinte al organizației a fost aleasă doamna Olga Șchiopu, director medical Medpark. Organizația și-a propus să devină o platformă care facilitează comunicarea dintre autorități și sectorul medical privat și public. Ministerul Sănătății a susținut fondarea asociației, deoarece acest fapt contribuie direct la dezvoltarea serviciilor medicale competitive. La scurt timp după înregistrare, pe 27 februarie 2015, UIMSP a devenit membră a prestigioasei Uniuni Europene a Spitalelor Private – European Union of Private Hospitals, confederație acreditată de Parlamentul European. Statutul de membru obținut de UIMSP este o reconfirmare a serviciilor de calitate oferite de medicina privată din Moldova, prestate conform celor mai înalte standarde internaționale.

Scopurile UIMSP stabilite prin statut sunt următoarele:

- a) Promovarea dezvoltării sectorului privat de ocrotire a sănătății;

- b) Participarea activă la elaborarea și implementarea politicilor statului în domeniul ocrotirii sănătății;
- c) Elaborarea propunerilor privind modificarea și armonizarea legislației Republicii Moldova în domeniu, cu asigurarea concurenței loiale între instituțiile de ocrotire a sănătății de diferite forme organizatorice;
- d) Promovarea și protejarea intereselor economice, profesionale și juridice ale instituțiilor private de ocrotire a sănătății;
- e) Dezvoltarea cooperării pe marginea parteneriatului public-privat (PPP) în domeniul ocrotirii sănătății.

Oportun ar fi să menționăm și despre prestatori de asistență medicală primară, care pot fi prestatorii atât publici cât și privați incluși în nomenclatorul prestatorilor de asistență medicală primară, aprobat prin ordinul Ministrului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Prestatori privați sânt cabinetele individuale ale medicului de familie și centrele medicilor de familie, care reprezintă forme de organizare a activității profesionale a medicului de familie, precum și alte entități private care prestează asistență medicală primară, conform regulamentelor aprobate de Minister. Prestatorii de asistență medicală primară sunt supuși înregistrării de stat și acreditării în conformitate cu legislația. Prestatorii de asistență medicală primară trebuie să dispună de încăperi ce corespund condițiilor de igienă stabilite în Regulamentul sanitar privind condițiile de igienă pentru instituțiile medico-sanitare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.663/2010, și să respecte normativele minime de personal și de dotare aprobate de Minister.

Cabinetul individual al medicului de familie și centrul medicilor de familie se înregistrează de către Agenția Servicii Publice conform procedurilor prevăzute de Legea nr.220/2007 privind înregistrarea de stat a persoanelor juridice și a întreprinzătorilor individuali [87], ținând-se cont de prevederile art.365 alin.(10) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995 [71].

Evaluarea și acreditarea cabinetului individual al medicului de familie și a centrului medicilor de familie se realizează conform Legii nr.552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, până la începerea prestării serviciilor medicale, în baza standardelor de evaluare și acreditare a prestatorilor de asistență medicală primară, aprobate de Minister [78]. Prestatorii nou-înființați se supun procedurii simplificate de acreditare, conform regulamentului cu privire la procedura de evaluare și acreditare în sănătate, aprobat de Minister, cu posibilitatea acreditării condiționate pe un termen de 6 luni, iar ulterior a acreditării complete. Prestatorii care continuă activitatea în aceleași condiții pentru care a

fost efectuată anterior evaluarea și acreditarea, dar își schimbă denumirea sau își modifică alte date reflectate în certificatul de acreditare vor beneficia de reperfectarea certificatului în condițiile Legii nr.552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate.

În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.988 din 10 octombrie 2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare, în scopul eficientizării asistenței medicale primare prin exercitarea independentă a profesiei de medic de familie în una din formele de organizare a activității profesionale prevăzute de legislație, a avut loc aprobarea Ordinului Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.1262 din 2.11.2018 *Despre unele măsuri pentru organizarea exercitării independente a profesiei de medic de familie.*

Astfel, prin acest ordin s-au determinat atribuțiile și obligațiile de bază a unui cabinet individual al medicului de familie. Cabinetul individual al medicului de familie prestează serviciile medicale de tipurile și spectrul stipulate în Nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale de medicină primară, aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, conform prevederilor art. 4 alin. (5) al Legii ocrotirii sănătății nr. 411–XIII din 28 martie 1995, în conformitate cu actele normative. De asemenea acesta prestează servicii medicale de bază, servicii medicale extinse și servicii medicale adiționale, conform actelor normative populației pe lista medicului de familie în modul stabilit de actele normative și, după caz, servicii de bază populației mai multor practici adiacente, (în cazul absenței în aceste practici a medicului de familie titular, obținute în baza unui contract de reciprocitate), prevăzute de actele normative. Activitățile medicale se desfășoară la sediul cabinetului, la domiciliul pacienților, în alte locații special amenajate și autorizate sau la locul solicitării, în cazul intervențiilor de primă necesitate în urgențe ori în caz de risc epidemiologic.

Conform ordinului specificat, Medicul de familie, atât în cadrul IMSP publice cât și cele private are următoarele responsabilități:

- a. să posede competențe profesionale în conformitate cu standardele aprobate de către Minister;
- b. să constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, asigurând acces nediscriminatoriu pacienților;
- c. să folosească eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistența medicală acordată pacienților, cu referirea acestora la specialiștii de profil sau la tratament spitalicesc;
- d. să respecte obligațiile prevăzute la art.14 și art.362alin.(3) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995;

- e. să respecte obligațiile prevăzute la art.17 din Legea nr.264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;
- f. la atribuirea unei practici a medicului de familie, în cel mult 3 luni, să înceapă exercitarea profesiei pe teritoriul practicii;
- g. să încheie contracte de reciprocitate, conform modelului aprobat de Minister, cu unul sau mai mulți medici de familie titulari ai unor practici adiacente, pentru substituie în caz de absență pe un termen de până la 3 luni;
- h. să organizeze înregistrarea pe listele proprii a populației practicii care i-a fost atribuită și a populației practicilor transferate conform pct.23;
- i. să organizeze și să coordoneze prestarea serviciilor medicale de către cabinetul de medicină de familie în care activează;
- j. să respecte cerințele privind protecția datelor cu caracter personal ale pacienților;
- k. să respecte normele de comportament și de deontologie;
- l. să cunoască și să respecte normele securității și sănătății în muncă;
- m. să exercite alte responsabilități prevăzute de legislație.

În anul 2018 , conform CNAM, pentru prestarea serviciilor medicale au fost contractate 437 de instituții medico-sanitare [120].

Tabel 2.2. Instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM anii 2016-2018

Tipul Instituțiilor	2016	2017	2018
IMS Republicane	21	22	22
IMS Departamentale	10	10	10
IMS Municipale	34	34	34
IMS Raionale	303	302	301
IMS Private	64	67	70
TOTAL	432	435	437

Asistența medicală primară (în continuare -AMP) presupune prestarea serviciilor în baza principiului medicinei de familie, conform contractelor încheiate cu Compania și acordată de medicii de familie în cazul maladiilor și stărilor prevăzute în Programul unic. Pentru prestarea AMP în anul de gestiune au fost prevăzute mijloace în sumă de 1885,5 milioane MDL, acestea fiind valorificate în totalitate. Concomitent, cheltuielile pentru prestarea serviciilor de AMP au depășit cu 8,8 milioane MDL sau cu 0,5% cheltuielile efectuate în 2017. Cheltuielile pentru AMP pe cap de locuitor înregistrat la medicul de familie au constituit 405 MDL în 2018, costul mediu al unei vizite fiind de 132,9 MDL

sau cu 4,6% mai mult față de cel planificat (127,1 MDL). Estimarea volumului de servicii medicale pentru contractare în cadrul AMP s-a axat pe numărul total de persoane (asigurate și neasigurate), contractarea propriu-zisă de servicii de asistență medicală primară fiind realizată după principiul „per capita”. Astfel, pentru prestarea asistenței medicale primare, de către Companie au fost contractate 278 instituții medico-sanitare, inclusiv: 2 republicane, 20 municipale, 235 raionale, 5 departamentale și 16 private.

Cheltuielile pentru asistență medicală specializată de ambulator (în continuare – AMSA) au fost executate în sumă de 504,5 milioane MDL, constituind 7,7% din totalul cheltuielilor fondului de bază, realizarea fiind la nivel de 100%. Totodată, cheltuielile pentru AMSA s-au majorat față de anul precedent cu circa 81,0 milioane MDL sau cu 19,1%. Cheltuielile medii pentru AMSA per persoană asigurată, înregistrată la medicul de familie, au constituit în anul 2018 -224,4 MDL sau cu 11,2% mai mult față de valoarea indicatorului stabilit (201,7 MDL). Costul mediu al unei vizite la medicul specialist constituie 75,3 MDL, majorându-se cu 6,3 MDL față de costul planificat (69 MDL). Ca și în anii precedenți, AMSA a fost acordată în scopul stabilirii diagnosticului și tacticii de tratament la trimiterea medicului de familie, altor medici specialiști, la adresarea directă a persoanelor asigurate în caz de urgență și în cazul maladiilor specificate în lista afecțiunilor care, după confirmarea ca fiind caz nou, permit prezentarea direct la medicul specialist de profil din asistență medicală specializată de ambulator. Pentru prestarea asistenței medicale specializate de ambulator în anul 2018, Compania a contractat 123 de instituții medico-sanitare, și anume 17 instituții republicane, 21 de instituții municipale, 65 de instituții raionale, 5 instituții departamentale și 15 private [120].

Cea mai mare pondere (51,1%) în cheltuielile fondului de bază revine Subprogramului „Asistență medicală spitalicească”, pentru realizarea căruia în anul de gestiune au fost prevăzute mijloace în sumă de 3 368,4 milioane MDL, fiind valorificate în totalitate. În comparație cu anul precedent, aceste cheltuieli au crescut cu 250,3 milioane MDL sau cu 8,0%. Pentru prestarea asistenței medicale spitalicești (în continuare – AMS), Compania a contractat 79 de instituții medico-sanitare, inclusiv: 15 republicane, 10 municipale, 35 raionale, 7 departamentale și 12 private.

În scopul asigurării accesului populației la servicii de reproducere umană asistată medical, au fost contractate 3 IMS private pentru prestarea a 60 de proceduri de fertilizare in vitro în sumă de 1,9 milioane MDL. De facto, au fost efectuate 57 de proceduri în sumă de 1,8 milioane MDL, cu 27 de proceduri mai mult comparativ cu anul 2017. Costul pentru o procedură de fertilizare in vitro a constituit 31,7 mii MDL [120].

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, la care au dreptul persoanele asigurate, sunt acordate de prestatorii autorizați și contractați în cazul maladiilor cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau după intervenții chirurgicale mari, conform recomandărilor medicului de familie și medicului specialist de profil din secțiile spitalicești și de ambulator. Acoperirea financiară a acestor servicii a permis sporirea accesului persoanelor în etate, singuratice și cu dizabilități la acest tip de asistență medicală recomandată de Organizația Mondială a Sănătății. Pentru persoanele care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la instituțiile medico-sanitare, au fost contractate 148 de instituții medico-sanitare (136 instituții medico-sanitare publice și 12 private) fiind contractate servicii de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu în sumă de peste 57,0 milioane MDL. Pe parcursul perioadei de raportare, au fost efectuate peste 71 mii vizite comunitare și la domiciliu [120].

Parteneriatul Public-Privat (în continuare PPP) este o altă formă de contractare a prestatorilor privați în vederea prestării serviciilor medicale reglementată de legislația RM. Legea nr. 179 din 10.07.2008 cu privire la parteneriatul public-privat, definește PPP ca fiind un contract de lungă durată, încheiat între partenerul public și partenerul privat pentru desfășurarea activităților de interes public, fondat pe capacitățile fiecărui partener de a repartiza corespunzător resursele, riscurile și beneficiile. Conform legii, obiect al PPP poate fi orice bun, lucrare, serviciu public sau funcție executată de partenerul public, cu excepția celor interzise de lege. Partenerul privat poate fi persoana juridică de drept privat sau persoana fizică și/sau asociație a acestora, care a înaintat oferta în vederea stabilirii unui parteneriat public-privat și a devenit, în condițiile legii, parte într-un asemenea parteneriat. Această formă de contractare presupune o contribuție comună a ambilor parteneri pentru realizarea unor activități de interes public. În cadrul PPP, partenerul privat nu doar realizează o activitate, pentru care a fost contractat, ci și contribuie prin resurse proprii (financiare, materiale, tehnice, umane) la susținerea și desfășurarea ei, conform clauzelor contractului de parteneriat. În acest context, pentru a fi eligibili de a aplica la concursul de oferte pentru PPP, OSC-urile ofertante trebuie să dispună de mijloacele financiare suficiente pentru implementarea activităților propuse spre parteneriat. Deși cadrul legal existent privind PPP pare a fi permisiv pentru contractarea OSC-urilor, acest model de contractare nu a înregistrat nici un caz în care partenerul privat ar fi o organizație a societății civile [89].

Cadrul legal existent provoacă întrebări cu privire la posibilele modalități de realizare a PPP privind prestarea serviciilor medicale. Or, modalitățile reglementate în art. 19 alin. (1) din Legea nr.

179/10.07.2008 se referă în mare parte la administrarea bunurilor imobile de domeniul public și nu sunt aplicabile domeniului prestării serviciilor medicale. Deși aceste modalități de realizare a PPP nu sunt exhaustive (art. 19 alin. (2) Legea 179/10.07.2008), autoritățile publice contractante, din cauza capacităților administrative reduse de a aplica corect cadrul legal existent, nu încearcă să recurgă la alte modalități de contractare a PPP neinterzise de lege.

Persoanele asigurate necesită garantarea dreptului de a beneficia de asigurare medicală în momentul producerii riscului asigurat și pe întreaga perioadă de accesare a serviciilor medicale; garantarea dreptului de a fi tratat și deservit corect în cadrul sistemului de sănătate și a dreptului la libera alegere a prestatorului; informarea din surse sigure și adaptate nivelului de percepere a consumatorului a drepturilor și beneficiilor sistemului de asigurare, a volumului de servicii și medicamente compensate incluse în Programul unic. Totodată, persoanele asigurate au așteptări de la prestatorii de servicii medicale cu referire la facilitarea accesului la serviciile medicale primare, specializate de ambulator, de înaltă performanță, eliminarea barierelor birocratice și a plăților neformale. În sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, statutul de persoană asigurată garantează dreptul la servicii medicale necesare în volumul integral de asistență medicală prevăzut de Programul unic și acordat de prestatorii de servicii medicale contractați. Obligația de a se asigura medical o au atât cetățenii Republicii Moldova, cât și cetățenii străini, apatrizii cu reședința sau domiciliul permanent în țară. Pe lângă aceste categorii, beneficiari de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt copiii de vârstă preșcolară, elevii, studenții, gravidele, șomerii, persoanele cu dizabilități, persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă, mamele cu patru și mai mulți copii, donatorii de organe în viață și beneficiarii de protecție internațională.

În prezent, o persoană ce deține polița de asigurare obligatorie și are nevoie de a accesa sistemul de sănătate are câteva opțiuni: adresa către o instituție medicală publică sau una privată. În cazul unei adresări la medic în instituția publică, apar un șir de provocări, printre care așteptarea, suprasolicitarea lucrătorilor medicali, ce deseori duce la tratarea indiferentă și diminuarea calității actului medical. O altă opțiune este de a apela la serviciile instituțiilor medicale private, unde lista de așteptare este, de regulă, mai scurtă, iar personalul medical este mai motivat, inclusiv din cauza condițiilor de muncă mai bune și a salarizării decente. Din păcate, un număr redus de deținători ai poliței de asigurare știu despre cea de-a doua opțiune, și anume, de faptul că ei pot beneficia de mai multe servicii care sunt acoperite de poliță în unele clinici private. Acestea din urmă au fost contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru a presta servicii pe care, de regulă,

clinicile de stat nu le pot acorda. Totuși numărul serviciilor acoperite de AOAM în sectorul privat este foarte mic.

Astfel, devine clar de ce, adresându-ne cu polița în privat, de cele mai multe ori pacienții primesc refuz și sunt nevoiți să achite integral costul serviciilor prestate. Într-un final, destul de mulți pacienți ajung să achite dublu: pentru polița de asigurare (pe care nu o folosesc din cauza numeroaselor impedimente și neajunsuri ale sistemului) și pentru serviciile pe care le aleg direct în clinicile private sau în cele publice, pentru că specialiștii și serviciile date pot fi găsite doar în clinici private. Pacientul are dreptul la o alegere informată a serviciului pentru care achită, de aceea ar fi corect ca fiecare persoană asigurată să cunoască întreg spectrul de servicii și lista tuturor instituțiilor, publice și private, contractate de CNAM.

Dacă analizăm cele realizate prin reforma sănătății de pe pista contextului socioeconomic relevant, atunci evoluțiile ce s-au inițiat, în special după introducerea AOAM în 2004, sunt esențiale și de considerat ca impact pentru modernizarea sănătății publice, deoarece au oferit un mecanism de finanțare durabilă pentru sectorul sănătății. Reformatorii din Republica Moldova au învățat pe seama experienței altor țări din regiune, de exemplu a asigura ca AOAM să servească perfecționării tehnice și alocative a sistemului de sănătate, astfel încât resursele bugetare sporite pentru sectorul sănătății să fie cheltuite cât mai rațional, fiind abordate drept o oportunitate pentru operarea unor modernizări reale în modalitatea de organizare și finanțare a serviciilor. De exemplu, Republica Moldova la moment este unica țară din CSI în care asistența medicală primară este acordată de medici de familie pe tot cuprinsul țării și în general la nivelul asistenței medicale primare nu sunt specialiști de specializare îngustă, iar eficiența alocativă a devenit o parte din mecanismele de finanțare, de exemplu prin alocațiile minime pentru asistența medicală primară, eficiența tehnică sporind prin intermediul utilizării eficiente a contractării realizate selectiv.

Evident poate exista o dezbatere sterilă legată de avantajele sau dezavantajele sistemului public sau privat în sănătate, cât și despre prezența prestatorilor publici vs cei privați. *Etatiștii* sunt cei care consideră sistemul privat drept o căpușă a sistemului public și îl blamează ca pe o concurență neloială, dar, pe de altă parte, sunt *adeptii liberalismului excesiv*, care pun într-o lumină ideală și pură sistemul privat și îl consideră singura alternativă reală la sistemul public. După opinia autorului, forma de proprietate nu este un mod de determinare a eficienței unui sistem de sănătate.

Într-o abordare etică observăm că sistemul de sănătate este un concept ce nu ține cont de forma de proprietate. Scopul său este de a asigura starea de sănătate și a reduce inechitățile. Prin reducerea

inechităților în sănătate și îmbunătățirea stării de sănătate a populației se aduce un beneficiu imens dezvoltării socioeconomice, dezvoltării umane în general și respectării dreptului la sănătate, care este un drept uman fundamental. Cu alte cuvinte, sistemul privat nu poate fi o alternativă la sistemul public, iar sistemul public nu este în concurență cu sistemul privat. Sistemul privat este un sistem complementar, care are un domeniu restrâns de activitate, ce vine să decongestioneze sistemul public de o serie de activități și absoarbe un număr limitat de persoane.

Provocările care persistă sunt cele care vizează asigurarea echității în finanțare, extinderea în continuare a acoperirii cu AOAM, pentru a avea asigurarea că gospodăriile sărace sunt protejate în mod adecvat împotriva cheltuielilor de sănătate catastrofale și pentru a reduce proporția substanțială a plăților din buzunar în cadrul cheltuielilor pentru sănătate prin lărgirea cadrului de cuprindere a pachetului de servicii de AOAM și încurajarea transparenței în sistemul de sănătate. Sunt planificate noi îmbunătățiri ale eficienței tehnice și alocative prin raționalizarea asistenței medicale specializate și înalt-specializate – mai cu seamă în cazul asistenței acordate în condiții spitalicești. O provocare cheie este asigurarea unui acces cât mai echitabil la produsele farmaceutice, fără subminarea durabilității financiare a sistemului de sănătate. O problemă acută și trenantă ca impact ține de necesitatea de a aborda carența de resurse umane în cadrul sistemului. Asigurarea cu resurse umane adecvate este necesară pentru a face față cererii, în special în mediu rural, care la moment reprezintă o provocare de alertă și cu impact efectiv asupra tuturor verigilor sistemului. Appreciate per ansamblu, temeliile sistemului sanitar din țară sunt sigure, dar consolidarea în continuare a acestuia este importantă, deoarece confruntarea provocărilor în domeniul sănătății va necesita un capital uman enorm.

În rezultatul cercetării analitice putem afirma faptul că Republica Moldova are un sistem de sănătate relativ eficient, dar fiind un sistem deschis atingerea unor rezultate bune în sectorul dat este imposibilă fără o implicare mai activă a tuturor actorilor care pot influența determinanții sănătății.

2.3. Concluzii la Capitolul II

Sintetizând principalele idei și teze expuse în prezentul capitol cu referire la terminologia utilizată în cadrul prestării serviciilor de sănătate dar și a subiecților prezenți în cadrul relației beneficiar – prestator, putem formula următoarele concluzii:

1. În mai multe sensuri noțiunea de pacient se asociază și chiar suprapune cu cea de consumator, de evident nu integral, conform legislației noastre actuale. O mentalitate mai mult centrată pe consumator poate conduce la un individ mai cost-conștient, dar atunci când este vorba de decizii privind asistența medicală, clientul nu este întotdeauna corect, multe decizii putând fi afectate deja de stare precară a individului, atunci când se adresează sau deja beneficiază de serviciile medicale. O incompatibilitate (printre numeroasele care sunt, dar acare nu au fost subiectul acestei cercetări) a etichetării indivizilor în calitate de „consumatori“ ar putea elimina elementul cel mai important în furnizarea eficientă de îngrijire în cadrul serviciilor de sănătate și anume – compasiunea medicilor, iar actul ar deveni unul prea comercial, ceea ce este inadmisibil.

2. Subiecții de pe piața de servicii medicale în Republica Moldova, după cum am văzut în urma cercetării efectuate în acest compartiment, sunt numeroși și fiecare dintre ei au un rol aparte în consolidarea unui nivel înalt de sănătate în cadrul țării. Din punct de vedere legislativ, actele naționale normative nu fac diferențe vădite între tipurile de prestatori din domeniul public sau privat, ambele domenii aflându-se sub egida acelorași drepturi și obligații. Indiferent de tipul sau nivelul serviciilor medicale prestate, la nivel național întâlnim atât instituții publice cât și instituții private. Atunci când ne îmbolnăvim avem în calitate de consumatori de sănătate, sau de servicii medicale, posibilitatea de a alege tipul prestatorului, acesta fiind public sau privat. Evident, pentru categoriile de persoane asigurate conform SAOAM are loc o predilecție spre a profita de faptul că se achită contribuții din sursele de venit, deci inițial persoanele tind să apeleze la prestatorii publici.

3. Prestatorii de servicii medicale, în special cei din domeniul privat, își dau seama că orice individ prezintă semnele unui consumator obișnuit, astfel își orientează ofertă și își lărgesc gama de servicii prestate, exact ca un prestator de servicii de pe oricare altă piață. În cele din urmă, multe achiziții directe de asistență medicală sunt ca răspuns la o căutare de servicii de sănătate. Astăzi, cererea pentru chirurgia estetică, chirurgie oftalmologică cu laser, serviciile de îngrijire a pielii, și programele de pierdere în greutate sub supraveghere medicală sunt în creștere, și cu toate că acestea nu prezintă serviciile de bază în domeniul sănătății, nu putem ignora caracterul de consum prezent în aceste raporturi juridice.

4. În cadrul procesului de alegere beneficiarul serviciilor de sănătate este motivat să apeleze la o instituție publică după criteriul economic și mai puțin al calității prestării serviciilor. Deci actul de achiziție a serviciilor devine influențat nu doar de starea de sănătate a individului dar și de capacitatea de plată a acestuia, deci are loc transformarea acestuia într-un consumator. Instituțiile publice și

private sunt în egală măsură să ofere servicii de calitate , dar dotarea tehnică performanța a unităților private determină o mai mare încredere a consumatorului, și totodată îl face mai vigilent în a-și proteja drepturile. Avantajul vădit al instituțiilor private emergente este nivelul de dotare a IMSP-urilor cu tehnică performantă , de ultimă generație care le permite prestatorilor de servicii medicale să ofere cele mai calitative investigații și ulterior tratamente/îngrijiri.

5. După criteriul proprietății subiecților implicați în procesele de finanțare, prestare a serviciilor și reglementare (guvernare), sistemul de sănătate din Moldova are o finanțare preponderent privată, cu servicii în care rolul decisiv îl are sectorul public și cu o reglementare aproape în întregime publică. Apartenența în sine a sistemului de sănătate la acest tip nu poate fi văzută ca un avantaj sau dezavantaj, însă poate oferi mai multe perspective de evaluare asupra îmbunătățirilor acestuia. Astfel, pe dimensiunea de finanțare, la elaborarea politicilor de lungă durată este necesară formularea expresă a rolului și ponderii finanțării private. În prezent, pe dimensiunea prestatorilor de servicii nu este clar dacă dezvoltarea sectorului privat vine să completeze serviciile publice, sau să le preia (integral sau parțial în funcție de domenii) în baza unei competiții deschise între sectorul public și privat, fiind necesar o viziune a Guvernului privind rolul și dezvoltarea sectorului privat în acest domeniu. Cea mai complicată situația se atestă pe dimensiunea de reglementare, care nu prevede măsuri de corectare a situațiilor privind problemele legate de calitatea serviciilor, accesul la servicii și condițiile de competiție a prestatorilor de servicii.

3.CONCORDANȚA LEGISLATIVĂ A DREPTURILOR CONSUMATORILOR CU DREPTURILE PACIENȚILOR ÎN CADRUL SERVICIILOR MEDICALE

Deși știința medicală contemporană a avansat mult în dezvoltarea sa, practica medicală mai înregistrează, spre regret, eșecuri și complicații nedorite. Și de fiecare dată, comunitatea medicală și societatea își pune eterna întrebare: *Oare și-a folosit medicul toate cunoștințele și aptitudinile întru vindecarea bolnavului?* Tocmai ținându-se cont de posibilitatea apariției deficiențelor profesionale, care să cauzeze sănătății pacientului prejudicii, în medicină ia naștere unul dintre postulatele de bază –*primum non nocere*.

În ultimele decenii, Republica Moldova, dar și alte țări, tot mai frecvent se confruntă cu problema asigurării populației cu asistență medicală adecvată. În acest context, s-a observat o creștere semnificativă a activității populației, îndreptată spre realizarea dreptului său la asistență calificată și restituirea prejudiciului cauzat de o activitate medicală defectuoasă. Sub acest aspect, în raport cu alți profesioniști, medicul este cel mai expus riscului de cauzare pacientului a unor prejudicii, chiar și în cazul unei prestații impecabile, întrucât acordarea asistenței medicale este, în sine, o activitate primejdioasă. Riscul acestei activități constă în necesitatea implicării în homeostazia organismului bolnavului, cu scopul de a înlătura un pericol, cauzându-i, în așa mod, un prejudiciu. Totodată, nu trebuie neglijate nici particularitățile individuale ale organismului bolnavului, care reacționează în mod absolut particular la orice intervenție și acțiune din afară.

Anume din aceste considerente, încă din cele mai vechi timpuri, s-a încercat normarea activității medicale prin jurăminte, coduri de legi, tratate, pravile etc. În societatea contemporană, inclusiv în țara noastră, activitatea medicului este reglementată de acte normative, ce stabilesc atât reguli de conduită în anumite situații, cât și sancțiuni pentru nerespectarea acestora. În special, trebuie puse în evidență legile ce stabilesc drepturile pacientului, precum cel la autodeterminare (autonomie), și asigură respectarea principiilor fundamentale, care stau la baza relației actuale medic-pacient.

Respectarea drepturilor pacientului devine un imperativ al timpului, deoarece acestea reprezintă Drepturile Omului în sistemul de sănătate. Însă, respectarea drepturilor pacientului poate fi asigurată doar prin cunoașterea lor și schimbarea abordării relației dintre personalul medical și pacient, adică trecerea acesteia la o treaptă evolutivă nouă cum este etica dialogului sau modelul antipaternalist de acordare a asistenței medicale.

3.1. Reglementări legislative privind protecția beneficiarilor în domeniul serviciilor medicale

Pentru o mare parte din viețile noastre, ne comportăm drept consumatori care aleg din listele lungi de medici, folosind criteriile pe care le preferăm. Și vrem să decidem dacă problemele noastre medicale trebuie abordate de unul sau alt specialist. Dar de mult ori, suntem lipsiți de această decizie, în special în sistemul public de sănătate, unde ne confruntăm cu lungile așteptări sub ușa medicului, care pînă la urmă se dovedește a fi incompetent în problema care ne deranjează.

Deși la început, sănătatea a fost mai mult o problemă individuală, odată cu dezvoltarea civilizației acest aspect s-a schimbat, devenind o preocupare complexă, care privește întregul societate. Pentru ca o civilizație rapidă și eficientă să se dezvolte, este nevoie de o viață sănătoasă și lungă a omului. După natura lor serviciile medicale sunt o marfă obștească și individuală, care se axează asupra individului și în același timp a asupra tuturor cetățenilor unui stat.

Sănătatea publică este rezultatul eforturilor de a atinge un nivel ridicat de bunăstare fizică și psihică a unei comunități sau a unei națiuni, reprezentând, de asemenea, o însumare a stării de sănătate a persoanelor din populație de referință. Are o misiune de interes general, asigurându-se că fiecare cetățean are egal acces la serviciul medical în mod continuu. Articolul 36 din Constituția Republicii Moldova prevede dreptul la ocrotirea sănătății și anume : „(1) *Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.* (2) *Minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit.* (3) *Structura sistemului național de ocrotire a sănătății și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii organice* [26]”

Dreptul la ocrotirea sănătății se regăsește și în ale acte legislative naționale și internaționale precum:

- *Codul Civil al Republicii Moldova*, modernizarea Codului Civil, efectuată prin Legea nr.133 din 15.11.2018 privind modernizarea Codului Civil și modificarea unor acte legislative [5], a adus un șir de schimbări în bine sub aspectul celor menționate mai sus, în special prin introducerea în conținutul legii-cadru în materie a două compartimente noi: a Secțiunii a 2-a “Respectul datorat ființei umane și drepturilor ei inerente” din Capitolul I, Titlul II, Cartea întâia, precum și a Secțiunii a 6-a „Servicii de tratament” din Capitolul XI, Titlul II, Cartea a doua. Astfel, Secțiunea a 2-a “Respectul datorat ființei umane și drepturilor ei inerente” a venit cu un șir de reglementări generale ale acestor drepturi personale nepatrimoniale, și anume: “Drepturi ale personalității” (art.43); “Interzicerea unor acte patrimoniale” (art.44); “Dreptul la propria imagine” (art.45); “Atingeri aduse vieții private” (art.46); “Respectul datorat

persoanei decedate” (art.48); iar Secțiunea a 6-a „Servicii de tratament” conține unsprezece articole (art.1400 – art.1410), care au drept obiect de reglementare un șir de elemente ale spectrul juridic civil al prestării serviciilor de sănătate. Așadar, legislația în domeniul dreptului la ocrotirea sănătății a persoanei este variată și considerăm că în timp aceasta va fi supusă unei sistematizări mai eficiente, în măsura în care vor fi legiferate toate subdomeniile care țin de dreptul la ocrotirea sănătății în calitate de drept personal nepatrimonial al persoanei fizice [139].

- *Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995* reglementează domeniile de bază ale ocrotirii sănătății, cum ar fi - structura și principiile sistemului de ocrotire a sănătății, finanțarea sistemului ocrotirii sănătății, drepturile și obligațiile populației în asigurarea sănătății, stabilește principiile și formele de asistență medicală, determină bazele ocrotirii familiei, mamei și copilului și alte aspecte importante ce țin de ocrotirea sănătății și realizarea dreptului la asistență medicală;
- *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263–XVI din 27.10.2005* stabilește drepturile fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigură respectarea demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate;
- *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264–XVI din 27.10.2005* stabilește bazele juridice, condițiile organizatorice și formele exercitării profesiei de medic;
- *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998* stabilește bazele asigurărilor obligatorii de asistență medicală, obiectul asigurării, subiecții asigurării, principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală, determină mijloacele financiare ale asigurării obligatorii de asistență medicală și modul lor de utilizare;
- *Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr.1593-XV din 26.12.2002* stabilește cadrul juridic pentru determinarea mărimii, modului și termenelor de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în fondurile constituite și gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- *Legea donării de sânge nr. 1458-XII din 25.05.1993* stabilește principiile donării de sânge, răspunderea organelor sănătății privind ocrotirea sănătății donatorilor de sânge, drepturile și

obligățiile subiecților implicați în desfășurarea donării de sânge, drepturile donatorilor de sânge;

- *Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate nr. 552-XV din 18.10.2001* stabilește principiile evaluării și acreditării în sănătate. Scopul principal al evaluării și acreditării în sănătate constă în îmbunătățirea calității serviciilor acordate populației de către unitățile medico-sanitare și farmaceutice;
- *Legea privind transplantul de organe și țesuturi umane nr. 473-XIV din 25.06.1999* stabilește condițiile și reglementează relațiile legate de transplantul de organe și țesuturi umane în scopul garantării dreptului cetățenilor la ocrotirea sănătății, a integrității lor corporale, la protejarea demnității și identității tuturor ființelor umane, precum și a altor drepturi și libertăți fundamentale referitoare la ocrotirea sănătății;
- *Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr. 1456-XII din 25.05.1993* reglementează toate aspectele ce țin de activitatea farmaceutică, unitățile farmaceutice, tipurile de proprietate asupra lor și alte aspecte;
- *Legea privind activitatea psihiatrică nr. 1402-XIII din 16.12.1997* stabilește condițiile și reglementează relațiile legate de acordarea asistenței psihiatrice, determină instituțiile și persoanele care acordă asistență psihiatrică, stabilește tipurile de asistență psihiatrică și modul de acordare a ei și alte aspecte;
- *Legea cu privire la medicamente nr. 1409-XIII din 17.12.1997*. Scopul acestei legi este de a asigura, la nivel național, accesul populației, prin intermediul sistemului de asistență cu produse medicamentoase, la medicamente de bună calitate, eficiente și inofensive, menținându-li-se prețurile accesibile, și de a nu admite medicația abuzivă;
- *Legea privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat nr.267-XIV din 03.02.1999*;
- *Legea cu privire la expertiza judiciară nr.1086 din 23.05.2000*;
- *Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, nr.185 din 24.05. 2001*;
- *Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr.10 din 03.02.2009*;
- *Hotărârea Guvernului nr.43 din 21.01.2002 pentru aprobarea Regulamentului privind condițiile de asigurare obligatorie de asistență medicală a cetățenilor*

străini și apatrizilor aflați în Republica Moldova (Monitorul Oficial, 31.01.2002, nr. 17-19, art.116);

- *Pactul internațional nr 1966 din 16.12.1966* cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (adoptat și deschis spre semnare de Adunarea generală a Națiunilor Unite la 16 septembrie 1966 prin Rezoluția 2200 A (XXI) și intrat în vigoare la 3 ianuarie 1967, c. dispozițiilor art.27.)[108], articolul 12 ;
- *Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități* [28], art.25 ;
- *Carta Socială Europeană Revizuită* [6] , art.11 și art.13, în 2002 ”Rețeaua spiritului cetățenesc activ” (Active Citizenship Network) a propus Carta Europeană a Drepturilor Pacienților iar ulterior, în 2005, Comitetul Economic și Social European, elaborează un aviz cu privire la Drepturile Pacientului în care recunoaște toate drepturile incluse în Cartă.

Lista dată nu este una exhaustivă, acestea fiind doar unele dintre numeroase acte legislative ce vizează domeniul sănătății, și care în mod direct dezbat subiectul protecției drepturilor beneficiarilor de servicii de sănătate. Considerăm că această lista trebuie completată și cu normele ce țin de protecția consumatorilor, având în vedere tangența și similitudinile dintre noțiunile abordate în capitolele anterioare ce țin de beneficiarii serviciilor de sănătate, și anume Legea privind protecția consumatorului nr.105 din 13.03.2003 care stabilește bazele juridice pentru protejarea de către stat a persoanelor în calitatea lor de consumatori.

Ținem să menționăm că de fapt, protecția consumatorilor se realizează de asemenea printr-o serie de dispoziții ale Codului civil și o multitudine de alte acte cu caracter normativ (Hotărâri ale Guvernului, Instrucțiuni, Norme tehnice etc.). Pct.4 al Hotărârii Plenului C.S.J. nr. 24 indică că, soluționând problemele privind caracterul relațiilor dintre consumatori și agenții economici, temeiurile și condițiile apariției lor, drepturile și obligațiile părților, este necesar să se țină cont atât de normele Legii și ale altor acte adoptate conform ei, cât și de normele respective ale Codului Civil al RM și ale altor legi, în măsură în care ele reglementează protecția drepturilor consumatorilor. Dacă prevederile actelor normative, subordonate Legii (instrucțiuni, regulamente) vin în contradicție cu legile în vigoare, urmează să ne conducem de aceste legi. În linii generale, protecția juridică a consumatorilor este asigurată prin dreptul acestora de a introduce acțiuni în justiție împotriva agenților economici care le prejudiciază drepturile și interesele legitime.

În jumătatea a doua a sec.XX a început implicarea activă a statului în activitatea de asigurare, centralizarea și monopolizarea asigurărilor (de exemplu în Italia, Uruguay), precum și reglementarea

de către stat a activității de asigurare. La începutul sec.XX în țările economic dezvoltate (Anglia, Germania, Italia, Elveția) s-a introdus asigurarea de către stat a lucrătorilor, iar în anii 20 ai sec.XX s-a introdus asigurarea obligatorie a șomerilor [147,p.16]. În așa mod, s-au format istoric mai multe tipuri de organizare a ajutorului medical asiguraților: sistema selecției libere a medicului, sistema medicilor conform listei, sistema medicilor care activează în casele medicale permanent pe bază de contractat. Fiecare din aceste sisteme avea avantaje și neajunsuri și se aplică în dependență de tradiții, particularitățile socio-economice și geografice ale teritoriului respectiv [15,p.245-247].

În decursul existenței și dezvoltării societății umane, omul a fost preocupat de problemele asigurării resurselor materiale și financiare. Dezvoltarea intensivă a societății a condus la crearea posibilităților de intervenție ale omului pentru a preîntâmpina sau a reduce consecințele negative ale unor fenomene generatoare de pagube. Dintre toate căile și metodele folosite de oameni pentru preîntâmpinarea unor evenimente generatoare de pierderi, cele mai adecvate s-au dovedit a fi asigurările.

Din acest punct de vedere, asigurările au căpătat o amploare destul de mare în statele lumii, devenind, în ultima perioadă, o ramură a economiei mondiale și naționale [53,p.10]. În vederea diversificării serviciilor de asigurare, pe piața națională în 1997 au fost introduse în pachetul de servicii al companiilor de asigurări, asigurarea facultativă de sănătate. Iar la 27 februarie 1998, Parlamentul Republicii Moldova a aprobat Legea nr.1585-XIII *“Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală”*, publicată în Monitorul Oficial nr.38-39 din același an. Legea aprobată a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2004, avînd drept scop promovarea politicii sociale a statului și reformarea sistemului ocrotirii sănătății. Astfel, din 1 ianuarie 2004 în Republica Moldova toate instituțiile medico-sanitare publice din țară funcționează în cadrul sistemului Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală (AOAM).

Scopul asigurării medicale este realizat prin acordarea unei garanții cetățenilor în caz de apariție a cazului asigurat pentru acordarea asistenței medicale din contul mijloacelor acumulate și fixarea măsurilor de profilaxie. Această protecție socială poate fi realizată prin crearea unui fond monetar special, la formarea căruia ar fi participat fiecare cetățean, care are un venit permanent, precum și cei care angajează lucrători și organele executive (referitor la cetățenii care au nevoie de protecție socială). Protecție înseamnă recunoașterea că orice consumator, chiar bine informat, poate deveni victima abuzurilor împotriva cărora e dator să lupte, iar legea înseamnă nu doar eliminarea abuzurilor, ci și sancționarea vinovaților. Consumatorul are obligația de

a se informa și de a reflecta asupra achiziționării. Conștientizând abuzurile trebuie să ceară eliminarea lor, anularea clauzelor defavorizatoare și eventual reglementări contractuale noi. În acest caz, asigurarea medicală ia forma asigurării medicale obligatorii.

În sistemul AOAM statutul de persoană asigurată conferă dreptul la servicii medicale necesare în volumul integral de asistență medicală prevăzut de Programul unic al AOAM și acordat de prestatorii de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se face de către CNAM. Fiecărei persoane fizice i se atribuie un număr de asigurare obligatorie de asistență medicală. Statutul de persoană asigurată se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al CNAM, utilizând numărul de identificare de stat/ seria și numărul actului de identitate prozivoriu pentru persoanele ce nu dețin IDNP sau numărul de asigurare obligatorie de asistență medicală și poate fi verificat pe site-ul www.cnam.md.

Statutul de persoană asigurată reprezintă pentru:

- a) persoana fizică – temei de a beneficia de serviciile medicale prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.;
- a) prestatorul de servicii medicale, farmaceutice contractat de Companie – temei pentru prestarea serviciilor medicale și eliberarea medicamentelor compensate persoanelor asigurate în condițiile prevăzute de Programul unic, Normele metodologice de aplicare a acestuia și contractul încheiat și finanțat din fondurile AOAM;
- b) CNAM - temei pentru apărarea intereselor persoanei asigurate, achitarea serviciilor medicale oferite de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice contractați, formarea bazei informaționale privind evidența persoanelor asigurate/neasigurate în sistemul AOAM.

Statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM este o calitate atribuită persoanei fizice prin încadrarea în una din următoarele categorii:

A. *persoane asigurate angajate:*

- prin contract individual de muncă, conform Codului Muncii, indiferent de termenul de angajare și forma de retribuire a muncii, pentru care sunt achitate primele de AOAM în cotă procentuală la salariu și alte recompense;
- salariați ai rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației pentru care sunt achitate primele de AOAM în baza sumelor repartizate din încasările impozitului unic;

- conducători auto ce efectuează transport rutier de persoane în regim de taxi pentru care sunt achitate lunar primele de AOAM în mărime de 1/12 din prima AOAM în sumă fixă;
- B. *persoane asigurate de Guvern* – persoane fizice neangajate, încadrate în una din categoriile indicate la art.4 alin. (4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, pentru care Guvernul are calitatea de asigurat și primele de AOAM pentru aceste categorii sunt achitate din bugetul de stat (cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual);
- C. *persoane asigurate în mod individual* – persoane fizice neangajate care fac parte din categoriile de plătitori ai primei de AOAM în sumă fixă prevăzute în anexa nr.2 la Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și care au achitat prima de AOAM în sumă fixă [79].

Participarea fiecărui cetățean, într-o măsură sau alta, la formarea fondului asigurării medicale obligatorii se efectuează în baza legislației, ce stabilește un normativ unic, tariful de asigurare al cotizațiilor plătite de către patron și alți plătitori. Cotizațiile de asigurare sunt calculate de întreprinderi, instituții și alte subiecte economice în mărimi stabilite în raport cu retribuția muncii, calculată conform cerințelor, în formă bănească sau naturală, inclusiv după contractele de antreprenariat din care se execută defalcările pentru asigurarea socială de stat. Cotizațiile de asigurare se calculează din mijloacele destinate pentru plata muncii, fără calculul impozitelor corespunzătoare și independent de sursele de finanțare. În acest caz, e vorba despre transferul cotizațiilor de asigurare pentru asigurarea medicală obligatorie a populației angajate în câmpul muncii [53,p.10].

Sistemul de asigurări medicale obligatorii a schimbat cardinal relația instituțiilor medico-sanitare cu „fondatorii”, oricare ar fi aceștia, sau cu alte organe de administrare (altele decât fondatorii), deoarece redimensionează raportul de dependență între instituțiile medico-sanitare și organul care are competența să influențeze asupra activității acestora. Asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom, garantat de stat, de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune). Acest sistem este chemat să ofere cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și

calitative. La rîndul lor, cetățenii au obligația de a plăti primele de asigurare obligatorie a asistenței medicale, în caz contrar survenind răspunderea contravențională [99,p.157].

Totuși , există însă și alte posibilități de plată a serviciilor medicale, în afară de decontările dintre prestatorii de servicii medicale și asigurătorul public, ca de exemplu : asigurări medicale facultative, plăți directe ale consumatorilor prezentate în figura 3.1.

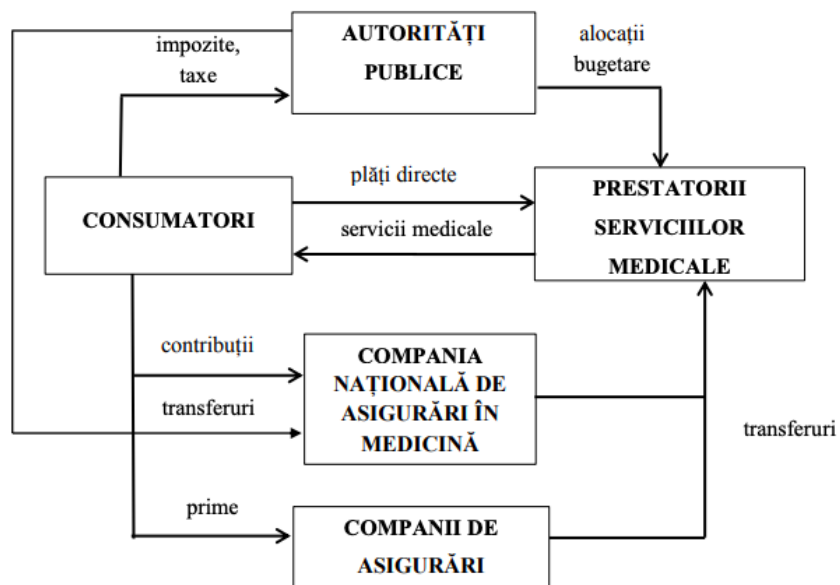


Figura 3.1. Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în R.Moldova

Statul, în persoana Guvernului, asigură din contul mijloacelor bugetului de stat câteva categorii de persoane neangajate:

- copiii de vîrstă preșcolară;
- elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- elevii din învățămîntul secundar profesional;
- elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt la zi;
- studenții din învățămîntul superior universitar cu învățămînt la zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani;
- gravidele, parturientele și lăuzele;
- persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;

- pensionarii; șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- mame cu patru și mai mulți copii; persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii cu privire la ajutorul social nr. 133 din 13.06.2008;
- străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

Calitatea de asigurat și de plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru alte categorii de persoane neangajate o au ele înseși. Organizarea, desfășurarea și dirijarea procesului de asigurare obligatorie de asistență medicală, controlul calității asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor de asistență medicală îi revin Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. În calitatea sa de asigurător, Compania răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia în urma acordării în mod necalitativ și insuficient a asistenței medicale, contrar prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Asigurătorul este obligat să achite serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu aceștia. Totodată, Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile sale teritoriale sînt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Derivat din dreptul la sănătate, accesul la serviciile de sănătate în funcție de nevoile pacienților este un drept fundamental. Pornind de la principiile unanim acceptate: autonomia, a nu face rău, a face bine, justiția socială și echitatea, se observă că nu există diferențe majore pentru primele trei principii între sistemul public și sistemul privat. Și într-unul, și în celălalt se aplică aceleași reguli: consimțământul informat, secretul profesional, calitatea actului medical, siguranța pacientului, profilaxia mal praxisului etc. Diferențele ar putea să apară când ne referim la argumentele legate de echitate și justiție socială. Aici nu putem să facem abstracție de responsabilitatea socială în medicină.

Prin responsabilitate socială în medicină înțelegem obligația statului de a promova politici publice care au drept scop reducerea morbidității și a mortalității nejustificate. Responsabilitatea socială se referă deci la politici intersectoriale preventive și curative, finanțate, promovate și controlate

prin diferite instituții. Ele nu pot fi apanajul unui sistem privat, deoarece pe termen scurt nu sunt profitabile economic și nicio instituție privată nu ar fi capabilă singură să le pună în practică. În plus, nicio instituție privată nu are logistica și capacitatea de a construi designul unui astfel de program. De asemenea, în ceea ce privește activitățile curative, trebuie să ținem cont de faptul că sistemul privat se orientează spre acele activități medicale profitabile, care aduc un beneficiu material imediat. Activitățile care necesită investiții majore și pierderi financiare pe termen scurt nu vor fi niciodată atractive pentru sistemul privat. În plus, accesul în sistemul privat ar fi practic imposibil pentru populațiile defavorizate din punct de vedere economic. Mai trebuie să ținem cont că frecvent proprietarul unei instituții medicale private nu este medic, deci nu este legat de regulile deontologice. Și mai ales în Republica Moldova, comportamentul față de personalul calificat (medici, asistenți) nu este chiar etic. Dar și aici lucrurile trebuie să fie nuanțate. Accesul populației defavorizate la sistemul privat poate fi facilitat prin contracte cu CNAM și prin dezvoltarea unor sisteme private de asigurări.

În ceea ce privește inechitățile care pot să apară în sănătate, trebuie să le diferențiem de inegalități. Inegalitatea este un termen descriptiv, care nu trebuie să implice judecata morală, și semnifică diferențe, variații și disparități în starea de sănătate a persoanelor și grupurilor. Inegalitatea ne însoțește pe tot parcursul vieții. Nu ne naștem egali în ceea ce privește patrimoniul biologic, nu suntem egali în evoluția ontogenetică și în oportunitățile pe care le avem, suntem egali numai în ceea ce privește șansele pe care ni le oferă societatea. Inechitățile sunt acele inegalități în sănătate care sunt fie abuzive, fie rezultă dintr-o formă de nedreptate. De exemplu, protecția inegală a dreptului la servicii de sănătate în funcție de nevoi constituie o înjustiție.

Un sistem de sănătate este echitabil atunci când nu există disparități privind starea de sănătate între indivizii sau grupurile sociale dezavantajate și cei favorizați sau aflați în bunăstare materială și socială. Înseamnă capacitatea de a face disponibil un set minim de intervenții echitabile și eficiente ale sistemele serviciilor de sănătate. Accesul la servicii de înaltă calitate depinde însă în mod crucial de: numărul specialiștilor din domeniul sănătății, distribuția pe specialități, distribuția geografică, productivitatea muncii în domeniul sănătății. Medicii și asistentele medicale sunt cele mai importante resurse pentru sistemele de sănătate, ei fiind prezenți atât în sistemul public, cât și în cel privat, și se supun (cel puțin teoretic) regulilor deontologiei.

Recent a început a se vehicula despre subiectul legalizării contribuției benevole a pacientului la acoperirea costurilor pentru serviciile medicale alese în afara pachetului minim acoperit de asigurarea obligatorie. O soluție aplicată pe larg în țările dezvoltate este de a achita doar diferența

între costul serviciului acoperit de polița de asigurare și prețul pentru acest serviciu prestat de clinica sau specialistul la care te adresezi direct.

Subiectul partajării costurilor în medicină a fost dezbătut în primăvara anului 2019 la nivelul Consiliului Economic pe lângă Prim-Ministrul Republicii Moldova. Clinicile private au venit cu inițiativa dată, referindu-și la concurența neloială în sistemul de sănătate, în care unii prestatori au acces necondiționat la bugetul Fondului AOAM, iar alții încearcă să opteze pentru calitate și performanță din propriile investiții aduse în economia națională. Compania Națională de Asigurări în Medicină a sugerat că și clinicile publice ar putea fi parte la dialog și aplica același mecanism, odată ce va fi legalizat.

Considerăm, că discuțiile la această temă foarte importantă ar trebui să se focuseze asupra pacientului și nevoilor acestuia, iar interesele să-i fie promovate. Anume pacientul contribuie la fondurile despre repartizarea cărora nu cunoaște și pe care nici nu o poate influența. Managementul actualelor fonduri obligatorii de asistență medicală poate fi calificat ca unul puțin eficient și eficace, odată ce expectanțele beneficiarilor nu se adevăresc, bugetul asigurărilor în sănătate duce lipsă de surse, după cum se vehiculează de autorități an de an, iar statisticile regionale arată că Republica Moldova nu este performantă pe dimensiunea protejării și îngrijirii sănătății cetăților ei. Spre regret, performanța joasă și ineficiența sunt caracteristice și altor domenii de activitate în țara noastră. Însă în cazul sănătății obiectivele de a consolida și îmbunătăți trebuie să devină prioritare, or costurile devin prea înalte și se plătesc din contul calității și expectanței vieții cetățenilor.

3.2. Abordări legale privind drepturile beneficiarilor de servicii medicale în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății

Furnizarea și prestarea serviciilor de asistență medicală publică a fost o caracteristică cheie a mai multor state moderne. Cu toate acestea, începând cu anii 1980, țărâmurile sectoarelor publice și private au fost redefinite în multe țări. În același timp, sistemele finanțate prin asigurări sociale sau private au dezvoltat noi modalități de organizare a relațiilor lor cu furnizorii. Ceea ce este comun tuturor sistemelor de asistență medicală este o discuție despre echilibrul optim între prestarea serviciilor publice și a celor private, în special sub aspectul drepturilor beneficiarilor de servicii medicale.

Într-o lucrare din 1963, Kenneth Arrow a demonstrat că asistența medicală are o serie de caracteristici care încalcă principiile unei piețe perfecte [209,p.141]. Consumatorii de îngrijiri medicale nu au suficiente informații pentru a ști când și în ce măsură este nevoie de asistență medicală sau pentru a compara alternativele. Externitățile nu sunt încorporate în luarea deciziilor, iar pacienții riscă pierderi catastrofice în caz de boală gravă. Încercările de a rezolva această problemă prin prezentarea posibilității de asistență medicală privată prezintă alte riscuri în ceea ce privește selecția adversă și pericolele morale. În consecință, toate sistemele moderne de asistență medicală au o anumită implicare publică în reglementarea, finanțarea sau prestarea serviciilor. Implicația este că asistența medicală este oferită pe piețe extrem de reglementate, cu diferite combinații de actori publici și privați. Deși sistemul nostru național prevede aceleași acte normative ce vizează drepturile beneficiarilor de servicii medicale, se cere o cercetare în profunzime a specificului prestării serviciilor de asistență medicală în sistemul public cât și în cel privat, evidențiind în special drepturile de care se bucură beneficiarii serviciilor de sănătate în cadrul acestor sisteme.

Așa cum s-a observat, termenul de consumator este folosit în deseori în domeniul asistenței medicale, și se referă la persoanele cu potențialul de a consuma un anumit bun sau serviciu medical. Deci practic, așa cum s-a mai menționat, orice persoană care are o necesitate de un serviciu medical poate fi considerat drept un potențial cumpărător. Acesta fiind cazul, întreaga populație a unui stat reprezintă o piață de cel puțin un anumit tip de serviciu de asistență medicală.

Organizațiile de asistență medicală nu au reușit, în general, să se gândească la consumatori în acest fel. Ideea că indivizii nu sunt consumatori adevărați când vine vorba de serviciile de sănătate până când nu sunt bolnavi a fost o barieră în calea dezvoltării pieței de asistență medicală. Până de curând, ipoteza general acceptată a fost că nici unul dintre cei 2681,7 mii de locuitori ai Republicii Moldova nu reprezintă un segment țintă pentru serviciile de sănătate, până un individ nu prezintă semne de îmbolnăvire și se prezintă la o instituție medico-sanitară pentru diagnostic, îngrijire sau tratament. Prin urmare, se presupune că prestatorii de servicii de asistență medicală până în prezent nu au întreprins nici o măsură pentru a dezvolta relațiile cu indivizii care nu au oficial statutul de pacient.

Abordarea adoptată de industriile bunurilor de larg consum este drastic diferită în sensul că acestea fac presupunerea că, practic, toată lumea trebuie să aibă o nevoie sau cel puțin să fie în căutare de ceva, nevoi care ar putea fi exploatate, astfel considerând drept consumatori chiar și acei indivizi care deși nu au interacționat încă cu un agent economic, la orice moment pot deveni din consumatori

”pasivi” care doar urmăresc piața , în consumatori activ gata de acțiune. Respectiv piața în acest sens nu așteaptă nemijlocit o cerere directă pentru a răspunde nevoilor potențiale ale consumatorilor. În domeniul asistenței medicale, gândirea în țările dezvoltate a avansat în ultimii ani pentru a include o gamă mult mai largă de servicii de sănătate, inclusiv unele care merg dincolo de ofertele tradiționale. Astfel, oamenii bolnavi nu mai sunt singura țintă a prestatorilor de servicii medicale, ci în unele circumstanțe , indivizii sănătoși prezintă un segment țintă aparte, fiind văzuți ca potențiali beneficiari ai acestor servicii.

Apare întrebarea, de ce atunci consumatorii de servicii medicale, numiți în general pacienți sau bolnavi, sunt diferiți de consumatorii altor bunuri și servicii într-o varietate de moduri. Într-o mare măsură, serviciile de asistență medicală sunt non discreționare. Ele sunt adesea recomandate de către un profesionist din domeniul sănătății pentru binele pacientului. Pacientul ar putea, desigur, să refuze tratamentul, dar acest lucru nu se întâmplă de multe ori. Practic nici într-o altă situație, în orice industrie, unui consumator îi este prescris un bun sau serviciu și acesta trebuie să se conformeze acestei prescripții. În cadrul celorlalte tipuri de consum, individul își manifestă intenția de a achiziționa conform propriilor dorințe și convingeri, care de multe ori pot fi viciate prin practici neloiale utilizate de comercianți. Consumatorii de servicii medicale sunt, în general, izolați din start prin prețul serviciilor pe care le consumă atât din cauza modului în care serviciile de sănătate sunt plătite cit și din lipsa de acces la informații de stabilire a prețurilor (vorbim aici despre lipsa unei transparențe în stabilirea costurilor pentru serviciile de sănătate oferite de instituțiile medico-sanitare atât publice cit și private).

De asemenea, consumatorii de servicii medicale sunt îngreunați de alte probleme, de asemenea, fiind afectați deja de o anumită maladie care le înrăutățește starea fizică și indirect și capacitatea acestora de a face alegerea corectă atunci când se adresează unor prestatori de servicii medicale. Aceștia, de multe ori sunt neinformați cu privire la funcționarea sistemului de sănătate din țară. Pentru a evalua calitatea serviciilor oferite de către instituțiile de sănătate și practicieni, consumatorii trebuie să evalueze furnizorul pe baza unor criterii subiective (de exemplu, amabilitatea personalului, calitatea produselor , instrumentelor și aparatajelor utilizare), mai degrabă decât în baza unor considerente obiective. Toate întâlnirile medicale au o componentă emoțională care nu este, sau este foarte rar, prezentă în alte acte de consum. Chiar și oamenii stoici și rigizi sunt susceptibili de a fi emoționali în fața unei situații care pune în pericol viața sa sau a persoanelor dragi .

Pentru a enunța o mai amplă abordare a beneficiarilor de servicii de sănătate în raport cu beneficiarii celorlalte tipuri de servicii, autorul a elaborat în baza unor criterii determinate, sub aspect comparativ, o caracteristică ce vine să evidențieze diferențele de bază ale consumatorilor de servicii de sănătate în raport cu alți consumatori de alte tipuri de servicii.

Tabel 3.1. Caracterele diferite între consumatorii de servicii de sănătate și alte servicii

Consumatorii de Servicii de Sănătate	Consumatorii de Alte Servicii
Nevoia lor este foarte rar determinată ca atare	Nevoie este bine determinată
Rareori este factorul de decizie final	De obicei este factorul de decizie final
Adesea au o bază subiectivă pentru decizie	De obicei au o bază obiectivă pentru decizie
Rar au cunoștințe cu privire la prețul final care va fi achitat	Mereu au cunoștințe despre prețul final care va fi achitat
Rar iau decizii în bază de prețul pentru servicii	De obicei iau decizii în bază de preț
Costul serviciilor este parțial acoperit de terți	Costul serviciilor nu este niciodată acoperit de către un terț
De obicei necesită o recomandare profesională	Doar în unele situații necesită o recomandare profesională
Alegere limitată dintre opțiunile disponibile	Nici o limită la alegerea dintre opțiunile disponibile
Cunoașterea limitată a atributelor serviciilor	Cunoștințe semnificative a atributelor serviciilor
Capacitate limitată de a judeca calitatea serviciilor	De obicei capabil să judece calitatea de serviciului
Capacitate limitată în evaluarea rezultatelor serviciilor	Capabil să evalueze rezultatele serviciilor
Recurs mic pentru rezultat nefavorabil	Recurs amplu pentru un rezultat defavorabil

Totuși putem găsi și o serie de similarități între consumatorii de servicii obișnuite și cei de servicii de sănătate. În timp ce există evident servicii asistență medicală de urgență care implică condiții precare a stării de sănătate care în mod evident pun în pericol viața, majoritatea serviciilor medicale nu cad sub incidența severă a acestor situații. Astfel, o mare parte din adresările și apelurile către serviciile de sănătate care au loc implică o marjă de apreciere din partea utilizatorului final sau a celor implicați în procesul de luare a deciziilor, precum și consumul de mai multe tipuri de servicii este oarecum elective. La fel ca alți consumatori, consumatorii de servicii medicale care ar putea să facă distincția între nevoi și dorințe atunci când vine vorba de consumul de servicii. În mod evident, cei mai mulți consumatori de asistență medicală ar lua în considerare angioplastia pentru a corecta o condiție cardiacă și deci ar fi necesară o informare și cercetare prealabilă pentru acest tip de servicii chirurgicale cu laser.

Consumatorii de servicii medicale sunt ca alți consumatori, în măsură în care nivelul cererii de servicii este elastic. Cu ani în urmă înțelepciunea convențională a fost că cererea de servicii de sănătate a fost în esență inelastică. S-a presupus că cei care au consumat serviciile date au fost bolnavi

iar cei care au fost bine nu au apelat la astfel de servicii. Nu numai că această ipoteză reflectă o noțiune datată cu privire la sănătate și la boală, dar de asemenea, ea nu ține cont de cantitatea mare de tranzacții discreționare care au loc în domeniul asistenței medicale. În prezent este evident faptul că cererea de servicii de sănătate este extrem de elastică și că nivelul cererii poate fi influențată de o gamă largă de factori. În plus, este evident faptul că parțial cererea de servicii medicale pot fi manipulată. Putem face o paralelă între un consumator care a aflat recent despre cele mai moderne servicii de traducere oferite de niște aplicații ce pot fi descărcate din internet și a decis să le încerce, deși până în acel moment nu a simțit nevoia pentru astfel de produse sau servicii, cu un consumator de servicii de sănătate, care a decis să profite de promoția unui laborator pentru investigații , și ulterior a aflat că suferă de o maladie. Ambii consumatori până la un moment dat, nu simțeau nevoia de a apela la un tip de serviciu sau altul, dar prezentându-i-se oferta, s-a decis să interacționeze cu un prestator de servicii, iar ulterior în urma consumului inițial a apărut necesitatea unui consum repetat.

O similaritate finală se referă și la capacitatea de a plăti pentru servicii. Majoritatea pacienților plătesc pentru îngrijirea din instituțiile medico-sanitare printr-un tip de asigurare. Cei fără asigurare trebuie să plătească din buzunar. De-a lungul istoriei s-a considerat că asistența medicală este o necesitate și că indivizii trebuie să găsească o modalitate de a plăti pentru serviciile necesare, chiar dacă asta ar însemna a intra în datorii. În plus, se poate argumenta că există și prestatori caritabili de astfel de servicii , sub de clinici de sănătate publică, spitale de caritate, etc., care să se asigure că toate problemele de sănătate au fost rezolvate într-un fel sau altul. Acum ne dăm seama că abilitatea de a plăti pentru asistență medicală este un aspect major care afectează cererea de bunuri și servicii de asistență medicală.

Desigur, pentru procedurile elective și alte produse care nu sunt considerate necesare și vital esențiale ,consumatorii pot să nu dorească să plătească din buzunar și, astfel, se reduce cererea de servicii. În perioadele de prosperitate economică se ateste o creștere a volumului cererii pentru chirurgie cosmetică, chirurgie cu laser la ochi, și alte servicii de acest gen. În mod similar, în perioadele de declin economic volumul acestor cheltuieli discreționare scade. Cercetările recente, cu toate acestea, au arătat în mod neașteptat că consumul de servicii medicale necesare reflectă, de asemenea, capacitatea de a plăti pentru asistența dată. Persoanele fără asigurare de sănătate sau fără de alte resurse personale sunt mai puțin susceptibile de a obține îngrijirea necesară în caz de boală, chiar și pentru condițiile considerate necesare și vitale din punct de vedere medical. Astfel, indivizii care se confruntă cu această situație ar putea fi reticenți să solicite asistență, fără posibilitatea de a

plăti pentru ea. Într-adevăr, fie că vorbim de medic sau spital în calitate de prestator de servicii medicale, în lipsa unei asigurări medicale se va aștepta o plată directă pentru serviciile prestate. Incapacitatea de a plăti pentru asistența medicală este și mai pronunțată atunci când vorbim despre medicamentele prescrise. Un pacient bolnav, fiind pe patul de moarte, poate fi în cele din urmă admis la o camera de urgență, dar el sau ea nu poate obține medicamentele necesare pentru tratament îndelungat fără plată. În cele din urmă, consumatorii de servicii medicale trebuie să cântărească implicațiile economice ale consumului de servicii la fel ca și consumatorii din orice altă industrie.

În cadrul fiecărei piețe de sănătate, cererea de servicii medicale va depinde de starea de sănătate a utilizatorilor, sau mai bine spus, e beneficiarilor de acest tip de servicii. Uneori ne considerăm pacienți, inclusiv atunci când așteptăm o intervenție chirurgicală pentru o apendicită acută, inflamată. Și în alte momente, cum ar fi atunci când comparăm costurile și beneficiile diferitelor planuri de asigurări de sănătate, suntem în mod clar consumatori. Dar de cele mai multe ori suntem amândouă. Iar concentrarea asupra unuia față de celălalt se dovedește a fi nu numai o dihotomie falsă, ci și periculoasă pentru sănătatea noastră și pentru buzunarul nostru.

Oricare dintre noi, chiar dacă avem o sănătate perfectă până la o anumită vârstă, ne putem îmbolnăvi. În acest caz suntem niște pacienți asigurați, care au anumite drepturi în acest sistem. Unele din aceste drepturi sunt oferite de sistemul nostru de asigurări. Altele derivă din drepturile internaționale ale pacienților iar sistemul nostru național este obligat să ni le acorde. În plus există unele drepturi care sunt acordate pacientului pe plan internațional. Ele au fost stabilite prin *Declarația privind Drepturile Pacientului* adoptată la Amsterdam în 1994. Cunoașterea lor este deosebit de importantă pentru că în acest mod putem preveni o serie de abuzuri care se pot săvârși la adresa noastră în calitate de pacienți.

Principiile Drepturilor Pacienților din Europa sunt oferite ca o contribuție la sprijinirea interesului crescând din multe state membre pentru probleme referitoare la drepturile pacienților. În acest scop, documentul urmărește să reflecte și să exprime aspirațiile oamenilor, nu doar pentru îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate, ci și pentru o recunoaștere deplină a drepturilor lor ca pacienți. Făcând aceasta, se iau în vedere atât perspectivele prestatorilor serviciilor de sănătate, cât și ale pacienților. Aceasta implică natura complementară a drepturilor și responsabilităților; pacienții au responsabilități atât față de ei înșiși pentru propria lor auto-îngrijire, cât și față de prestatorii de servicii de sănătate, iar aceștia din urmă se bucură de aceeași protecție a drepturilor ca și celelalte persoane.

Varietatea, dar și complexitatea în continuă creștere a sistemelor de sănătate, înaltul nivel al birocrăției, precum și progresul tehnologic din domeniul medicinei, conștientizarea și informarea populației privind nevoile de sănătate ale acestora, progresele realizate în domeniul eticii medicale, sunt doar câțiva dintre factorii care au influențat preocuparea accentuată din ultimul timp pentru reglementarea drepturilor pacienților.

Atât consumatorul, cât și prestatorul de servicii de sănătate sunt ”demaratorii” raporturilor juridice directe de drept medical, raporturi care întotdeauna au un anumit conținut, format din drepturi și obligații ale părților respective. Din punct de vedere juridic drepturile date pot fi clasificate ca fiind drepturi individuale și drepturi sociale ale consumatorului de servicii de sănătate. În calitate de *drepturile individuale* sunt mereu strict subiective și diferă de la caz la caz în funcție de esența serviciilor de sănătate prestate (țin de respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate sau în raport cu participarea lui benevolă, în calitate de subiect uman, la cercetări și investigații biomedicale). În raport cu cele individuale, drepturile sociale nu sunt la fel de subiective operând în cazul fiecărui consumator de servicii de medicale, fără a se ține cont de natura obiectului asistenței medicale prestate (acestea, la rândul lor, țin de accesibilitate, echitate și calitate în acordarea serviciilor de sănătate).

Nicolae Sadovei într-una din lucrările sale [140,p.328-329] enunță că ” *fiind abordată individual în calitate de titulară de drepturi și obligații juridice medicale, doar persoane fizică poate fi beneficiară de servicii de sănătate. Evident că pentru a poseda statut juridic de beneficiar de servicii de sănătate, persoana fizică trebuie să aibă capacitate juridică medicală, adică aptitudinea de a avea drepturi și obligații generice stabilite de legislația medicală, precum și aptitudinea de a-și exercita aceste drepturi și obligații.*” La fel, Sadovei menționează că ” *capacitatea de folosință a beneficiarului de servicii de sănătate presupune aptitudinea acestuia de a avea drepturi și obligații juridice medicale și consacră caracterul inherent, absolut și intangibil al dreptului la ocrotirea sănătății al oricărei persoane fizice. Legislația specială în materia drepturilor generale ale persoanelor fizice la prestarea serviciilor de sănătate nu conține prevederi tranșante referitor la deținerea de către persoana fizică a capacității juridice medicale depline. Datorită lipsei reglementărilor în cauză, legislația în materie este defectuoasă, iar interpretările cumulative pot duce, uneori, la concluzii greșite și pot provoca confuzii privind dreptul beneficiarilor de a fi titulari ai capacității juridice medicale depline.*”

Este foarte important faptul că legiuitorul definește drepturile consumatorului de servicii de sănătate în calitatea acestora de drepturi, derivate din drepturile fundamentale ale omului, adică drepturi care își au izvorul primar (sorgintea) în drepturile fundamentale ale omului [138, p.10].

O analiză comparativă a celor două legi care domnesc asupra subiectului pus în discuție, este imperativă, astfel în continuare vom efectua o cercetare amplă a garanțiilor oferite de legislația națională atât a indivizilor care se identifică cu noțiunea de pacient cât și a celor care se consideră consumatori ai serviciilor de sănătate.

Pe de o parte, *Legea RM Nr. 263 din 27.10.2005 „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”* (în continuare *Legea Nr.263/2005*) ne dă noțiunea de:

- **pacient (consumator al serviciilor de sănătate)** - persoana care necesită, utilizează sau solicită servicii de sănătate, indiferent de starea sa de sănătate, sau care participă benevol, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale ;
- **prestatori de servicii de sănătate** – instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica anumite genuri de activitate medicală și farmaceutică;
- **servicii de sănătate** - complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice [82].

Potrivit Legii nr.263/2005, pacientul este definit ca utilizatorul de servicii medicale, în timp ce dicționarul explicativ al limbii române definește pacientul ca acea persoană bolnavă care este sub tratament medical. În funcție însă de statutul posibil cu care pacientul poate fi asimilat, acesta poate fi considerat o ființă umană, un consumator sau o persoană cu anumite caracteristici (vârstnic, tulburare mintală, donator sau primitor de țesuturi sau organe, incapacitate sau handicap). Pacientul este considerat un cumul de situații în care el tinde să devină un consumator de servicii medicale, iar medicul tinde să fie asimilat tot mai mult cu un simplu furnizor de servicii.

Pe de altă parte, *Legea nr. 105/2003 privind protecția consumatorilor*(în continuare *Legea nr.105/2003*) ne spune că :

- **consumatorul** este orice persoană fizică ce intenționează să comande sau să procure ori care comandă, procură sau folosește produse, servicii pentru necesități nelegate de activitatea de întreprinzător sau profesională ;

- **prestatorul** - sunt orice persoană juridică sau fizică autorizată pentru activitate de întreprinzător, care prestează servicii;
- **serviciu** - activitate, alta decât cea din care rezultă produse, desfășurată în scopul satisfacerii unor necesități ale consumatorilor [80] .

Similitudinile dintre conceptele de consumator și pacient și între prestator de servicii de sănătate (conform Legii 263/2005) și furnizori (conform Legii 105/2003) sunt clare, precum și motivele pe care legiuitorul le-a luat în considerare pentru a proteja partea mai slabă a relației. Astfel de motive trebuie să fie legate de așa-numita "asimetrie a informațiilor", care se întâlnește în relațiile dintre pacienții și prestatorii serviciilor de sănătate, precum și consumatorii și furnizorii, acestea fiind chintesența întregii legislații privind protecția consumatorilor.

Dat fiind faptul că legea nr. 263/2005 numește pacientul drept consumator al serviciilor de sănătate, ar părea că de fapt problema este elucidată și alte cercetări ulterioare sunt inutile. Cu toate acestea, considerăm insuficientă această scurtă și vagă abordare din textul legii, deoarece aceasta nu recunoaște ulterior în conținutul său, oportunitatea pacientului de a-și proteja drepturile sale lezate prin prisma legii privind protecția consumatorului.

Pentru o mai bună analiză a celor două legi, se cere deci determinarea unor anumite criterii de delimitare, care ne vor permite să conglomerăm asemuirile și diferențele ce vin ca bază de fundamentare a cercetării noastre.

Fără a intra în esența analizei motivelor pe care legiuitorul le-a avut ca să facă o discriminare între serviciile de sănătate și celelalte tipuri de servicii oferite pe piața noastră, este necesar să reținem faptul că domeniile de aplicare a legii sunt enunțate diferit în cadrul acestor două legi vizate. Lege nr. 105/2003 stabilește bazele juridice pentru protejarea de către stat a persoanelor în calitatea lor de consumatori. Prezenta lege stabilește cerințele generale de protecție a consumatorilor, de asigurare a cadrului necesar accesului neîngrădit la produse și servicii, informării complete asupra caracteristicilor esențiale ale acestora, apărării și asigurării drepturilor și intereselor legitime ale consumatorilor în cazul unor practici comerciale incorecte, participării acestora la fundamentarea și luarea de decizii ce îi interesează în calitate de consumatori.

Pe de altă parte, legea nr.263/2005 are drept scop consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigurarea respectării demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate, deci se aplică nemijlocit doar relațiilor dintre pacienți și prestatori ai serviciilor de sănătate.

Potrivit art. 5 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, acesta 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 vîrstă, 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;
- 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 consimțămîntului 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 plîngerilor 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 [82].

Cercetând practica CEDO putem menționa cu privire la dreptul al asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație cazul *Nitecki împotriva Poloniei* [8] (21 martie 2002), reclamantul, suferind de o boală foarte rară și mortală, susținea că nu are mijloace financiare să își plătească tratamentul medical. Acesta s-a plâns Curții de refuzul autorităților de a suporta integral tratamentul respectiv (conform regimului general, numai 70 % din cheltuieli erau acoperite de asigurarea de sănătate). Curtea a hotărât că se poate ridica o problemă în raport cu art. 2 (*dreptul la viață*) din convenție dacă se demonstrează că autoritățile unui stat semnatar al convenției pun în pericol viața unei persoane prin refuzul de a-i acorda asistență medicală, deși s-a angajat să o acorde populației în general. Nu a fost totuși cazul domnului Nitecki.

Cu privire la prevederile lit.k., art.5 al Legii, putem menționa cazul CEDO *M.A.K. and R.K. vs Marea Britanie* [9], o fată în vârstă de nouă ani a fost dusă să vadă un medic pediatru de tatăl ei pentru ceea ce păreau vânătăi severe pe picioare. A fost internată la spital pentru examinare, iar tatăl a lăsat instrucțiuni ca să nu mai fie efectuate alte teste medicale până când soția sa, mama fetei, ar ajunge și ar oferi consimțământul necesar. La sosirea mamei cu o oră mai târziu, aceasta a descoperit că mostrele de sânge și radiografia picioarelor fetei au fost totuși luate. Ulterior, medicul pediatru a fost informat că există dovezi de abuz sexual și tatălui nu i s-a permis să-și viziteze fiica în acea zi.

Fata a fost în cele din urmă diagnosticată cu o boală rară a pielii și externată din spital. Curtea a observat că legislația și practica internă necesitau în mod clar consimțământul persoanelor care exercitau responsabilitatea părinților înainte de a avea loc orice intervenție medicală. Părinții au dat instrucțiuni exprese ca să nu mai fie efectuate alte teste până la sosirea mamei. Singura justificare posibilă pentru decizia de a continua testul de sânge și radiografii a fost aceea că acestea au fost solicitate de urgență. Cu toate acestea, nu a existat nicio dovadă care să sugereze că starea fetei era critică sau că avea dureri sau disconfort. Nici nu a existat niciun motiv să creadă că mama ar fi reținut consimțământul și, chiar dacă ar fi avut-o, spitalul ar fi putut solicita o hotărâre judecătorească care să autorizeze testele. Prin urmare, Curtea a concluzionat că interferența în viața privată a fetei nu a fost în conformitate cu legislația internă, încălcând articolul 8 al Declarației cu Privire la Drepturile

Omului. Mai mult, în absența vreunei baze legale pentru decizia inițială de a împiedica tatăl să-și viziteze fiica în noaptea respective din momentul internării ei la spital, a existat o încălcare a drepturilor ambilor solicitanți de a respecta viața lor de familie.

La fel, cu referire la același drept, autorul consideră oportun de a menționa practica CEDO, cazul *Glass vs Regatul Unit* [10], care s-a referit la administrarea de diamorfină unui băiat cu handicap mintal și fizic sever, sfîndînd obiecțiile mamei sale. Curtea nu a considerat că cadrul de reglementare al Regatului Unit pentru soluționarea conflictelor cu privire la tratamentul medical propus pentru un copil era incompatibil în ceea ce privește problema consimțământului cu standardele stabilite în Convenția Consiliului European pentru Drepturile Omului și Biomedicină. Ceea ce era în joc a fost dacă decizia de administrare a diamorfinei ar fi trebuit să fie trimisă instanței competente, avînd în vedere că mama nu i-a dat consimțământul gratuit, expres și informat. Curtea a constatat că decizia autorităților de a anula obiecțiunea reclamantului față de tratamentul propus a avut, în lipsa autorizației de către o instanță, să rezulte în încălcarea articolului 8 din Convenție.

Problema consimțământului informat a fost unul dintre elementele cheie în cazurile de sterilizare forțată a femeilor române din Slovacia. În *V.C. vs Slovacia* [11] o femeie a fost sterilizată în timpul nașterii într-un spital public. Fișa ei de livrare conținea o cerere de sterilizare împreună cu semnătura ei, dar a susținut că nu a înțeles termenul de „sterilizare” și că a semnat cererea în timpul muncii și după ce i-a spus personalului spitalului că, dacă rămîne însărcinată din nou, fie ea, fie copilul ar putea muri. Pentru Curte, sterilizarea fără acordul unui pacient adult competent din punct de vedere mental a constituit o ingerință majoră în starea de sănătate reproductivă a unei persoane și s-a ocupat de multe aspecte ale integrității personale; ca atare, era incompatibil cu cerința respectării libertății și demnității umane. Mai mult, standardele internaționale general recunoscute stabilesc că sterilizarea nu poate fi efectuată decât sub rezerva consimțământului informat în prealabil, cu excepția situațiilor de urgență excepționale. În cazul reclamantei nu a existat nicio urgență medicală care să implice un risc iminent de daune ireparabile vieții sale. Deoarece era un adult competent din punct de vedere mental, consimțământul ei informat a fost o condiție prealabilă pentru o astfel de procedură, chiar presupunînd că aceasta a fost „necesară” din punct de vedere medical. Solicitarea consimțământului reclamantei în timpul muncii nu i-a permis în mod clar să ia o decizie de liber arbitru, după luarea în considerare a tuturor implicațiilor sau consultării cu partenerul ei. Modul paternalist în care a acționat personalul spitalului nu lăsase reclamantul fără altă opțiune decât să consimtă. În consecință,

procedura de sterilizare, inclusiv modul în care solicitantul i s-a solicitat acordul, a supus-o unui tratament contrar articolului 3 din Convenție.

Dacă este să abordăm subiectul din punctul de vedere a legislației ce vizează drepturile consumatorului, în textul Legii nr.105/2003 găsim enumerate în art.6 drepturile fundamentale ale consumatorilor, și anume:

- a. protecția drepturilor sale de către stat;
- b. protecție împotriva riscului de a achiziționa un produs, un serviciu care ar putea să-i afecteze viața, sănătatea, ereditatea sau securitatea ori să-i prejudicieze drepturile și interesele legitime;
- c. remedierea sau înlocuirea gratuită, restituirea contravalorii produsului, serviciului ori reducerea corespunzătoare a prețului, repararea prejudiciului, inclusiv moral, cauzat de produsul, serviciul necorespunzător;
- d. informații complete, corecte și precise privind produsele, serviciile achiziționate;
- e. instruire în domeniul drepturilor sale;
- f. organizare în asociații obștești pentru protecția consumatorilor;
- g. adresare în autoritățile publice și reprezentarea în ele a intereselor sale;
- h. sesizarea asociațiilor pentru protecția consumatorilor și autorităților publice asupra încălcării drepturilor și intereselor sale legitime, în calitate de consumator, și la înaintarea de propuneri referitoare la îmbunătățirea calității produselor, serviciilor.

Este evident faptul că nu încercăm să enunțăm o idee care ar limita drepturile beneficiarilor serviciilor de sănătate, ci invers, prin recunoașterea aplicabilității Legii nr.105/2003 în raporturile medicale să lărgim spectrul de drepturi disponibile acestora, în special în situațiile când legislația consumeristă ar facilita soluționare unor litigii de talie minoră sau majoră.

Dreptul la informarea corectă a pacientului rămâne a fi unul din cele mai des invocate de către pacienți atunci când se adresează pentru asistență medicală, fie la medicul de familie sau la instituțiile medico-sanitare publice. Nerespectarea dreptului la informarea corectă a pacientului are loc deseori din cauza unei comunicări defectuoase dintre medic și pacient sau din lipsa de cunoaștere de către unii medici a prevederilor legislației din domeniul medical. În Republica Moldova dreptul pacientului la informare se regăsește în Legea nr.263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, care prevede că orice pacient are dreptul să fie informat cu privire la volumul, tipurile și condițiile de acordare a serviciilor de sănătate, nivel de acreditare a instituției medicale, licența, calificarea cadrelor medicale angajate, etc. Pacientul are dreptul să știe dacă serviciile prestate de

instituția medicală sau lucrătorul medical care nemijlocit îi acordă, ori care urmează să-i acorde servicii corespund cerințelor sale în ce privește calitatea, costul și volumul acestora. Instituția medicală urmează să asigure pacientului, la cererea acestuia, dreptul de a fi informat despre orice circumstanțe ce țin de serviciile ce se acordă de instituția respectivă. Acest drept poate fi realizat atât prin afișarea informației generale despre instituția medico-sanitară respectivă, despre tipul serviciilor prestate, modul de prestare a acestora și costul lor, cât și prin informarea directă a pacientului, prin intermediul biroului de informații, de către lucrătorii medicali etc. Dreptul respectiv include și dreptul de a avea informații despre profesionalismul și practica de lucru a medicului curant și a altor lucrători medicali ce urmează să acorde asistență medicală pacientului. În conformitate cu art.11 din Legea nr.263 din 27.10.2005, dreptul pacientului la informare se asigură:

- de către autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile;
- de către organizațiile medico-sanitare și farmaceutice;
- de către medicul curant și alți specialiști în domeniu sau de către alte persoane ce participă la tratamentul pacientului, în măsura competenței funcției deținute.

Spre exemplu, lista serviciilor medicale ce pot fi prestate de către instituțiile medico-sanitare publice și prețurile la acestea se aprobă de către Ministerul Sănătății și Protecției Sociale și se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, astfel fiind aduse la cunoștința populației. Pe toată durata aflării în instituția medico-sanitară, pacientul este informat despre 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 [49,p.49].

Capitolul V al Legii nr.105/2003 cu privire la protecția consumatorilor art.24 vorbește despre același drept al consumatorilor cu privire la informare. Respectiv ” *consumatorii au dreptul de a fi informați, în mod complet, corect și precis, asupra caracteristicilor produselor și serviciilor oferite de către agenții economici astfel încât să aibă posibilitatea de a face o alegere rațională, în conformitate cu interesele lor, între produsele și serviciile oferite și să fie în măsură să le utilizeze, potrivit destinației acestora, în deplină securitate.*”. De asemenea legea data vizează și obligațiile agenților economici privind informarea consumatorilor. Vanzătorii și prestatorii de servicii trebuie să informeze consumatorii despre prețul de vânzare al produsului și prețul pe unitatea de măsură a produsului (când este aplicabil) sau despre tariful serviciului prestat, să ofere toate informațiile specificate la alin. (3), să ofere date despre evaluarea conformității și, după caz, documentele tehnice care trebuie să însoțească produsul ori serviciul [80].

Dreptul pacientului la tratament personalizat, la fel este considerat unul dintre cele mai nerespectate drepturi în Republica Moldova. Conform Raportului Avocatului Poporului [121,p.44], pe parcursul anului 2018 acesta a examinat numeroase cereri în care era invocat accesul limitat la servicii de sănătate, potrivit stării de sănătate, situație care deseori a dus pînă la survenire unor dizabilități. Conform prevederilor Cartei Europene a Drepturilor Pacientului, acesta are dreptul la programe de diagnostic și tratament adaptate cerințelor individuale, în care criteriile economice nu trebuie să prevaleze asupra dreptului la îngrijire.

Asigurarea accesului la servicii de sănătate este considerat în întreaga lume un drept fundamental al individului și constituie o condiție de bază pentru îmbunătățirea sănătății întregii populații. Deși, dreptul la asistență medicală calitativă și în timp rezonabil, prevăzută în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală; tipurile de asistență medicală; modul lor de acordare este stipulat în Legea Ocrotirii Sănătății nr.411 din 28.03.1995, acesta continuă să fie invocat de către cetățenii R.Moldova, în partea ce ține de asigurarea accesului nelimitat și înscrierea la un medic de familie.

În condițiile în care țara noastră se confruntă cu o lipsă acută de medici de familie, mai ales în zonele rurale, pacienții se confruntă cu accesul limitat la servicii medicale primare sau acordarea tardivă a asistenței medicale necesare. Este de menționat că potrivit Cartei Europene a Drepturilor Pacientului, fiecare individ are dreptul să primească tratamentul de care are nevoie, într-o anumită perioadă de timp, în funcție de gradul de urgență a bolii. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze pentru fiecare accesul la serviciile de care are nevoie, iar când aceasta nu e posibil, se impune includerea imediată a pacientului pe lista de așteptare, care, la cererea acestuia , poate fi consultată cu condiția respectării dreptului la confidențialitate.

Legea nr. 105/2003 prevede un drept care este omis de legea nr.236/2005 și anume remedierea sau înlocuirea gratuită, restituirea contravalorii produsului, serviciului ori reducerea corespunzătoare a prețului, repararea prejudiciului, inclusiv moral, cauzat de produsul, serviciul necorespunzător. Evident dacă este să facem referire la produsele din sfera medicală, în primul rînd vorbim despre medicamente și produse farmaceutice, care nu fac subiectul întoarcerii în urma actului de achiziție, în situația în care spre exemplu consumatorul nu a fost mulțumit de efectele post-consum a acestuia. O persoană nu poate procura o cutie de prafuri pentru răceală, să consume cîteva din pliculețe și constatînd că nu îl ajută la ameliorarea stării sale, să meargă și să întoarcă restul produsului rămas pe motiv de neconformitate a bunului, cerînd restituirea contravalorii produsului. Dar în situația unor

prestări de servicii, un act medical poate fi evaluat din punctul de vedere a calității atunci când persoana care a apelat la un prestator de servicii medicale a rămas nesfatisfăcută, fie din motiv de incompetență a cadrului medical sau insuficiență de informații în cadrul unei consultații.

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 cumpărare a unui vehicul special, de reciclare profesională etc. 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. Prejudiciul moral se repară indiferent de existența și întinderea prejudiciului patrimonial. 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. 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. Respectiv, autorul consideră oportună posibilitatea adresării persoanei în cauză prin prisma legii nr. 105/2003 pentru a solicita restituirea contravalorii serviciului dacă acesta a fost realizat contra plată, ori, repararea prejudiciului moral atunci când cadrul medical a avut o atitudine nonșalată ce nu a dus la înrăutățirea situației pacientului dar nici la ameliorarea stării acestuia.

Dreptul la atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase. Acest drept al pacientului include obligația lucrătorilor medicali de a respecta pacientul ca și ființă umană, ca și personalitate. Indiferent de vârstă, sexul, apartenența etnică, statutul socioeconomic, convingerile politice și religioase, orice persoană care a căpătat statutul de pacient se bucură de o atitudine care să excludă frustrarea, ignoranța, umilința sau comportamentul neadecvat din partea prestatorilor de servicii medicale, acest comportament urmând să corespundă normelor de etică și deontologie medicală. Cu toate că la prima vedere s-ar părea că acest drept al pacientului este mai mult declarativ, deoarece este dificil de a reglementa la nivel de act normativ care atitudine a prestatorului de servicii este umană și respectuoasă și care atitudine nu corespunde acestor

cerințe, totuși considerăm că, pornind de la principiile generale și normele stipulate în codurile de deontologie și etică medicală, precum și în spiritul legislației naționale și internaționale în domeniul drepturilor pacientului valoarea dreptului la o atitudine umană și respectuoasă din partea prestatorului de servicii medicale este mult mai înaltă decât o simplă declarație [49,p.46].

Dreptul la securitatea vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate, cuprinde în sine cel puțin 2 componente autonome foarte importante, care pot fi expuse în felul următor:

- dreptul la securitate a vieții personale, la integritate fizică, psihică și morală;
- dreptul la confidențialitate.

În conformitate cu art. 3 din Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic, unul din principiile fundamentale ale activității medicale este principiul „nu dăuna”. În conformitate cu art. 24 din Constituție statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică. Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante. Astfel orice intervenție medicală urmează a fi efectuată în scopul ocrotirii vieții și sănătății pacientului. Dreptul la integritate fizică, psihică și morală este într-o strânsă legătură cu dreptul la exprimarea benevolă a consimțământului la efectuarea actului medical. Art. 1 din Lege definește secretul medical ca fiind informațiile confidențiale despre diagnosticul, starea sănătății, viața privată a pacientului, obținute în urma examinării, tratamentului, profilaxiei, reabilitării sau cercetării biomedicale, care nu pot fi divulgate persoanelor terțe, cu excepțiile stabilite de lege. Conform art. 12 din Lege toate datele ce constituie secret medical sunt confidențiale și urmează a fi protejate atât pe parcursul vieții pacientului, cât și după moartea acestuia. Informațiile respective urmează a fi protejate atât de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate, precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute în cadrul exercitării obligațiilor sale de muncă (alt personal medical și alți angajați ai instituției medicale, funcționari publici, angajați ai organelor de urmărire penală și instanțelor judecătorești etc.)

Secretul medical poate fi divulgat numai cu consimțământul sau la cererea pacientului (după caz a reprezentantului său legal sau a rudei apropiate, dar ținându-se cont de dorința pacientului, în măsura maxim posibil, reieșind din capacitatea acestuia de a înțelege). Conform art. 12 din Lege prezentarea informației fără consimțământul pacientului (reprezentantului legal sau al rudei apropiate) se admite numai în următoarele cazuri:

- 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. pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vârstă de până la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale;
- e. existența temeiului conform căruia prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Din jurisprudența CtEDO, menționăm cazul Radu c. Republicii Moldova (cererea nr.50073/07) [12], unde reclamanta a fost supusă unei înșămânțări artificiale la o clinică de fertilitate și a rămas însărcinată cu gemeni, ulterior a fost internată în rezultatul unui risc de a pierde sarcina fiind sub supravegherea medicului. Absența reclamantei de la serviciu a fost certificată printr-un buletin de boală, dar angajatorul reclamantei a solicitat de la Centru Medicilor de Familie (în continuare CMF) să-i prezinte informații în legătură cu concediul medical al reclamantei. Ulterior, CMF a informat angajatorul motivul spitalizării reclamantei și s-a anexat o copie a extrasului medical. Curtea a constatat că divulgarea de către CMF angajatorului reclamantei a datelor cu privire la sănătate și modalitatea de tratament la care a fost supusă aceasta, constituie o ingerență în dreptul ei la viața privată.

Potrivit lit. (g) și lit. (i), art.5 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, orice persoană este în drept să primească în totalitate *informațiile cu privire la starea de sănătate*, serviciile de sănătate viabile și existente și modalitatea de beneficiere a acestor servicii.

Realizarea efectivă a dreptului presupune asigurarea accesului pacientului la informațiile despre starea sa de sănătate, un moment esențial în determinarea posibilității reale a beneficiarului de servicii de sănătate în luarea unei decizii coerente ce ține de starea sa de sănătate, tratamentul care urmează să i se aplice și , dacă e cazul, și a intervențiilor care sunt propuse în acest sens. Oportun ar fi de menționat faptul că de amploarea și modul de informare a beneficiarului depinde și capacitatea acestuia de percepere a informațiilor oferite. Beneficiarul de servicii medicale este în drept să

cunoască situația reală și obiectivă despre starea sa de sănătate, despre riscul potențial și eficacitatea terapeutică, despre metodele alternative, precum și despre diagnosticul și mersul tratamentului, fiind în drept să solicite aceste informații în mod verbal direct de la medicul său curant, fie în formă scrisă de la medici sau instituția medicală, sau să consulte înscrisurile, fișa de observație medicală sau alte documente ce conțin aceste date [104]. Aici menționăm obligativitatea prezentării informației medicale într-un limbaj cât mai accesibil nivelului de înțelegere a beneficiarului, iar în cazul când pacientul nu este familiar cu terminologia, fie nu cunoaște limba de stat se va căuta o altă formă de comunicare [82].

Legislația în vigoare prevede informarea persoanelor cu necesități speciale, în conformitate cu gradul lor de înțelegere, în format accesibil, despre procedurile medicale ce li se aplică, despre riscul potențial pe care îl comportă și eficacitatea lor terapeutică, etc [94, art.4]. Pentru exercitarea drepturilor și intereselor sale legitime, persoana suferindă de tulburări psihice sau reprezentantul ei legal poate primi la cerere informații despre starea sănătății psihice și despre asistența psihiatrică acordată [73, art.9].

Din jurisprudența CtEDO menționăm cazul *Open Door și Dublin Well Woman c. Irlanda* (cererile nr.14234/88 și 14235/88) [13], unde Curtea Europeană a Drepturilor Omului a statuat că mandatul Curții Supreme a Irlandei care împiedică agențiile de consiliere să furnizeze femeilor însărcinate informații privind facilitățile de avort în străinătate a încălcat articolul 10 din Convenția pentru protecția drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Mai exact, ordonanța a afectat dreptul a două organizații non-profit, *Open Door Counselling Ltd.* și *Dublin Well Woman Center Ltd.*, de a oferi informații despre opțiunile legate de sarcină. Nici o organizație nu a susținut și nu a încurajat avortul. De asemenea, instanța a statuat că restricția Irlandei a afectat capacitatea femeilor de a primi informații. Deși Irlanda are un interes legitim de a proteja viața nenăscutului, mandatul a avut un impact disproporționat, deoarece a interzis consilierea indiferent de vârstă, sănătate sau circumstanțele femeilor însărcinate. Instanța a menționat că ordonanța reprezintă un risc pentru sănătate pentru femei, care ar putea încheia sarcinile în etapele ulterioare, fără consiliere adecvată.

Dreptul la o opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa, ori a reprezentantului său legal (al rudei apropiate), în modul stabilit de legislație aparține pacientului. Pacientul are dreptul de a-și exprima acordul sau dezacordul asupra intervenției medicale fiind în cunoștință de cauză, dispunând de informații suficiente pentru a putea lua o decizie corectă. În acest sens este binevenită inserarea în textul Legii a dreptului pacientului la o opinie

medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști. Acest drept este foarte important și în ce privește stabilirea unui diagnostic și a unui tratament corect. Legislația în acest sens urmează totodată a fi dezvoltată pentru reglementare mai detaliată a procedurii de realizare a dreptului respectiv, pentru concretizarea sursei de finanțare a asistenței medicale acordate suplimentar prin implicarea altor specialiști etc [13]. Beneficiarul de servicii medicale este în drept, deci, să aleagă liber dintr-un spectru larg de prestator de servicii, în urma unei informări detaliate. Dreptul la libera alegere ar putea fi interpretat astfel prin prisma a două percepții:

- dreptul de a alege în mod liber asupra procedurilor diferite de tratament, care reiese din dreptul de a primi informații și de a oferit consimțământul informat pentru serviciile oferite;
- dreptul de a alege sau a schimba prestatorul de servicii medicale, fie acesta în persoana medicului sau a instituțiilor medico-sanitare (ex: alegerea medicului de familie).

Raportul pacient – medic se obligă a fi întemeiat pe dreptul la opțiune al pacientului [83, art.18]. Lăuzele au dreptul la libera alegere a medicului și a instituției medico-sanitare la naștere și după naștere, cu excepția cazurilor în care se impune respectarea principiilor de regionalizare și triere a lăuzelor în acordarea asistenței medicale perinatale [71, art.33].

Din jurisprudența CtEDO autorul face referire la cazul *Czoma c. României* [14], unde reclamanta, de profesie asistentă medicală, s-a plâns că nu a fost informată corespunzător despre riscurile procedurii la care urma să fie supusă (reclamanta fiind însărcinată, fătul a fost diagnosticat cu hidrocefalie și s-a decis ca sarcina să întreruptă) și că din cauza neglijenței medicului i-a fost pusă în pericol viața și a ajuns în incapacitate permanentă de a mai avea copii. Acesta a considerat că cercetarea cazului a fost superficială și că autoritățile medico-legale nu au dat dovadă de imparțialitate la emiterea rapoartelor de expertiză medico-legală, determinând o situație în care nu a obținut recunoașterea vătămării corporale grave suferite și în care o persoană vinovată a beneficiat de protecție. Curtea a concluzionat că reclamantei i-a fost încălcat dreptul la viața privată (art.8) prin faptul că nu a fost implicată în alegerea tratamentului medical și neinformarea sa corespunzătoare cu privire la riscurile inerente intervenției medicale. Mai mult, sistemul existent la data faptelor prezentei cauze o pune pe reclamantă în imposibilitatea de a obține o reparație pentru încălcarea dreptului său la viața privată.

Dreptul pacientului de a se plânde oricând a suferit un prejudiciu sau o leziune în mod nejustificat, precum și dreptul de a cere explicații. Dreptul de a se plânde și/sau recursul în judecată este definit de legislația generală [26, art.20]. Fiecare persoană are dreptul de a își manifesta

nemulțumirea și la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Nici o lege nu poate îngădi accesul la justiție.

Legislația națională determină modalitatea de examinare a petițiilor cetățenilor Republicii Moldova, adresate organelor de stat, întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor în scopul asigurării protecției drepturilor și intereselor lor legitime. Legea garantează dreptul oricărei persoane care se consideră vătămată într-un drept al său, recunoscut de lege, de către o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, să se poată adresa instanței de contencios administrativ competente pentru a obține anularea actului, recunoașterea dreptului pretins și repararea pagubei ce i-a fost cauzată [77]. Avocatul Poporului recepționează și examinează cererile cu privire la încălcarea drepturilor și libertăților omului; prezintă autorităților și/sau persoanelor responsabile propuneri și recomandări privind repunerea în drepturi a persoanelor în privința cărora s-a constatat încălcarea drepturilor și libertăților omului [93]. Orice persoană poate ataca acțiunile și hotărârile nelegitime ale organelor de stat și ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea. În cazul stării nesatisfăcătoare a sănătății în urma unei asistențe medicale necorespunzătoare, lucrătorii medicali trebuie să ia în considerare și să respecte dreptul pacientului de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum și repararea prejudiciului moral și material ce i s-a adus [71,part.36].

Pacientul are dreptul la asistența avocatului sau a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație; informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor; 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. Pacientul se poate adresa cu o plângere împotriva acțiunilor prestatorilor serviciilor de sănătate în cazurile în care acțiunile acestora au dus la lezarea drepturilor individuale ale pacientului, precum și acțiunile și deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere ce au condus la lezarea drepturilor lui sociale stabilite de legislație. Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația [133,p.28].

Dreptul pacientul de a primi o compensație suficientă, într-o perioadă rezona-bilă de timp, în orice situație când a avut de suferit fizic, moral sau psihologic din partea unui serviciu de sănătate.

Legislația națională prevede dreptul pacienților de a solicita despăgubiri pentru prejudiciul cauzat în cadrul sistemului de sănătate. Orice persoană are dreptul la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime [26,art.20]. Este garantat 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. Pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienților de instituțiile medico-sanitare prin nerespectarea 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.

Pacientul are dreptul la despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației. Repararea prejudiciilor morale și materiale aduse persoanei în urma infectării cu HIV revine instituției medico-sanitare în care a fost infectată [85]. Orice persoană are dreptul de a-i fi reparat prejudiciul cauzat vieții sau sănătății în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe [88]. Codul Civil al Republicii Moldova prevede răspunderea pentru prejudiciile cauzate [133].

Aplicabilitatea Legii nr.105 în cadrul raporturilor din sfera serviciilor medicale, în special celor contra plată, lărgeste considerabil drepturile pacienților astfel asigurându-le o protecție sporită, încercând să se egaleze balanța raportului beneficiar-prestator de servicii medicale, după cum urmează:

- fiind în calitate de consumator , persoanei nu i se percepe taxă pentru a înainta pretenții în judecată;
- sarcina demonstrării nevinovăției cade pe umerii prestatorului de servicii medicale;
- permite perceperea prejudiciului moral în caz de orice încălcare a drepturilor consumatorilor fie și în lipsa unui prejudiciu direct vieții și sănătății;
- responsabilitatea pentru prejudiciul material survine chiar și în lipsa vinovăției autorului prejudiciului;
- consumatorul poate conta pe perceperea atât a costului serviciului cât și a despăgubirii;
- autorul prejudiciului poartă răspundere pentru prejudiciul cauzat vieții, sănătății consumatorului în legătură cu utilizarea materialului, echipamentului, instrumentelor indiferent de faptul că nivelul cunoștințelor tehnico-științifice permitea sau nu de a identifica

particularitățile lor deosebite (de exemplu, acțiunea neprevăzută a medicamentului, defectarea utilajului tehnic ș.a.);

- reclamațiile consumatorilor se examinează nu la locul de aflare a pârâtului, ci la locul de trai sau aflare a reclamantului, ce este destul de important pentru consumatorul de servicii.

Astfel , apelând la legislația consumeristă de protecție, beneficiarul de servicii medicale în mod automat primește drepturi suplimentare, și anume:

- dreptul de a se adresa în judecată la locul său de trai (și nu la locul de aflare a pârâtului, ca în cazuri obișnuite);
- dreptul de a percepe costul serviciului prestat necalitativ;
- dreptul de a percepe dauna cauzată de utilizarea medicamentelor și materialelor necalitative indiferent de faptul dacă pârâtul știa sau nu de asemenea proprietăți;
- dreptul de a percepe despăgubirea;
- dreptul la compensarea daunei morale chiar și în lipsa prejudiciului vieții și sănătății.

Prejudiciul cauzat vieții, sănătății sau proprietății cetățeanului în rezultatul deficiențelor în lucru sau în prestarea serviciilor, precum și ca urmare a informației îndoielnice sau insuficiente despre lucru, prestarea serviciilor urmează a fi compensat de către autorul prejudiciului, indiferent de faptul dacă partea lezată are sau nu raporturi contractuale cu acesta. Unica condiție pentru a putea aplica toate articolele menționate mai sus este ca pacientul să dețină chitanța (cecul) despre achitarea serviciilor prestate, atunci când suntem în prezența prestării unui act medical contra plată. De aici și iminenta necesitate de achitare a serviciilor medicale contra plată în mod oficial, la casa unității prestatoare, cu oferire de bon fiscal ce confirmă actul achiziției.

În ciuda încercărilor multor teoreticieni și a aparentei tentații de a prezenta ca fiind incompatibile principiile fondatoare ale relațiilor de sănătate și cele ce se referă la consumatori, legea privind protecția consumatorilor vine să completeze legislația în domeniul sănătății, cu predilecție în domeniul drepturilor beneficiarilor/consumatorilor de sănătate. Cu siguranță, a priori, legislația în domeniul sănătății și legislația consumeristă nu vede pacientul în aceeași lumină. Prima reglementează actele profesioniștilor în raportul cu starea personală fizică și psihică a consumatorului de servicii medicale, pe când al doilea îl protejează în viața sa economică. Relația este, de asemenea, prezentată uneori ca un parteneriat în care pacientul este împuternicit, spre deosebire de relația consumeristă caracterizată prin neîncredere și dependență de profesionist. Acest clivaj trebuie depășit. Urmărind bunăstarea economică a consumatorului, se poate spune că Legea privind protecția consumatorului

contribuie la protecția sănătății consumatorilor, care, potrivit OMS, este identificată cu „o stare de bunăstare fizică, mentală și socială”, și nu numai în absența „bolii sau infirmității”. Sectorul sănătății nu rezistă pătrunderii mecanismelor consumeriste de protecție. Chiar dacă legislația în domeniul serviciilor de sănătate s-a îmbunătățit în privința beneficiarilor sistemului de sănătate, utilitatea legislației consumatorilor este certă deoarece întărește drepturile lor economice.

Având în vedere că anul 2020 a devenit din punct de vedere epidimiologic un an marcat de pademia COVID-19, atât la nivel național cât și internațional, autorul consideră oportună analiza beneficiarilor de servicii medicale anume în contextul pandemiei date.

Din data de 24.02.2020 când Comisia Națională Extraordinară de Sănătate Publică (în continuare CNESP) a constatat grad de alertă *Cod galben la nivel național referitor la situația epidemiologică prin infecția cu COVID-19*, manifestat prin existența unui risc posibil de declanșare a urgenței de sănătate publică, fiecare persoană fizică aflată în țară a căzut în mod direct sub incidența legislației speciale în materie de sănătate publică. Așadar, începând cu ziua respectivă toate persoanele fizice au obținut un nou statut juridic – cel de *beneficiari de servicii de sănătate publică în contextul epidemiei COVID-19* (la momentul constatării gradului de alertă *Cod galben* încă nu fusese declarată starea de pandemie), cu toate drepturile, obligațiile, garanțiile, dar și cu răspunderea juridică asociată statutului respectiv. În urma obținerii calității juridice în cauză, organismele abilitate ale statului au fost autorizate cu dreptul de intervenție în scopul depistării persoanelor fizice care, ipotetic, erau contaminate cu virusul SARS-CoV-2 sau erau bolnave de COVID-19. Faptul dat a generat intrarea persoanelor fizice, în calitate de beneficiari de servicii de sănătate publică în contextul epidemiei COVID-19, în raporturi juridice de drept public cu caracter special [298].

Totodată, pe parcursul acestei perioade a intervenit și modificarea statutului juridic al beneficiarilor de servicii de sănătate publică în contextul *epidemiei COVID-19*: după declararea la 11 martie 2020 de către OMS a pandemiei globale, aceștia s-au transformat deja în *beneficiari de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19*. Fiind abordate prin prisma statutului juridic individual al fiecărui beneficiar de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19, toate persoanele fizice – populația Republicii Moldova – se află în situație de risc de contaminare. În acest sens persoanele în cauză, fără nicio excepție, pot fi incluse *de jure* în una (sau, în anumite cazuri, în mai multe) din categoriile de beneficiari, în dependență de criteriul utilizat pentru încadrarea respectivă. Din punct de vedere praxiologic drept criteriul primar și, totodată, cel mai important pentru încadrare, servește însăși *infecția COVID-19*. Acest criteriu este important datorită faptului că nu este

centrat pe formalități juridice exteriorizate, cum ar fi asigurarea medicală a subiectului, vârsta acestuia, cetățenia, locul de trai (reședință) etc., ci pe valoarea primară supusă riscului de a fi afectată și necesității directe de a fi protejată prin mecanisme juridice specifice – sănătatea subiectului în raport cu infecția COVID-19.

Sub aspectul celor menționate, subiecții în cauză dețin fie statut juridic unic, fie statut juridic multiplu (dublu). În prima categorie se încadrează persoanele care sunt beneficiare de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19, însă *nu sunt infectate sau în privința cărora nu există simptome clare că ar putea fi infectate*; în cea de a doua categorie – persoanele care sunt beneficiare de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19 și *sunt infectate sau în privința cărora există simptome că ar putea fi infectate*. Cu referință la cea de a doua categorie, subiecții incluși aici dețin, pe lângă statutul juridic de beneficiari de servicii de sănătate publică, și statutul juridic de beneficiari de servicii de sănătate individualizate – sunt *pacienți*.

Atât timp cât beneficiarii serviciilor de sănătate publică nu sunt infectați sau în privința cărora nu există indicii clare că ar putea fi infectați, aceștia nu sunt supuși – nici în sens juridic, nici în sens medical – unor acte medicale și nu dețin statut juridic de pacienți. Considerăm că este imperios necesar de a menționa, cu referință la acțiunile respective ale statului în calitate de prestator general de servicii de sănătate publică, că majoritatea absolută a acestora se încadrează în conceptul juridic complex de impunere a unor *măsuri speciale rezonabile de ordine publică în materie de drept privat* și sunt condiționate de necesitatea de protecție a sănătății publice în contextul existenței unui risc major în raport cu posibilitatea de infectare cu COVID-19. În consecință, persoanele fizice în cauză – beneficiarii de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19 – participând la diferite raporturi juridice civile trebuie, în concordanță cu prevederile art.10 din Codul Civil, să-și exercite drepturile și să-și execute obligațiile atât în acord cu legea, cât și cu ordinea publică instituită.

După cum am menționat mai sus, persoanele fizice care fac parte din categoria beneficiarilor de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-19, infectați sau în privința cărora există simptome că ar putea fi infectați dețin, pe lângă calitatea de beneficiari de servicii de sănătate publică, și calitatea de *pacienți*, adică de beneficiari de servicii de sănătate individualizate, în privința cărora sunt efectuate intervenții medicale specializate. În raport cu această categorie de subiecți este necesar de a sublinia faptul că atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere juridic persoanele fizice respective *sunt în primul rând pacienți* și se bucură de drepturile garantate acestora, dar sunt și titulare de obligații speciale, care decurg din statutul juridic pe care-l dețin [298].

. Este important de menționat că PCNP-ul în cauză stabilește că actul medical efectuat în cadrul prestării pacientului (care întrunește criteriile definiției de caz pentru COVID-19), a serviciului de sănătate individualizat nu se limitează doar la medicație curativă medicamentoasă, ci obligă personalul medico-sanitar implicat în tratament să efectueze și intervenții de sănătate mintală și psiho-emoțională la acești pacienți, ținând cont de stresul și simptomele psihologice/psihice specifice acestora [298].

Este absolut necesară crearea unor noi norme speciale cu privire la protejarea consumatorilor de servicii de sănătate așa cum se întâmplă în domeniul asigurărilor, al băncilor sau al turismului, deoarece relația prestator servicii medicale vs beneficiar/utilizator al serviciilor medicale care incontestabil sub egida legislației consumeriste. Legea privind protecția consumatorului intenționează să protejeze consumatorul, presupus fragil, în relația pe care o are cu profesionistul, de aceea autorul vine cu o propunere de *lege ferenda* și anume *elucidarea noțiunilor de pacient beneficiar de servicii medicale prin prisma art.1 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului 263/2005* cu completarea sintagmei în următoarea formulă: pacient este orice persoană fizică ... [se păstrează redacția din lege] ...,și care se bucură de drepturile de despăgubire în calitate de consumator de servicii medicale potrivit Legii nr.105/2003. Cunoscută între doi parteneri de putere inegală, relația de consum induce un dezechilibru în favoarea profesionistului. Fără ca conceptul consumatorului să fie denaturat în mod nejustificat, este posibil să se asimileze utilizatorul sistemului de sănătate și să includă profesionistul în sănătate în rândul persoanelor care fac obiectul legii protecției consumatorilor.

După o perioadă de confuzie jurisprudențială, conceptul de consumator al serviciilor medicale este din ce în ce mai puțin evaziv. Pacientul nu este decât determinat prin definiție drept consumator de servicii medicale, însă dacă e să conceptualizăm piața serviciilor medicale, terminologie potrivită ar fi beneficiar și prestator de servicii medicale, astfel un beneficiar poate fi consumator dar poate deveni și pacient, în forma care se regăsește în textul legii. Pe de o parte, pare să existe un consens, calitatea consumatorului este atribuită numai persoanelor fizice . Pe de altă parte, este rezervat situațiilor care nu sunt direct legate de activitatea profesională a persoanei în cauză. Este un consumator cel care acționează pentru nevoile sale personale și familiale. Înțeles astfel, beneficiarul sistemului de sănătate este un consumator. Indiferent dacă este beneficiarul îngrijirii sau achiziționează produse de sănătate, cum ar fi medicamente, există o persoană fizică implicată în actul medical în afara sferei sale profesionale. Dincolo de această observație, mai multe motive militează în favoarea recunoașterii beneficiarilor serviciilor medicale a calității de consumator. Relația de

sănătate rămâne dezechilibrată, chiar dacă beneficiarul acestor servicii specifice are tot mai multă libertate și putere de decizie în raporturile sale cu prestatorul.

Abordând separat relația medicală, de obicei, evenimentele din momentul adresării către profesionist sunt dincolo de controlul pacientului. De facto, starea de sănătate sau disconfort este cea care justifică cererea de consultare medicală sau intervenție chirurgicală; cu excepția cazurilor când se apelează la astfel de servicii lipsite de scop terapeutic, în lipsa unei stări fizice ce ar agrava sau ar pune în pericol viața apelantului (ex: chirurgia cosmetică).Pacientul este uneori denumită „reclamant captiv”. Contractele de sănătate sunt încheiate rapid și sub presiune iar beneficiarul este impuse de circumstanțe. Nu vom merge la medic așa cum am alege să mergem la un spectacol sau să cumpărăm abonament la un furnizor de servicii Internet. În plus, alegerea practicanului însuși este din ce în ce mai supravegheată iar libertatea pacientului în alegere este restrânsă. Lipsa de informații despre sistemul de sănătate și îngrijire este adesea reclamată din partea a pacienților. De aici importanța acordată informațiilor furnizate de organizații terțe, asigurări de sănătate, asociațiilor, emisiunilor TV medicale de succes sau campanii de informare în domeniul sănătății. În mod tradițional, pentru a nega plus valoarea ce poate fi adusă de legislația protecției consumatorului pentru pacienți, se pune accent pe îngrijirile gratuite. Ni se pare că acest argument nu mai are aceeași forță ca în trecut. O serie de acte medicale nu mai este rambursată integral de fondurile de asigurări de sănătate și rămân parțial în responsabilitatea pacienților.

Când un individ achiziționează un produs pentru sănătate, interesele economice ale utilizatorului pot fi în pericol. În ciuda liberalizării recente a vânzărilor a anumitor medicamente care nu fac obiectul unei prescripții medicale obligatorii, totuși este dificil pentru clienții unei farmacii să aibă acces direct la această marfă , deoarece nu este un supermarket cu autodeservire unde clientul se poate informa pe deplin despre produsul care intenționează să îl achiziționeze. Prin urmare, este imposibil să compare prețurile și să afle despre compoziția sau efectele acestor produse.

Când serviciul este furnizat de o unitate industrială comercială, relația cu clientul este în conformitate cu dreptul privat. În consecință, judecătorul poate admite aplicarea dreptului consumatorilor, în special teoria clauzelor abuzive. Pe de altă parte, răspunsul este mai puțin ușor pentru serviciile furnizate de serviciile administrative publice. Conform unui opinie pe scară largă, beneficiarul unui serviciu de sănătate publică se află într-o relație legală și nu contractuală. Drept urmare, legea privind protecția drepturilor consumatorului nu ar mai avea dreptul de a fi citată. Doctrina nu exprimă o părere unanimă în acest sens. Considerăm astfel că ar trebui făcută o distincție

între serviciile publice administrative pe care le oferă instituțiile medico-sanitare publice și cele oferite contra plată, care sunt de multe ori costisitoare. Activitatea IMSP-urilor în acest caz ar trebui să fie supusă legislației protecției consumatorilor și beneficiarii de serviciile date să fie considerați ca fiind consumatori. Am putea adăuga în acest sens că, atunci când propun astfel de servicii, aceste entități se comportă ca întreprinderi. Aceștia intervin pe o piață prin implicarea într-o activitate economică și, prin urmare, se încadrează și în dreptului concurenței, care se aplică întreprinderilor. În mod tradițional, au fost prezentate diverse obstacole pentru a nu supune relația de sănătate la regulile de protecție a consumatorilor, dintre care principalul este particularismul legăturii formate între un pacient și medicul său. Fără a nega această specificitate, considerăm totuși că raporturile dintre beneficiarii serviciilor de sănătate și prestatorii acestora sunt destinate a fi reglementate și de legea privind protecția drepturilor consumatorilor.

3.3. Prevederi legislative de drept comparat privind protecția consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale

Siguranța și sănătatea pacienților și consumatorilor europeni sunt supuși dublei protecții: în legislația națională, în primul rând și în UE Legislație secundară europeană (reglementări, directive și decizii), în mod complementar sau subsidiar, în funcție de caz.

Dacă, la nivel european, protecția consumatorilor este foarte largă pentru apărarea intereselor lor economice, securitatea lor fizică este subiectul unei directive generale și a mai multor directive specifice, politica de protecție a consumatorilor a decolat la nivel european în urmă cu aproximativ douăzeci de ani.

Protejarea sănătății consumatorilor în special a cetățenilor europeni, este un principiu de bază al dreptului european, disponibil în toate sectoarele a activităților și în special în domeniul securității alimentare. Problemele legate de siguranța pacientului au apărut pentru prima dată în texte specifice referitoare la siguranța medicamentelor (farmacovigilență) și protecție împotriva radiațiilor. Odată cu dezvoltarea recentă a competențelor europene în domeniul sănătății publice, siguranța pacientului a devenit o temă importantă pentru cooperarea între Comisia Europeană (în continuare Comisie), ministerele de sănătate și organizațiile reprezentative ale pacienților și cadre medicale. Deci, competențe pentru probleme de sănătate cât și problemele legale de drepturile consumatorilor au fost împrăștiate pe multe mai multe domenii și servicii ale Comisiei, majoritatea acestora au fost reunite

în 1999 într-un nou ”Directorate-General for Health and Consumers DG SANCO [225] ” (Directoratul General pentru Sănătate și Consumatori), sub autoritatea unui singur comisar european: David Byrne, apoi Markos Kyprianou, din 2004. După extinderea suplimentară a Uniunii la 27 de țări în 2007, portofoliul de politici pentru consumatori a fost încredințat către comisarul bulgar, Meglena Kuneva și pe cel al sănătate pentru un cipriot, Androulla Vassiliou.

Articolul 152 din Tratatul de la Nisa [277] prevede că un nivel al protecției sănătății umane este asigurată în definirea și implementarea tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii Europene. Aceasta se referă în special la produsele alimentare, transport, energie și toate celelalte produse și servicii oferite consumatorilor, precum și produse sau servicii de sănătate ce vizează direct pacienții. Pentru calitatea și siguranța substanțe de origine umană, acest articol specifică faptul că măsurile întreprinse de UE nu pot împiedica un stat membru pentru a menține sau a stabili măsuri mult prea stricte.

Articolul 153 din tratat prevede că UE contribuie la protejarea sănătății și siguranței consumatorilor atunci când adoptă măsuri pentru organizarea pieței interne sau pentru a sprijini și completa politicile naționale de protecție a consumatorilor. Acest articolul specifică faptul că statele membre pot menține sau stabili măsuri mai stricte, compatibile cu principiile tratatului și notificate Comisiei.

Aceste principii de bază sunt amintite în alte dispoziții ale tratatului. Protecția sănătății poate justifica măsuri naționale care restricționează libertatea de circulație a mărfurilor (art. 30) sau a persoanelor (art. 46). Cu toate acestea, măsurile naționale trebuie să fie notificate Comisiei, care verifică dacă sunt proporționale, dacă nu sunt discriminatorii și nu constituie măsuri protecționiste deghizate.

Pentru toate măsurile legislative de armonizare Propunerile Comisiei și dispozițiile adoptate de Consiliu și de Parlament trebuie să asigure un nivel ridicat de protecție a sănătății umane (art. 95). Aceasta ar presupune o armonizare „deplină”. Cu toate acestea, statele membre pot deroga de la aceasta invocând o clauză de salvagardare, în caz de urgență sau în baza noilor dovezi științifice.

Tratatul Euratom a creat în 1957 Comunitatea Europeană în Energie Atomică pentru cooperare în domeniul cercetării și protecției nucleare a populației. Acest tratat permite stabilirea criteriilor pentru siguranță uniformă și de protecție împotriva radiațiilor, în special pentru pacienții și cadrele medicale expuse radiații ionizante.

Directiva Consiliului 85/374 / CEE din 25 iulie 1985 [39] a armonizat legile statelor membre în domeniu responsabilității produsului pentru a asigura un nivel ridicat de protecție a consumatorului

împotriva daunelor cauzate de un produs defect. Victima are trei ani pentru a solicita reparații. Această directivă stabilește principiul responsabilității pentru răspunderea obiectivă a producătorului sau a importatorului, în situații de daune pricinuite de un defect a produsului său. Defectul este evaluat în special în funcție de data prezentării, utilizării produsului sau serviciului.

Responsabilitatea producătorului este de zece ani de la comercializare. Producătorul este scutit dacă dovedește că cunoștințele tehnice, la momentul aflării pe piață a produsului, sa dovedit a fi insuficientă pentru a detecta defectul. În acest sens, statele membre sunt autorizate să ia măsuri derogative. În plus, victima se poate baza pe dispoziții naționale mai favorabile decât Directiva. Directiva 1999/34 / CE [80] a extins responsabilitatea pentru produsele cu defecte și față de materiile prime agricole, cum ar fi laptele și carne, eliminând problemele de frontieră cu produse alimentare procesate.

Directiva 2001/95 / CE a Parlamentului European și a Parlamentului European Consiliul din 3 decembrie 20013 stabilește regulile generale pentru siguranța produselor pentru consumatori. Această directivă se aplică atunci când nu există dispoziții comunitare specifice care reglementează siguranța sau când legislația comunitară sectorială are lacune. Un produs este considerat sigur atunci când respectă prevederile specifice comunității care reglementează siguranța acestuia sau în conformitate cu un standard european stabilit în conformitate cu o procedură stabilită de Directiva în cauză [30].

În absența dispozițiilor comunitare, acestea sunt reglementări sau standarde naționale în țara din care se aplică. Producătorii și distribuitorii trebuie să asigure că piața produselor îndeplinește obligația generală de siguranță. În plus, acestea trebuie:

- să furnizeze consumatorului informații utile pentru evaluarea riscurilor produsului;
- să monitorizeze introducerea lor pe piață și să asigure trasabilitatea produselor lor;
- în caz de pericol, să notifice autoritățile competente și să colaboreze cu ele;
- să ia măsurile adecvate în caz de pericol cum ar fi: retragerea de pe piață, avertizarea consumatorilor etc.

Statele membre se asigură că producătorii și distribuitorii își îndeplinesc obligațiile prin intermediul structurilor de control și intervenție, precum și prin stabilirea unor sancțiuni. Comisia mandatează organismele europene de standardizare să stabilească prezumția de conformitate cu obligația generală de siguranță. Ea gestionează sistemul de alertă rapidă (RAPEX) [32] și fortifică sistemul măsurilor de răspuns adecvate.

Dacă este să abordăm scopul dispozițiilor comunitare specifice , atunci autorul menționează că anumite produse care pot prezenta riscuri particulare în timpul utilizării lor de către consumatori, ceea ce presupune existența și cunoașterea unor precauții privind etichetarea și monitorizarea operatorii economici, sub control autorităților naționale competente. Dispozițiile date sunt un fel de dispozitive de control și de alertă pentru analiza și prevenirea riscurilor și intervenirea în caz de pericol.

În ceea ce privește securitatea alimentară , Uniunea Europeană a încercat să asigure cetățenii cu privire la siguranța alimentelor provenite, în special, din ferme , prin adoptarea regulilor stricte în domeniul alimentelor, sănătății animale și problemelor fitosanitare. Aceste reguli se aplică producției agricole Europene și dar și importurilor. Noile state membre beneficiază de măsuri tranzitorii pentru a se conforma la standardele comunitare, dar nu pot exporta în celelalte state membre în perioada de tranziție.

Începând cu 2005, în urma unei revizuirii complete a dreptului alimentar european [123], companiile și întreprinderile din sectorul serviciilor și produselor alimentare trebuie să garanteze capacitatea alimentelor și furajelor pe întregul lanț alimentar. Regulile Standardele de igienă au fost actualizate în 2006. Dincolo de această legislație-cadru aplicabilă tuturor produselor alimentare, textele specifice se referă la carne, produse lactate, ambalaje în contact cu alimente, suplimente alimentare, coloranți, antibiotice utilizate în producție de alimente și utilizarea pesticidelor. Regulile stricte sunt aplicat de asemenea în ceea ce privește diseminarea, comercializarea, etichetarea și trasabilitatea culturilor și alimente care conțin organisme modificate genetic. Întregul legislația farmaceutică veterinară, în special stabilirea limitelor maxime de reziduuri de medicamente veterinari în ouă, lapte și carne [41].

Directiva 76/768 / CEE [42] a Consiliului armonizează prevederile privind compoziția, etichetarea și experimentarea produselor cosmetice pentru a proteja sănătatea consumatorilor. Unele ingrediente sunt interzise, altele sunt supuse restricțiilor. Fabricarea și importul sunt supuse notificării pentru a permite operatorilor să monitorizeze produsele, sub supravegherea autorităților competente.

Alte Directive Europene privind siguranța bunurilor și serviciilor au fost adoptate în multe industrii: jucării, articole care conțin ftalați (inclusiv articole pentru copii [43]), pirotehnică, vopsele și materiale de construcție, autovehicule, securitatea hotelului împotriva riscurilor de incendiu, siguranța în baie, etc.

Programul multianual al UE privind protecția consumatorilor [286] a fost reînnoită în 2014, cu un buget de aproape 188,83 milioane EUR pentru perioada 2014-2020. Acest program urmărește să asigure un înalt nivel de protecție a consumatorilor și să acorde mai multă putere consumatorilor prin informare și educare. Având o putere sporită, consumatorii își pot exercita mai bine drepturile organizându-se și astfel pot juca un rol mai activ pe piața unică a UE.

Al treilea [124] program de acțiune comunitară în domeniul sănătății a intrat în vigoare în 2014, în timp ce primul program de acțiune comunitară a finanțat mai mult de 300 de proiecte transeuropene din 2002 până în 2007, iar al doilea program a avut un buget de 321,5 milioane de euro pentru perioada 2008-2013. Obiectivul general al celui de al treilea program este acela de a veni în completarea, de a sprijini și de a adăuga valoare politicilor statelor membre, de a îmbunătăți starea de sănătate a cetățenilor Uniunii și a reducerii inegalității în ceea ce privește sănătatea prin promovarea sănătății, încurajarea inovării în domeniul sănătății, sporirea durabilității sistemelor de sănătate și protejarea cetățenilor Uniunii de amenințările transfrontaliere grave la adresa sănătății.

Trebuie menționat faptul că, în cadrul reînnoirii programelor Europene, Comisia Europeană a propus Consiliul și Parlamentul un program global important [118] pentru protecția sănătății și a consumatorilor, înzestrat cu 1.203 milioane de euro, din care 969 milioane pentru sănătate. Parlamentul European a preferat să scindeze din nou de acest program major ambițios în două programe separate, în timp ce Consiliul a redus în mod semnificativ creditele alocate, ținând cont de perspectivele financiare dificile pentru bugetul general al Uniunii Europene până în 2013.

Trei comitete științifice au fost înființate pe baza Deciziei 2004/210/CE a Comisiei [51], astfel cum a fost modificată prin Decizia 2007/263/CE a Comisiei [52]:

- **Comitetul științific pentru produse destinate consumatorilor** (denumit în continuare „CSPC”). Emite avize asupra unor probleme privind toate tipurile de riscuri pentru sănătate și siguranță (în special riscuri chimice, biologice, mecanice și alte riscuri fizice) implicate de produsele nealimentare destinate consumatorilor (de exemplu: produse cosmetice și ingredientele acestora, jucării, textile, îmbrăcăminte, produse pentru igiena personală și produse de uz casnic precum detergenți etc.) și de servicii (de exemplu: tatuarea, bronzarea artificială etc.).
- **Comitetul științific pentru riscurile asupra sănătății și a mediului** (denumit în continuare „CSRSM”). Emite avize asupra riscurilor pentru sănătate și pentru mediu privind poluanți prezenți în mediul înconjurător și alți factori cu risc biologic și fizic sau asupra condițiilor

fizice schimbătoare care pot avea un impact negativ asupra sănătății și a mediului, de exemplu cu privire la calitatea aerului, apă, deșeuri și sol, precum și asupra evaluării ciclului de viață al mediului. De asemenea, va aborda aspecte de sănătate și de siguranță cu privire la toxicitatea și eco-toxicitatea biocidelor. Fără a aduce atingere competențelor atribuite Agenției Europene pentru Produse Chimice (AEPC), Comitetului științific pentru siguranța consumatorilor (CSSC) și altor agenții europene de evaluarea riscurilor, acest comitet poate fi, de asemenea, invitat de către Comisie să abordeze, în special în colaborare cu alte agenții europene și mai ales cu AEPC, problemele privind examinarea toxicității și a eco-toxicității compușilor chimici, biochimici și biologici a căror utilizare poate avea consecințe dăunătoare asupra sănătății umane și asupra mediului. Mai mult, comitetul va aborda aspecte legate de aspectul metodologic al evaluării riscurilor pentru sănătate și mediu ale produselor chimice, inclusiv amestecuri de produse chimice, după caz, pentru a acorda avize de calitate și coerente în domeniile de competență care îi revin, precum și pentru a contribui la problematica relevantă în strânsă cooperare cu alte agenții europene.

- **Comitetul științific pentru riscuri sanitare emergente și noi** (denumit în continuare „CSRSSEN”). Emite avize asupra problemelor privind riscurile emergente și noi pentru sănătate și mediu, precum și asupra unor chestiuni generale, complexe sau multidisciplinare care impun o evaluare globală a riscurilor asupra siguranței consumatorilor sau a sănătății publice sau chestiuni conexe care nu sunt de competența altor organisme comunitare de evaluare a riscurilor. Printre exemplele de posibile domenii de activitate se numără riscurile potențiale asociate cu interacțiunea factorilor de risc, efectele de sinergie sau cumulative, rezistența la agenți anti microbieni, noi tehnologii precum nanotehnologiei, dispozitive medicale, inclusiv cele care includ substanțe de origine animală și/sau umană, ingineria țesuturilor, produsele din sânge, controlul fertilității, cancerul organelor endocrine, pericole fizice precum zgomotul sau câmpurile electromagnetice (provocate de telefoane mobile, transmițătoare sau spații rezidențiale controlate electronic) și metodologii de evaluare a noilor riscuri. De asemenea, poate fi invitat să abordeze riscurile implicate de determinați ai sănătății publice și ai bolilor netransmisibile [33].

Cerințele de calitate, siguranță și eficiență ale medicamentelor introduse pe piață în Europa s-au consolidat considerabil de la prima directivă din 1965. Aceste dispoziții complexe, complet codificate în 2001 [41], se referă la accesul la piață, informații referitoare la droguri, măsuri de

supraveghere și controlul de la cercetare, fabricație, comercializare, până la procedurile de retragere a produselor periculoase sau cu defect. Toate regulile și notele de orientare pentru aplicarea reglementărilor sunt actualizate electronic într-o serie de mai multe volume tematice (EUDRALEX) [285].

Extinderea competențelor Agenției Europene din 2004 [125] a fost însoțită de o consolidare considerabilă a măsurilor de farmacovigilență, în special extinderea obligațiilor și de notificări ale reacțiilor adverse și crearea unei baze de date europene pe medicamente (EUDRAPARM) [290].

Prescripții detaliate pentru farmacovigilența europeană sunt publicate în volumul 9 din EUDRALEX. Agenția Europeană de Medicamente [291] publică frecvent informații despre farmacovigilență, prin intermediul agențiilor naționale și mass-media. Reglementările farmaceutice comunitare, inclusiv farmacovigilența, au fost extinse la terapii avansate, cum ar fi terapiile genetice, somatice și tisulare, prin Regulamentul (CE) nr. 1394/2007 care intră în vigoare sfârșitul anului 2008 [126].

Cadrul legal comunitar aplicabil cerințelor de calitate și siguranță ale sângelui, plasmei, țesutul uman include directivele Parlamentului și ale Consiliului completate de specificații tehnice adoptate sub formă de directive ale Comisiei. Acesta acoperă colectarea, testarea, tratamentul, stocarea și distribuția și trasabilitatea acestor produse, fără a aduce atingere unor standarde naționale mai stricte.

Directiva 2002/98 / CE a Parlamentului European și a Consiliului din 27 ianuarie 2003 stabilește standarde de calitate și securitate pentru colectarea, controlul, prelucrarea, conservarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine[44].

Directiva 2004/23 / CE din Parlamentul European și Consiliul din 31 martie 2004 stabilesc standarde de calitate și securitate pentru donare, obținerea, controlul, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și celulelor umane [45]. Dispozitivele medicale sunt acoperite de trei directive care definesc cerințele esențiale pentru evaluare și managementul securității și performanței:

- Directiva 90/385 / CEE privind dispozitivele implantabil [46];
- Directiva 93/42 / CEE privind dispozitivele medicale în general [47];
- Directiva 98/79 / CE privind produsele de diagnostic in vitro [48].

Aceste directive sunt completate de standarde europene armonizate. Dosarul de proiectare pentru acestea produsele sunt notificate organismelor desemnate de statele membre pentru evaluarea și certificarea conformității printr-un marcaj ” CE”.

În cele din urmă, Directiva 2013/59/Euratom a Consiliului din 5 decembrie 2013 de stabilire a normelor de securitate de bază privind protecția împotriva pericolelor prezentate de expunerea la radiațiile ionizante.

În urma unui proces de reflecție privind mobilitatea pacienților, inclusiv miniștrii sănătății, profesioniștii și pacienții, Comisia a instituit în 2004 a Grup de nivel înalt pentru servicii de sănătate și îngrijiri medicale, compuse din reprezentanți desemnați de miniștrii Sănătății. Acest grup a fost însărcinat cu mai multe domenii majore:

- furnizarea de asistență medicală transfrontalieră;
- informații privind calitatea, siguranța și continuitatea îngrijirii;
- drepturile și responsabilitățile pacienților;
- pregătire profesională continuă pentru a garanta calitatea serviciilor;
- centre de referință pentru boli rare sau alte îngrijiri de specialitate;
- evaluarea tehnologiei de sănătate și crearea unui rețea europeană viabilă;
- informații și sănătate online;
- impactul UE asupra sănătății și sistemelor de sănătate;
- schimburi de experiență și expertiză privind siguranța pacienți.

În paralel cu aceste activități, proiectele au fost finanțate de Programul European de Sănătate Publică privind rezistența la antibiotice, boli nosocomiale și în 2005, două mari conferințe Europene ale președințiilor din Luxemburg și Marea Britanie. Comisia a reînnoit în 2007 și ulterior în 2014 strategia sa în domeniul protecției consumatorului. Caracterul subsidiar al protecției consumatorului de către Directivele privind „armonizarea minimă” mențin diferențe semnificative în ceea ce privește nivelul de protecție și drepturi în funcție de țară. În urma cercetărilor efectuate autorul a constatat că are loc o consultare largă în cadrul EU pe baza unui raport comparativ asupra politicilor naționale și sisteme legale de protecție a consumatorilor.

Măsurile europene de protecție a consumatorilor vizează protecția sănătății, a siguranței și a intereselor economice și juridice ale consumatorilor europeni, indiferent de locul unde aceștia locuiesc, călătoresc sau fac cumpărături în UE. Dispozițiile UE reglementează atât tranzacțiile fizice, cât și comerțul electronic și conțin norme de aplicabilitate generală însoțite de dispoziții care vizează produse specifice, inclusiv medicamente, organisme modificate genetic, produse din tutun, cosmetice, jucării și explozivi.

Articolul 4 alineatul (2) litera (f) și articolele 12, 114 și 169 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE) și articolul 38 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene. Articolul 114 din TFUE este temeiul juridic pentru măsurile de armonizare care vizează înființarea pieței interne. Acesta pune accentul pe obiectivul de a asigura un nivel ridicat de protecție, inclusiv de protecție a consumatorilor, și de a ține pasul cu noile evoluții întemeiate pe fapte științifice. Articolul 169 din TFUE a introdus un temei juridic pentru o gamă completă de acțiuni la nivelul UE în domeniul protecției consumatorilor. Acest articol prevede că „pentru a promova interesele consumatorilor și pentru a asigura un nivel ridicat de protecție a consumatorilor, Uniunea contribuie la protecția sănătății, a siguranței și a intereselor economice ale consumatorilor, precum și la promovarea dreptului acestora la informare, educare și organizare în vederea apărării intereselor lor”.

De asemenea, articolul prevede acordarea unei atenții crescute intereselor consumatorilor în cadrul celorlalte politici ale UE. În acest sens, articolul 169 consolidează articolul 114 și îi lărgeste domeniul de acțiune dincolo de piața unică, astfel încât să includă accesul la bunuri și servicii, accesul la instanțe, calitatea serviciilor publice și anumite aspecte privind nutriția, alimentele, locuințele și politica de sănătate. Articolul precizează, de asemenea, că măsurile UE nu trebuie să împiedice un stat membru să mențină sau să introducă măsuri de protecție mai stricte, atâ timp cât acestea sunt compatibile cu tratatele. În consecință, politica de protecție a consumatorilor face parte din obiectivul strategic al UE de ameliorare a calității vieții cetățenilor săi. În afară de acțiunile directe destinate protejării drepturilor, UE se asigură că interesele consumatorilor sunt incluse în legislația UE din toate domeniile relevante de politici. În conformitate cu articolul 12 din TFUE, cerințele din domeniul protecției consumatorilor trebuie luate în considerare atunci când se definesc și se pun în aplicare celelalte politici și acțiuni ale UE. Articolul 38 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene consolidează protecția consumatorilor prevăzând că politicile UE trebuie să asigure un nivel ridicat de protecție a consumatorilor.

Tratatul de la Lisabona a subliniat importanța politicii de sănătate, stipulând că „în definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Comunității se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane”. Acest obiectiv urmează să fie realizat cu sprijinul Uniunii acordat statelor membre și prin încurajarea cooperării. Responsabilitatea principală pentru protecția sănătății și, în special, a sistemelor de sănătate, revine în continuare statelor membre. Cu toate acestea, UE joacă un rol important în îmbunătățirea sănătății publice, în prevenirea și gestionarea bolilor, atenuarea surselor de pericol pentru sănătatea umană și armonizarea strategiilor de sănătate între statele membre. UE a

aplicat cu succes o politică cuprinzătoare prin intermediul strategiei de sănătate „Sănătate pentru creștere economică” și programul său de acțiuni pentru 2014-2020, precum și a unui corp de legislație secundară. Structura instituțională actuală de sprijin a punerii în aplicare include Direcția Generală Sănătate și siguranță alimentară a Comisiei (DG SANTE) și agențiile specializate, în special Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) și Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) [289].

Din punct de vedere istoric, politica de sănătate a UE își are originea în dispozițiile cu privire la sănătate și siguranță, dezvoltându-se mai târziu ca urmare a liberei circulații a persoanelor și mărfurilor pe piața internă, ceea ce a făcut necesară coordonarea sănătății publice. În armonizarea măsurilor pentru crearea pieței interne, baza propunerilor în domeniul sănătății și siguranței a constituit-o un nivel ridicat de protecție. Diferiți factori, printre care criza provocată de encefalopatia spongiformă bovină (ESB) de la sfârșitul secolului trecut, au făcut ca sănătatea și protecția consumatorilor să devină puncte importante ale agendei politice. În consecință, Direcția Generală Sănătate și siguranță alimentară a Comisiei (DG SANTE) a asumat coordonarea tuturor domeniilor legate de sănătate, inclusiv medicamentele. Consolidarea agențiilor specializate, cum ar fi Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) și crearea Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) demonstrează angajamentul crescând al UE față de politica de sănătate. Sănătatea publică mai beneficiază și de acțiuni în domenii politice, precum mediul și alimentația, printre multe altele. Intrarea în vigoare a cadrului REACH (pentru evaluarea și înregistrarea substanțelor chimice) și crearea unei Agenții Europene pentru Siguranța Alimentară (EFSA) sunt, de asemenea, indicatori adecvați ai eforturilor multidisciplinare îndreptate în direcția îmbunătățirii sănătății cetățenilor europeni.

3.4. Concluzii Capitolul III

În urma studiilor efectuate în prezentul capitol asupra sistemului legislativ național ce vizează domeniul serviciilor medicale, în special actele normative care enunță principalele drepturi ale beneficiarilor de servicii medicale, referindu-ne atât la pacient cât și la consumator, putem formula următoarele concluzii:

1. Legislația națională prevede un șir de acte normative care vizează sistemul de sănătate precum Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995 [60], Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate nr. 552-XV din 18.10.2001 [78], Legea cu privire la exercitarea

profesiunii de medici nr. 264-XVI din 27.10.2005 [83] , Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998 [75], Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr.1593-XV din 26.12.2002 [79] , Legea cu privire la medicamente nr. 1409-XIII din 17.12.1997 [74], etc., legi care vin să reglementeze domeniile de bază ale ocrotirii sănătății și să stabilească bazele asigurărilor obligatorii de asistență medicală, dar și legi suplimentare care vin să ofere o serie de garanții beneficiarilor de servicii medicale, precum Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263–XVI din 27.10.2005 [82], Legea privind protecția consumatorului nr.105 din 13.03.2003 [80].

2. Nu există o noțiune expres prevăzută de legislație cu privire la beneficiarul de servicii medicale, astfel în actele normative vehiculează două noțiuni aparent distincte, cea de consumator și cea de pacient, iar vizând relația de prestare servicii per ansamblu se regăsesc și noțiunile de prestator atât pentru actele economice cât și cele medicale.
3. Autorul a determinat un set de caractere la baza căruia a făcut o distincție dintre consumatorii de servicii de sănătate și consumatorii altor tipuri de servicii, enunțând atât diferențele cât și similitudinile dintre aceștia. Și anume, s-a constatat faptul că un beneficiar al serviciilor medicale nu mereu are posibilitatea de a alege între serviciile prestate sau prestatorii acestor servicii, avînd la bază raportul preț/calitate, în special în stuațiile de urgență sau în situațiile cînd aceste servicii implică costuri suplimentare în cazul apelării la un alt specialist decît cel garantat de stat. Dar de cele mai multe ori, orice persoană fizică care solicită sau este în căutarea unor servicii medicale, poartă aceleași caracteristici de bază asimilate unui consumator uzual al altor tipuri de servicii, respectiv, se implune o recunoaștere ca atare a statutului de consumator pentru acești beneficiari ai serviciilor medicale.
4. În cadrul acestui capitol au fost enumerate drepturile beneficiarilor de servicii medicale atât din punctul de vedere a Legii nr.263/2005 cât și a Legii nr.105/2003, autorul făcînd o paralelă între acestea și demonstrînd aplicabilitatea Legii nr.105 privind protecția consumatorului, astfel , apelînd la legislația consumeristă de protecție, beneficiarul de servicii medicale în mod automat primește drepturi suplimentare, precum : dreptul de a se adresa în judecată la locul său de trai (și nu la locul de aflare a pârâtului, ca în cazuri obișnuite); dreptul de a percepe costul serviciului prestat necalitativ; dreptul de a percepe dauna cauzată de utilizarea medicamentelor și materialelor necalitative indiferent de faptul dacă pârâtul știa sau nu de

asemenea proprietăți; dreptul de a percepe despăgubirea; dreptul la compensarea daunei morale chiar și în lipsa prejudiciului vieții și sănătății.

5. Au fost abordate o serie de prevederi legislative de drept comparat, printre principalele acte normative care vizează protecția sănătății și siguranței consumatorului, precum Tratatul de la Lisabona, Tratatul de la Nisa, Declarația privind Drepturile Pacientului adoptată la Amsterdam în 1994, Directiva Consiliului 85/374 / CEE din 25 iulie 1985, Directiva 1999/34 / CE, Directiva 2001/95 / CE, Directiva 76/768 / CEE, Directiva 2002/98 / CE, Directiva 2004/23 / CE, Directiva 93/42 / CEE, analiza cărora a evidențiat faptul că responsabilitatea principală pentru protecția drepturilor beneficiarilor de servicii medicale și, în special, a sistemelor de sănătate, revine statelor membre, care armonizează legislația lor națională conform directivelor UE, recunoscând din start statutul de consumator al serviciilor de sănătate prestate atât în sistemul public cât și în cel privat, tendință recomandabilă și pentru Republica Moldova.
6. Studiarea practicii judiciare a Curții Europene a Drepturilor Omului anume cu predilecție în domeniul serviciilor medicale vizând drepturile beneficiarilor de servicii medicale a întărit ipoteza autorului precum că orice persoană fizică este în drept să își apere drepturile care i-au fost încălcate apelând la acele acte normative protecționiste fie ele strict din domeniul dreptului medical sau din cel al protecției consumatorului sau al protecției drepturilor omului.
7. În urma analizei efectuate se propune *formularea noțiunii de prestatori de servicii în sens larg în următoarea accepțiune*: prestatorii de servicii urmează să cuprindă inclusiv instituțiile de drept public, ori potrivit art.1 din Legea nr.105/2003, prestatorii de servicii sunt doar întreprinzătorii privați, ceea ce urmează a fi adaptat pentru domeniul serviciilor medicale.
8. Autorul propune *lege ferenda* și anume *elucidarea noțiunilor de pacient beneficiar de servicii medicale prin prisma art.1 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului 263/2005* cu completarea sintagmei în următoarea formulă: pacient (consumator al serviciilor de sănătate) este orice persoană fizică [se păstrează redacția din lege] ...,și care se bucură de drepturile de despăgubire în calitate de consumator de servicii medicale potrivit Legii nr.105/2003.

4. MIJLOACE JURIDICE DE PROTECȚIE A DREPTURILOR CONSUMATORILOR DE SERVICII MEDICALE

Viața omului și sănătatea acestuia sunt considerate unanim cele mai de preț valori pentru întreaga omenire cât și pentru individ aparte, care evident necesită pe deplin protejate. Pe arena internațională prin Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 cât și prin Constituțiile diferitor state, inclusive Republica Moldova, dreptul omului la sănătate a fost recunoscut, ceea ce reflectă dreptul oamenilor la sănătate și la serviciile de îngrijire medicală. În acest ultim capitol abordăm o problemă în care statutul beneficiarului de servicii medicale în calitate de consumator are o influență considerabilă. Ne referim la responsabilitatea pentru daunele cauzate de serviciile și produsele medicale defecte, în care rolul jucat de Legea privind protecția consumatorilor, modulând categoriile clasice de responsabilitate, poate deveni o parte relevantă a soluționării unor astfel de conflicte.

Prin urmare, în acest capitol intenționăm să analizăm, printre altele, una dintre cele mai pronunțate consecințe ale atribuirii beneficiarului serviciilor medicale de calitate a consumatorului: supunerea prestatorului de servicii medicale la regimul de răspundere specială prevăzut în reglementările de apărare a consumatorilor.

Cu toate acestea, trebuie să se anticipeze că, deși se află în zona pagubelor cauzate de medicamente și dispozitive medicale, aplicarea regimului de răspundere obiectivă a Legii cu privire la protecția consumatorilor este mai clară, decât în cazul daunelor cauzate de serviciile sanitare stricto sensu. În acest al doilea caz, regimul de răspundere obiectivă, caracteristic dreptului consumatorilor, a implicat ruperea configurației ancestrale a prestației medico-sanitare ca o obligație de mijloc sau simplă activitate. Acest lucru a forțat să se aplice în mod restrictiv textul legal, după cum vom examina mai târziu, până la punctul în care putem anticipa că, în afară de configurația juridică-pozitivă, responsabilitatea medico-sanitară constituie o construcție jurisprudențială în continuă evoluție.

Vorbind despre reponsabilitatea medico-sanitară din punct de vedere consumerist, este imperativ să distingem între tipurile de servicii medicale, clasificarea cărora a fost abordată pe larg în capitolul doi al acestei cercetări.

Pe baza acestei idei inițiale, trebuie menționat că, așa cum este cunoscut pe larg, furnizarea de servicii medicale, ca orice altă activitate materială, poate da naștere la răspunderea penală sau civilă a agentului în caz de daune. În ceea ce privește răspunderea penală, atunci când fapta sau omisiunea

prestatorului constituie infracțiune, este posibil să apelăm la jurisdicția penală pentru a solicita răspunderea civilă, circumstanță din ce în ce mai frecventă în sectorul sănătății, deoarece uneori poate facilita în mod extraordinar compensarea economică a prejudiciului în instanța civilă, astfel încât acțiunea penală și acțiunea civilă să nu urmeze căi convergente, ci paralele, în general succesive.

Pentru a întocmi schema tipologică de bază și a determina canalele jurisdicționale în care se dezvoltă răspunderea civilă pentru furnizarea serviciilor medicale, trebuie să pornim de la o distincție aparent clară, care a fost apoi foarte nuanțată de jurisprudență. Continuând această idee, menționăm că se face o diferențiere clară între responsabilitatea contractuală, când între pacient și prestatorul de servicii medicale există un contract de prestări servicii medicale (mai des în domeniul sectorului privat) sau răspunderea extra contractuală care apare în baza contract de asigurare de sănătate (polița medicală) sau când nu există o astfel de legătură contractuală. În același mod, în cazul participării mai multor profesioniști din domeniul sănătății, fie în mod colegial, fie în mod ierarhic, la producerea prejudiciului, în cazul în care există un contract cu partea vătămată, prezumția de parteneriat s-ar aplica, cu excepția cazului în care s-a convenit altfel, în timp ce, în cazul lipsei sau imposibilității de individualizare a subiectului responsabil, un criteriu de solidaritate în domeniul răspunderii necontractuale a fost inventat jurisprudențial.

În acest context, vom studia răspunderea pentru daunele cauzate de prestatorul de servicii medicale, care necesită, de asemenea, analiza răspunderii pentru produsele defecte, pe baza unui dublu motiv. În primul rând, furnizarea de medicamente și dispozitive medicale constituie, în multe cazuri, un beneficiu de a da, un accesoriu la obligația principală de a face. În al doilea rând, nu trebuie uitat faptul că Legea privind protecția consumatorilor, după stabilirea regulii generale de responsabilitate a producătorului pentru daunele cauzate de produsele neconforme include în acest concept prestatorul de servicii, care rezultă adesea în pârâul prestatorul de servicii medicale și nu producătorul, atât timp cât medicamentul defect sau dispozitivul medical care cauzează daunele au fost furnizate în cadrul furnizării de servicii medicale. În același mod, există cazuri de responsabilitate concomitentă între producător și prestatorul de servicii, a căror delimitare specifică necesită examinarea sistemului de compensare specific derivat din daunele cauzate de medicamente și dispozitive medicale defecte. În cadrul acestei cercetări ne-am propus să abordăm doar răspunderea juridică ce survine pentru daunele cauzate doar când vine vorba nemijlocit de prestarea serviciilor medicale, fără a face referință, chiar dacă e cazul, la cauzele conexe ce țin de dispozitivele medicale sau medicamente.

4.1. Modalități extrajudiciare de redresare a litigiilor din domeniul serviciilor medicale.

4.1.1. Protecția extrajudiciară a beneficiarilor de servicii medicale din partea statului

Fiecare pacient cunoaște sau dacă nu, trebuie să cunoască drepturile civile de bază, prevăzute de legislația în vigoare în sfera sănătății. Aceste cunoștințe permit de a construi relații corecte cu instituțiile din domeniul sănătății, de a insista asupra realizării de către ei a obligațiunilor sale, de a soluționa problemele legate de plată, de a controla calitatea tratamentului și de a soluționa situații de conflict. Drepturile pacientului nu se conțin într-un singur „cod medical” – ele sînt distribuite printr-o mulțime de legi și acte legislative, inclusiv în unele care par a fi departe de medicină, în particular în Codul Civil al Republicii Moldova. Legislația actuală a Republicii Moldova conține o listă largă de drepturi ale pacienților, așa cum am luat cunoștință în urma analizei efectuate în Capitolul 3.

Cu toate acestea, majoritatea cetățenilor nu le pot utiliza din cauza lipsei de informație accesibilă și a exemplelor reale de apărare a lor. E puțin probabil, de exemplu, că majoritatea cetățenilor își cunosc dreptul de a se informa liber despre documentația lor medicală și de a se consulta în baza ei cu orice specialiști, însă de fapt posibilitatea de a-și exercita acest drept a fost stabilită încă la data de 28.03.1995 prin Legea Republicii Moldova cu privire la ocrotirea sănătății (art. 27). Dreptul la asistență medicală calitativă și sigură, este unul dintre drepturile primordiale, iar fără respectarea acestuia existența întregului domeniu medical este lipsită de sens, iar populația în acest caz ar plăti în van impozite pentru serviciile medicale de stat și asigurarea medicală obligatorie. Prin aceasta, se impune o cercetare a mecanismelor legale de protejare a drepturilor tuturor beneficiarilor de servicii medicale.

După cum a mai fost menționat, Constituția Republicii Moldova [26] este primul act care garantează dreptul la servicii medicale calitative și face acest lucru prin art. 36. La prima vedere s-ar putea crede că elementul calității nu se regăsește în normele constituționale, dar, în ajutor ne vine Hotărârea Curții Constituționale nr. 28 din 2004 [60] în care se menționează clar că „Dreptul persoanei la asistență medicală include dreptul de a alege sau de a schimba medicul și instituția medico-sanitară, precum și dreptul de a primi asistență adecvată și de calitate”. Legislația națională nu definește ce înseamnă „serviciu medical calitativ”, respectiv putem aprecia că un serviciu medical este calitativ atunci când el a fost acordat în corespundere cu prevederile legale referitoare la serviciu (acțiunea) însuși, cât și la subiectul responsabil de acordarea acestuia. Astfel, apreciem că un serviciu medical este calitativ atunci când corespunde caracteristicilor/rigorilor medicale, dar și profesionale, și cînd actul medical vine să respecte toate drepturile beneficiarilor de serviciile date garantate de stat. Astfel,

indirect, acordarea de servicii medicale calitative este asigurată prin normele Legi nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, Legea nr. 411 din 28.03.1995 ocrotirii sănătății, Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, noul Cod deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului etc.

Legea ocrotirii sănătății transferă o parte din responsabilitățile statului autorităților publice locale, stabilind în calitate de principii ale sistemului ocrotirii sănătății următoarele: conducerea descentralizată și responsabilitatea autorităților publice locale pentru promovarea politicii statului în domeniu [71,art.2]. Astfel, autorităților administrației publice locale le revin competențe vaste în domeniul asigurării sănătății populației: îndrumarea subdiviziunilor de sănătate de interes local, numirea și eliberarea din funcție a conducătorilor acestora; organizarea educației sanitare a populației, dezvoltării rețelei de instituții medico-sanitare și consolidării bazei lor tehnico-materiale; organizarea controlului asupra salubrității și radiației mediului înconjurător, asupra respectării regulilor sanitare, luarea măsurilor preventive împotriva maladiilor sociale și transmisibile, epidemiilor, epizootiilor, întreprinderea de acțiuni pentru lichidarea acestora; organizarea acordării de asistență medicală populației; aprobarea și asigurarea implementării planurilor strategice locale de dezvoltare a serviciilor de sănătate, a programelor locale de sănătate și, în limitele posibilităților, participarea la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare, fondate în condițiile legii; luarea măsurilor excepționale pentru asigurarea sănătății și salvarea vieții oamenilor în situații extreme, în perioada de lichidare a urmărilor cataclismelor naturale și antropogene, precum și în procesul de combatere a epidemiilor; exercitarea altor funcții pentru asigurarea sănătății populației [71,art.6]. Dat fiind faptul că Legea ocrotirii sănătății nu conține reglementări referitoare la regulile, mecanismele și principiile de structurare a serviciilor ce acordă asistență medicală, soluțiile respective au fost introduse prin acte subordonate legii.

În mod direct, statul impune expres acordarea de servicii medicale calitative în Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [82], care, la art. 8 din lege prevede că, (1) Realizarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală este determinată de asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate de cea mai înaltă calitate, pe care societatea o poate garanta cu resursele umane, financiare și materiale disponibile, conform legislației. Statul, prin mijloacele prevăzute de lege, protejează cetățenii în calitatea lor de consumatori, asigurând informarea completă despre caracteristicile esențiale ale produselor și serviciilor, apară și asigură drepturile și interesele legitime împotriva unor practici abuzive.

În Republica Moldova au fost aprobate Standardele Europene privind calitatea serviciilor medicale, și anume standardul SM EN 15224:2017 Sistemele de management al calității și standardul SM CWA 16642:2017 Servicii de îngrijire a sănătății. Aceste standarde stabilesc cerințele minime de calitate a serviciilor medicale. Totuși, conform Legii nr. 20 din 04.03.2016 cu privire la standardizarea națională, standardul nu este un document obligatoriu pentru aplicare.

Drept instrumente spre realizarea dreptului la servicii medicale calitative numim:

1. contestarea calității serviciilor medicale acordate pe cale extrajudiciară sau judiciară (petiții, plângeri, acțiuni în judecată);

2. exercitarea controlului asupra calității serviciilor de sănătate acordate și acreditate în modul stabilit de legislație.

Controlul respectiv, este realizat de către:

a. Compania Națională de Asigurări în Medicină, care, prin lege are obligația de să verifice corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate. Acest control se face în temeiul Legii nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, art. 12 alin. (3) lit. c) din lege [76];

b. Agenția Națională pentru Sănătate Publică, din perspectiva protecției consumatorilor în domeniul în domeniul produselor medicamentoase, farmaceutice și parafarmaceutice, al serviciilor prestate de instituțiile farmaceutice și medicale, precum și în domeniul altor produse și servicii puse la dispoziția consumatorului de întreprinderile și instituțiile farmaceutice și medicale.

Prevederile art. 16 din Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [82] reglementează că, 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 [82,art.16].

Ministerului Sănătății, în calitate de organ central de specialitate al administrației publice în domeniul sănătății, este responsabil de elaborarea politicilor publice sectoriale și în particular a Strategiei sectoriale de cheltuieli în domeniul ocrotirii sănătății, precum și de asigurarea realizării acestora. Ministerul are misiunea de a asigura îmbunătățirea sănătății publice prin consolidarea sistemului de sănătate, asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost-eficiente, protecția împotriva riscurilor financiare asociate cu serviciile de sănătate, îmbunătățirea receptivității sistemului la necesitățile, preferințele și așteptările adecvate ale populației, precum și susținerea și promovarea intervențiilor de prevenție, protecție, promovare a sănătății și prin oferirea posibilităților de alegere a unui mod de viață sănătos. În condițiile unui sistem al sănătății bazat în mare parte pe asistența medicală spitalicească și a unei insuficiențe de resurse, eforturile Guvernului sunt îndreptate spre reformarea acestuia, asigurarea accesului populației la servicii de sănătate și îmbunătățirea calității acestora.

Fiecare instituție medico-sanitară este obligată să afișeze într-un loc accesibil pentru public informația cu privire la drepturile pacienților, modul și termenele de depunere a petițiilor și sugestiilor. Respectiv, persoanele care invocă încălcarea drepturilor pacientului, adică inclusiv, dreptul la serviciu medical calitativ, poate depune cereri sau reclamații organelor de control menționate mai sus, care trebuie să fie examinate în temeiul și conform Codului Administrativ al Republicii Moldova nr.116 din 19.07.2018 al altor acte legislative.

Pacientul sau reprezentantul său, conform art. 15 al Legii nr.263 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, poate ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate ce au condus la lezarea drepturilor individuale ale pacientului, precum și acțiunile și deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere ce au condus la lezarea drepturilor lui sociale stabilite de legislație. Pacientul are dreptul la o examinare și rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă. Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația.

Despre rezultatele examinării cererii/reclamației și decizia luată organul vizat trebuie să informeze pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și prestatorul de servicii de sănătate împotriva căruia a fost depusă reclamația. În cazul în care beneficiarul de servicii de sănătate sau reprezentantul său legal (al rudei apropiate) nu este de acord cu rezultatele examinării și decizia luată, aceștia pot apela la comisia independentă de expertiză profesională medicală, care se creează și

activează în conformitate cu un regulament aprobat de MSMPS. Concomitent, orice persoană care consideră că i-au fost lezate drepturile și interesele legitime prevăzute de prezenta lege este în drept, în vederea protejării lor, să se adreseze în instanța judecătorească competentă (apelând la modalitatea judiciară de redresare a litigiului).

Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală, inclusiv dreptul la servicii medicale calitative, o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor individuale, stipulate de legea nr.263/2005 - prestatorii de servicii de sănătate. Totuși, este greu de a separa dreptul la servicii medicale calitative de dreptul de dreptul la respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate. Astfel că Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului zice și că persoanele vinovate de încălcarea drepturilor pacientului stipulate de prezenta lege poartă răspundere în conformitate cu legislația. Răspunderea persoanelor respective poate fi disciplinară, contravențională sau penală – în dependență de faptă, consecințele ei. Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului [63], aprobat în martie 2017, prevede că în vederea aplicării prevederilor Codului, în cadrul instituțiilor medicale și farmaceutice se creează comitete de etică (bioetică), care își desfășoară activitatea în baza unui regulament, al cărui model se aprobă de către MSMPS. Raportul comitetului de etică (bioetică) trebuie să fie în acord cu prevederile stipulate în legislația în vigoare a Republicii Moldova și în conformitate cu tratele internaționale. Același cod mai prevede că lucrătorii medicali și farmaciștii care încalcă jurământul medicului, prevederile Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului, precum și prevederile altor acte normative răspund disciplinar.

În funcție de gradul de încălcare a normelor, pot fi aplicate următoarele sancțiuni:

1. avertismentul;
2. mustrarea;
3. mustrarea aspră.

Sancțiunile disciplinare se aplică în condițiile Codului muncii al Republicii Moldova nr.154-XV din 28 martie 2003. Conducătorii unităților medicale și farmaceutice au obligația de a pune la dispoziția persoanelor cu atribuții de investigare a abaterii disciplinare actele solicitate, precum și orice alte date și informații necesare soluționării cazului. Aplicarea răspunderii disciplinare a

lucrătorului medical sau a farmacistului nu exclude răspunderea penală, contravențională, civilă sau materială a acestuia, dar mai pe larg subiectul răspunderii va fi abordat pe larg în următorul sub capitol.

O garanție în plus este oferită beneficiarilor serviciilor de sănătate prin art.1409 , secțiunea 6, cod civil RM, unde este expus faptul că ” *în cazul oricărui tip de neexecutare a obligației rezultate din contractul de servicii de tratament se aplică dispozițiile legale privind mijloacele juridice de apărare al creditorului în caz de neexecutare, cu următoarele adaptări:*

- a) prestatorul de servicii de tratament nu poate exercita dreptul de a suspenda executarea sau a rezolvi contractul dacă aceasta va expune sănătatea pacientului la un pericol serios; și*
- b) în măsura în care are dreptul să suspende executarea sau are drept de rezoluțiune și planifică să exercite acest drept, prestatorul de servicii de tratament trebuie să îi recomande pacientului un alt prestator de servicii de tratament.”[19, art.1409]*

Pînă la acest moment, am abordat subiectul propus spre analiză doar prin prisma dreptului și legislației medicale, dar pentru că suntem cerți convinși că acea compatibilitate există între consumatori și pacienți, este de o importanță majoră să menționăm și o altă instituție de control, care ar vine ca un pilon de sprijin întru soluționare litigii pe care extrajudiciară, și anume Agenția Protecției Consumatorilor și Supravegherii Pieței (în continuare APCSP).

Agenția pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieței este autoritatea administrativă care coordonează la nivel național controlul respectării legislației cu privire la protecția consumatorilor, avînd statut de punct de contact național, avînd următoarele atribuții principale:

- implementează politica în domeniul protecției consumatorilor în comun cu organele centrale de specialitate ale administrației publice, cu autoritățile administrative din subordinea ministerelor și alte autorități administrative centrale din subordinea Guvernului, care au atribuții de control în domeniul protecției consumatorilor, cu autoritățile administrației publice locale cu atribuții în domeniu și cu asociațiile obștești de consumatori;
- monitorizează activitatea de protecție a consumatorilor desfășurată de autoritățile administrative competente;
- elaborează, în comun cu celelalte autorități competente în domeniul protecției consumatorilor, și aprobă metodologii, instrucțiuni, ghiduri, recomandări metodice privind aplicarea cadrului normativ cu privire la protecția consumatorilor
- examinează și elaborează, în comun cu celelalte autorități competente în domeniul protecției consumatorilor, precum și înaintează propuneri la proiecte de acte legislative sau de alte acte

normative în domeniul protecției consumatorilor referitor la fabricarea, ambalarea, etichetarea, conservarea, depozitarea, transportarea, introducerea și/sau punerea la dispoziție pe piață, și comercializarea produselor, referitor la prestarea serviciilor, astfel încât acestea să nu pună în pericol viața, sănătatea sau securitatea consumatorilor, să nu afecteze drepturile și interesele lor legitime, precum și referitor la regulile de desfășurare a activităților de comerț;

- participă, în colaborare cu organizații și instituții din țară și din străinătate, la realizarea programelor interne și internaționale în domeniul protecției consumatorilor în limita competențelor ce îi revin conform legii;
- organizează activități de informare, consiliere și educare a consumatorilor în ceea ce privește drepturile lor legitime;
- colaborează cu asociațiile obștești de consumatori în vederea informării consumatorilor asupra drepturilor lor legitime și a modalității de apărare a acestora;
- informează consumatorii asupra produselor și serviciilor ce prezintă riscuri pentru sănătatea și securitatea lor, precum și asupra practicilor comerciale incorecte care le pot afecta interesele economice;
- efectuează controlul respectării prevederilor legislației în domeniul protecției consumatorilor, inclusiv al activității în domeniul jocurilor de noroc, controlul respectării cerințelor privind siguranța produselor nealimentare, introduse sau puse la dispoziție pe piață destinate consumatorilor;
- efectuează supravegherea pieței privind conformitatea produselor nealimentare, introduse sau puse la dispoziție pe piață, cerințelor esențiale aplicabile, precum și controlul conformității serviciilor prestate, inclusiv turistice, cerințelor stabilite în actele normative și/sau declarate, cu excepția domeniilor atribuite competenței altor organe;
- efectuează prelevări de probe de produse nealimentare puse la dispoziție pe piață pentru analize și încercări în laboratoare acreditate;
- efectuează supravegherea metrologică a respectării de către persoanele juridice și/sau fizice a prevederilor actelor legislative și altor acte normative în domeniul metrologiei legale;
- elaborează, cu participarea celorlalte autorități competente în domeniul protecției consumatorilor, și aprobă raportul anual privind activitatea de protecție a consumatorilor, de asemenea asigură publicarea acestuia pe pagina sa web oficială;

- prezintă periodic rapoarte și sinteze Ministerului Economiei și Infrastructurii și autorităților administrației publice centrale interesate referitor la activitatea proprie în domeniul protecției consumatorilor și referitor la rezultatele supravegherii pieței;
- constată contravenții, examinează cauze contravenționale și aplică sancțiuni în conformitate cu prevederile Codului contravențional;
- emite decizii de remediere, înlocuire, restituire a contravalorii produsului, serviciului necorespunzător, ce urmează a fi executate în termen de cel mult 14 zile calendaristice de la data recepționării de către agentul economic;
- emite decizii de încetare a practicilor comerciale incorecte;
- emite decizii de interzicere a practicilor comerciale incorecte, chiar dacă acestea nu au fost aplicate, dar acest lucru este iminent;
- solicită informații privind măsurile întreprinse de către agenții economici în vederea remedierii neajunsurilor depistate;
- sesizează autoritatea de licențiere în cazul constatării cazurilor de comercializare a produselor falsificate (contrafăcute) și/sau periculoase ori în cazul altor încălcări, în scopul suspendării sau retragerii licenței;
- suspendă activitatea unității comerciale în cazul în care agentul economic comercializează produse falsificate (contrafăcute) și/sau periculoase sau înaintează instanței de judecată cererea de încetare a activității unității comerciale;
- sesizează organisme de evaluare a conformității acreditate, în baza constatărilor proprii, sesizărilor consumatorilor sau sesizărilor asociațiilor obștești de consumatori, în ceea ce privește neconformitatea produselor și serviciilor puse la dispoziție pe piață, însoțite de certificate de conformitate;
- examinează reclamațiile consumatorilor în vederea protejării drepturilor legitime ale acestora;
- realizează protecția drepturilor și intereselor legitime ale consumatorilor prin mijloacele prevăzute de lege;
- acordă persoanelor fizice și juridice consultanță de specialitate în domeniul protecției consumatorilor;
- acordă autorităților administrative în domeniul protecției consumatorilor asistență metodică privind aplicarea și controlul respectării legislației în domeniul protecției consumatorilor;

- coordonează activitatea de conlucrare între autoritățile competente din Republica Moldova privind încălcările transfrontaliere în domeniul protecției consumatorilor;
- îndeplinește alte sarcini stabilite prin lege în domeniul său de activitate [80,art.27 alin(3)].

Agenției pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieții aceasta primește și soluționează sau, după caz, transmite spre soluționare celor competenți sesizările asociațiilor pentru protecția consumatorilor sau ale consumatorilor individuali. Pentru a încuraja consumatorii la buna soluționare a cazurilor individuale, APCSP redactează materiale de informare, prin care aduce la cunoștința celor interesați care este procedura de urmat și posibilele cazuri de contracte cu clauze abuzive inserate de către comercianți, eventualele practici comerciale incorecte întâlnite frecvent, limitele și contextul creditului de consum etc. Prin natura atribuțiilor și competențelor sale, Agenția realizează atât o protecție directă, cât și o protecție indirectă a consumatorilor

Controlul pe piață al calității produselor și serviciilor implică activități de examinare, măsurare, încercare a uneia sau a mai multor caracteristici ale produselor și serviciilor, a condițiilor de transport, depozitare, manipulare, comercializare, conservare, ambalare și compararea lor cu cerințele specificate în legi, ordonanțe, hotărâri ale Guvernului, ordine, norme de produs, etichete etc., în vederea determinării conformității produselor sau serviciilor cu aceste reglementări, norme și specificații tehnice. Controlul pe piață exercitat de APCSP (protecția directă) cuprinde, în practică, diferite forme:

I. Controale inopinate, vizând calitatea produselor și serviciilor și modul de comercializare, respectiv – prestare a acestora (așa-numitele controale curente, obișnuite). În cadrul acțiunilor desfășurate, echipele de control urmăresc, în principal:

- identitatea mărfurilor și serviciilor controlate, existența și corectitudinea informațiilor privitoare la acestea;
- existența și valabilitatea documentelor de însoțire a mărfurilor, cu referiri la calitate, garanție, instrucțiuni de utilizare etc. (declarații de conformitate, certificate de calitate și rapoarte de analiză și încercări etc.);
- modul de ambalare, etichetare, marcare, conservare, transport, manipulare a produselor, în conformitate cu reglementările și cerințele legale; - existența și încadrarea în termenul de valabilitate, respectiv în durata durabilității minime;

- conformitatea caracteristicilor calitative ale produselor și serviciilor cu cele declarate de producător sau de prestator (înscrise pe etichete, pe ambalaj sau în documentele de însoțire) sau cu publicitatea făcută în privința acestora;
- dacă prețurile și tarifele sunt afișate la loc vizibil și într-o formă neechivocă, ușor de citit;
- existența și conformitatea informațiilor obligatorii referitoare la serviciile prestate;
- dacă activitatea agenților economici se desfășoară în spații autorizate și dacă se respectă normele igienico-sanitare în vigoare;
- dacă în contractele încheiate de agenții economici cu consumatorii există clauze abuzive, dacă aceste contracte sunt redactate într-o formă clară, într-un limbaj accesibil tuturor (fără a necesita cunoștințe de specialitate pentru înțelegerea conținutului acestor contracte).

II. Acțiuni tematice de control, desfășurate pe produse, grupe de produse sau servicii, având ca scop verificarea, la un moment dat, a conformității calității produselor și serviciilor vizate cu normele și reglementările specifice.

III. Controalele de verificare a sesizărilor și reclamațiilor consumatorilor, reprezintă o categorie aparte de acțiuni de verificare, făcând parte din categoria așa-zisului control reactiv. Prin aceste acțiuni de instrumentare a plângerilor consumatorilor se soluționează, practic, aspecte punctuale, particulare ale încălcării drepturilor consumatorilor. Aceste controale sunt expresia cea mai elocventă a normei directe de protecție a consumatorilor, care oferă satisfacțiile cele mai mari acestora.

Atunci când un consumator aduce la cunoștința organelor de control APCSP doar nemulțumirile lui vis-a-vis de calitatea produselor și serviciilor ori legate de modul de comercializare/prestare a acestora, fără a revendica pretenții materiale sau bănești, spunem că acel consumator face o sesizare. Sesizarea se poate face atât verbal (telefonic ori prin prezența directă la sediul Agenției sau organului teritorial), cât și în scris, pe cale poștală sau electronică. Spre deosebire de sesizări, în cazul reclamațiilor, consumatorii revendică și pretenții materiale sau bănești vis-a-vis de produsul sau serviciul neconform și agentul economic reclamat.

Potrivit legii, fișa de sesizare/reclamație cu privire la calitatea produselor sau serviciilor trebuie să cuprindă numele și prenumele reclamantului, adresa, nr. de telefon (la care poate fi contactat în caz de nevoie); denumirea și adresa agentului economic care a comercializat produsul sau a prestat serviciul; data achiziționării produsului sau serviciului; elementele de identificare și caracterizare a produsului sau serviciului reclamat; detalii cu privire la deficiențele reclamate (descrierea clară și

amănunțită a deficiențelor, a împrejurărilor în care acestea au apărut, a intervențiilor făcute pentru repararea sau înlocuirea produsului, precum și menționarea greutăților pe care le-a întâmpinat și a persoanelor care se fac, în opinia sa, vinovate de aceste greutăți); pretențiile reclamantului (în situația formulării unei reclamații), de ex., reparare produs, înlocuire produs, restituirea contravalorii actualizate a produsului cu deficiențe etc.

Reclamația trebuie însoțită de copii ale documentelor cu care consumatorul probează faptul că produsul sau serviciul a fost achiziționat de la agentul economic împotriva căruia se îndreaptă cu pretenții ori că a fost reparat de către agentul economic reclamat, precum și orice alt document care probează cele reclamate.

Protecția indirectă presupune efectuarea de campanii sistematice de informare, consiliere și educare a consumatorilor, presupune sprijin constant acordat asociațiilor de consumatori. O astfel de protecție este desfășurată de asemenea și de autoritățile de resort din domeniul sferei medicale, promovând activ informații cu privire la drepturile consumatorilor de servicii medicale. Înființarea și funcționarea lor presupune îmbunătățirea cadrului legislativ actual [5,p.26-31].

Se poate astfel afirma că modalitatea extrajudiciară de redresare a unui litigiu în sfera medicală , regăsită în acte normative diferite, are tangențe, astfel încât un beneficiar/consumator al serviciilor medicale, în faza incipientă a unui litigiu, pot înainta cereri sau reclamații organelor abilitate, care fie că sunt adresate unui IMSP sau către MSMPS sau APCSP, sunt toate examinate în temeiul Codului Administrativ al Republicii Moldova nr.116 din 19.07.2018 și de asemenea în baza altor acte legislative. Litera (e)(1) art.16 al Legii nr.263/2005 [82] demonstrează de fapt compatibilitatea consumatorilor cu pacienții, numind ca organizații la care se poate adresa un individ în caz de litigiu, drept asociații obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate.

Adresarea unei cereri sau înaintarea unei reclamații către organele abilitate (regăsite în art.16 al legii nr.263/2005 [82]) nu împiedică persoana să apeleze și la Agenția pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieței, astfel având o garanție dublă de protecție a drepturilor sale.

Asimilarea unui profesionist care activează în domeniul medical cu cel ce activează în domeniul comercial, este puternic contestată. Beneficiarul de servicii medicale nu ar trebui să aibă dubii în privința calității serviciilor care urmează a fi prestate, doar din simplu motiv că raportul dintre el și prestatorul de servicii medicale ar deveni unul prea comercial, actul medical transformându-se într-o tranzacție. Din potrivă, aplicarea legislației de protecție a consumatorului ar veni să îi ofere un plus de garanție că indiferent de calitatea actului medical, acesta poate merge să-și apere drepturile

sale încălcate prin prisma legislației civile, atât medicale cât și de protecție a consumatorului. Contractul medical, fie el și încheiat într-un mod indirect atunci când beneficiarul de servicii medicale procură polița sau achită prime din veniturile sale, este încheiat intuit personae, deci este puternic marcat de caracterul său uman. Regulile etice și jurământul lui Hipocrate confirm această analiză a activității de îngrijire dezinteresată și impermeabilă spiritului comercial. Excluderea din start a posibilității ca o persoană să-și poată apăra drepturile sale în cazul unui raport medical prin prisma legislației consumiste este din punctul nostru de vedere discutabilă.

4.1.2. Soluționarea prin mediere a conflictelor dintre consumatori și prestatorii de servicii medicale

Crearea unui stat cu adevărat democratic durează și depinde de participarea tuturor celor implicați. Democrația nu ține doar de cei care ne guvernează, pentru a constitui un stat democratic, populația trebuie să creadă și să dorească să trăiască în cadrul unui asemenea sistem. Democrația nu înseamnă doar obligații ale autorității statului, dar și responsabilități asumate de cetățeni. Respectarea drepturilor omului presupune în primul rând protecție din partea autorităților statului, dar, cum drepturile omului sunt exercitate zilnic de către toate persoanele, respectarea acestora depinde nu în ultimul rând și de toți cetățenii, de noi, în măsura în care cerem protecție sau protestăm atunci când ne sunt încălcate drepturile deși nu ținem cont dacă concomitent sunt respectate drepturile altor persoane. Este ideală situația când cetățenii unui stat își cunosc drepturile sale, în primul rând pentru a se proteja și în al doilea, pentru a cere respectarea acestora, conștientizând în același timp care sunt obligațiile sale.

Consumatorul joacă un rol vital în economia oricărui stat. Un consumator poate influența dezvoltarea economică a statului prin motivarea concurenței și a inovației în cadrul mediului de afaceri. Capacitatea decizională a consumatorilor nu este doar un aspect legat de drepturile acestora, ci este legată și de crearea unui mediu global care să permită consumatorilor să-și exercite drepturile respective și să beneficieze de pe urma lor. În prezent în Republica Moldova sunt peste 2,9 milioane de consumatori activi, iar cheltuielile de consum reprezintă peste 63% din PIB. Valorificarea puterii consumatorului poate fi efectuată numai prin stabilirea și menținerea unui cadru normativ și instituțional care va face ca antreprenorul și consumatorul să fie conștienți de drepturile și obligațiile sale. Cadrul normativ și instituțional va asigura protecția consumatorului de practici comerciale incorecte și abuzive, și îi va garanta consumatorului posibilitatea de a lua decizii fiind bine informat [66].

Independența judiciară este o însușire inerentă și o valoare esențială caracteristică oricărei societăți dezvoltate, dar și fiecare persoană fizică, cetățean al Republicii Moldova are posibilitatea să reacționeze independent, prin mijloace legitime, la încălcarea drepturilor și intereselor sale. Codul de Procedură Civilă prin art.4 prevede că *”sarcinile procedurii civile constau în judecarea justă, în termen rezonabil, a cauzelor de apărare a drepturilor încălcate sau contestate, a libertăților și a intereselor legitime ale persoanelor fizice și juridice și asociațiilor lor, ale autorităților publice și ale altor persoane care sînt subiecte ale raporturilor juridice civile, familiale, de muncă și ale altor raporturi juridice, precum și în apărarea intereselor statului și ale societății, în consolidarea legalității și a ordinii de drept, în prevenirea cazurilor de încălcare a legii.”* [20] În practică consumatorul are puține alternative eficiente de a-și recupera dauna cauzată de prejudiciul depistat. Sistemul judecătoresc se dovedește a fi de multe ori costisitor și prea lent, în special în raport cu o valoare mai puțin semnificativă a acțiunii. Astfel costurile financiare de recuperare a prejudiciului și revendicare a dreptului prin instanță de judecată de multe ori prevalează cu zeci de ori valoarea monetară a prejudiciului în sine. În acest sens extrem de semnificativ este faptul că anual doar 0,001% din totalul de cazuri civile țin de domeniul protecției consumatorului. Proceduri alternative de recuperare a prejudiciului, în afara sistemului judecătoresc, deși sunt stabilite prin lege, se constată a fi prea puțin funcționale și neutilizate. În acest mod consumatorul fiind pus să se confrunte la direct cu agentul economic, fiind lăsat în definitiv în cadrul marjei de discreție a agentului economic, ceea ce în prea puține cazuri se soldează cu recuperarea prejudiciului [24,p.131-135].

Mecanismele alternative de soluționare a litigiilor (MAS), cunoscute de asemenea sub numele de "mecanisme extrajudiciare", au fost dezvoltate în toată Europa pentru a ajuta cetățenii angajați într-un litigiu de consum, atunci când nu au reușit să ajungă la un acord direct cu comerciantul. Aceste scheme folosesc de obicei o parte terță cum ar fi un arbitru, mediator sau un ombudsman, pentru a ajuta consumatorul și comerciantul să ajungă la o soluție

Avantajul MAS este că oferă o flexibilitate mai mare decât mersul în instanță și pot răspunde mai bine nevoilor, atât ale consumatorilor, cât și ale comercianților. Comparativ cu mersul în instanță, aceste sisteme sunt mai ieftine, mai rapide și mai informale. Cu toate acestea, mecanismele extrajudiciare au fost dezvoltate în mod diferit în întreaga Uniune Europeană. Unele sunt rodul unor inițiative publice, fie la nivel central (cum ar fi Consiliul Național responsabil de reclamațiile consumatorilor, în țările scandinave) fie la nivel local (cum ar fi Centrele de arbitraj pentru litigii de consum, în Spania), sau sunt rezultatul unor inițiative private (cum ar fi mediatori / ombudsmani în

cazul serviciilor financiare (bănci sau societăți de asigurare). Tocmai datorită acestei diversități, statutul deciziilor adoptate de aceste organisme diferă foarte mult. Unele sunt doar recomandări (cum ar fi în cazul Consiliului Național responsabil de reclamațiile consumatorilor, în țările scandinave, și al majorității ombudsmanilor privați), altele sunt obligatorii numai pentru comercianți (cazul majorității ombudsmanilor bancari), iar altele sunt obligatorii pentru ambele părți (arbitraj) [18,p.187].

Metodele alternative de rezolvare a litigiilor vin în sprijinul sistemului judiciar și cuprind o categorie de instrumente pentru prevenirea și rezolvarea, în afara instanțelor de judecată, a unui conflict. Aceste metode includ: facilitarea, concilierea, negocierea, medierea, arbitrajul, precum și alte tehnici hibride – mediere-arbitraj, evaluarea neutrală timpurie, evaluarea neutrală a malpraxisului medical, etc. Metoda alternativă de soluționare a conflictelor presupune o soluționare a litigiilor de orice ramură civile, comerciale, familiale, de muncă, administrative, penale într-o formă alta decât cea utilizată de instanțele de judecată. Drept principalele metode alternative sunt identificate arbitrajul, medierea, concilierea, etc. Aplicarea metodelor alternative de soluționare a litigiilor SAL/ADR (Alternative Dispute Resolution) reprezintă o necesitate în vederea îmbunătățirii actului justiției și creșterii nivelului de înfăptuire a justiției. Astfel, acestea au potențialul de a produce un impact pozitiv asupra sistemului judiciar, de unde se cere a impune o manifestare mai activă de interes din partea instanțelor de judecată, a exponenților profesiei juridice și a societății civile - justițiabili și organizații nonguvernamentale. În afară de instituțiile statale care soluționează litigii/cauze prin aplicarea puterii de constrângere împotriva voinței părții vizate, există un spectru larg de alte mecanisme de soluționare a disputelor ce nu implică autoritatea statului, printre care se numără arbitrajul, medierea, concilierea etc., mecanisme asociate în literatura de specialitate cu noțiunea de justiție privată informală. Termenul umbrelă care unește și definește sistemul metodelor nestatale de tranșare a litigiilor este acronimul "ADR" în limba engleză (Alternative Dispute Resolution), care este utilizat în aceeași formulă în acte oficiale ale Uniunii Europene, traduse în limba Română, deși este atestată și utilizarea acestui acronim tradus în limba română în forma "SAL" (Soluționarea Alternativă a Litigiilor) [18].

Vom define unele din aceste metode, și anume:

1. **Arbitrajul** este o modalitate alternativă de soluționare a litigiilor, prin care un juriu de arbitraj, după o procedură legală prestabilită, emite o hotărâre definitivă și executorie, la care părțile se supun în urma unei convenții. Este modalitatea preferată de oamenii de afaceri, întrucât pentru mediul economic arbitrajul este modalitatea cea mai potrivită de soluționare a litigiilor;

2. **Negocierea** – acțiunea de a negocia în vederea încheierii unui acord / un dialog între două părți prin care acestea încearcă să ajungă la o înțelegere;
3. **Medierea** - modalitate alternativă de soluționare a conflictului dintre părți pe cale amiabilă, cu ajutorul unei terțe persoane. Medierea ca metodă de soluționare a conflictelor *”se bazează pe încrederea pe care părțile o acordă mediatorului, ca persoană aptă să faciliteze negocierile dintre ele și să le acorde asistență în soluționarea conflictului prin obținerea unei soluții reciproc acceptabile, eficiente și durabile”, iar ” mediator – persoană terță, atestată în condițiile prezentei legi, care asigură desfășurarea procesului de mediere în vederea soluționării litigiului dintre părți”* conform art.2 al Legii cu privire la mediere [95].

În Republica Moldova medierea reprezintă o instituție relativ nouă instituită în 2007 prin Legea cu privire la Mediere. Primul proiect de Lege cu privire la mediere a fost adoptat în 2007 și a intrat în vigoare în 2008. În anul 2015, la 9 de ani de la adoptarea primei Legi cu privire la mediere a fost adoptată o nouă Lege, care reglementează competența instituțiilor statului în domeniul medierii, stabilește condiții suplimentare pentru dobândirea calității de mediator, delimitează posibilitatea practicării medierii contra plată sau cu titlu gratuit (pe principii de voluntariat), face accent pe medierea în domenii specifice (social/comercial/penal/familial) – specializarea mediatorilor [18.p189].

La nivel național, apariția, în anul 2007 a Legii nr. 134 privind medierea și organizarea profesiei de mediator, a fost salutăată, dar și criticată deoarece se consideră că nu este temeinic fundamentată, fiind relativă organizarea atât a procesului de mediere, cât și a întregii profesii de mediator. De-a lungul acestor ani, din 2007 și până în 2015, prin multiplele modificări ale acestei legi s-a încercat tocmai acoperirea acestor lacune legislative, care s-au finalizat cu abrogarea totală a legii vechi și intrarea în vigoare a legii nr.137 din 2015. Prin actul normativ propus s-a determinat în principal stabilirea locului medierii în paralel cu sistemul judiciar național, ca o alternativă viabilă și convenabilă a instanțelor de judecată, dispunând monopolul acestora privind soluționarea litigiilor. De asemenea s-a urmărit să se pună temeinic bazele unei solide organizări și exercitări a profesiei de mediator. Fiind un act normativ relativ nou, Legea Republicii Moldova nr.134 din 14.06.2007 cu privire la mediere publicată în Monitorul Oficial nr. 188-191 din 07.12.2007 în vigoare din 01 iulie 2008 , abrogată ulterior prin Legea nr.137 din 03.07.2015 cu privire la mediere, intrată în vigoare la 21.08.2015, reflectă faptul că Republica Moldova este deschisă spre noi reforme în sistemului de drept, și de a aborda noi probleme care necesită soluționare fiind un stat de drept. Drept urmare, acest

concept este relativ nou pe teritoriul Republicii Moldova. Perfecționarea cadrului legal și promovarea metodelor alternative de soluționare a litigiilor (arbitraj, mediere) sunt identificate prin direcțiile prioritare de reformare a justiției, trasate în programul Guvernului Republicii Moldova „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” 2016-2020, care se regăsesc actualmente incluse în Strategia de reformare a justiției. Constatăm așadar, că noțiunea și conceptul de mediere a rezonat pozitiv în conștiința umană primind un grad de încredere substanțial, mult mai mare decât cel atribuit personalităților politice, publice și instituțiilor de stat.

Analistii în domeniul ADR nu au atins un consens asupra faptului dacă un mecanism sau altul ar fi cel mai potrivit sau cel mai nepotrivit pentru soluționarea unui caz anume. Motivele pentru care părțile aleg o procedură sau alta constituie obiect de studiu și analiză nu numai din punct de vedere legal, dar și prin aprecierea beneficiilor economice, fiind identificate principiile/criteriile de care se conduc litiganții pentru a evalua perspectivele adjudecării formale a litigiului în judecată și a decide privitor la cea mai rațională, potrivită, constructivă, avantajoasă cale de rezolvare a cazului. Analiza în baza arborelui decizional (decision tree) este pe larg utilizată pentru a evalua șansele soluțiilor negociate în comparație cu decizia judecătorească [18,p.187-194].

Dacă e să abordăm structural raportul juridic supus medierii, atunci este de menționat că părțile în cadrul procesului de mediere, pot fi:

a) persoane fizice

- cetățeni ai Republicii Moldova
- cetățeni ai altor state
- apatrizi

b) persoane juridice

- cu sediul sau/și înregistrat în Republica Moldova
- cu sediul sau/și înregistrat peste hotarele Republicii Moldova

Drepturile părților în procesul de mediere sunt :

- a) să accepte sau să refuze medierea;
- b) să solicite un mediator sau să renunțe la mediator;
- c) să-și aleagă în mod liber mediatorul din rîndul persoanelor pe care le consideră apte de a desfășura medierea chiar dacă acestea nu sînt înscrise în Tabelul mediatorilor;
- d) să fie informate cu privire la procesul de mediere, la efectele medierii, la efectele semnării unui acord de împăcare;

- e) să fie informate cu privire la consecințele nerespectării prevederilor acordului de împăcare
- f) să se retragă, în orice moment, din procesul de mediere;
- g) să semneze un acord de împăcare.

Totuși părțile participante la procesul de mediere *sînt responsabile de rezultatele medierii și de conținutul acordului de împăcare semnat* (art. 5) [95].

Se poate recurge la mediere benevol *”inclusiv după pornirea unui proces în instanța judecătorească sau arbitrală, în orice fază a acestuia, convenind să soluționeze, pe această cale, orice conflict în materie civilă, comercială, de familie, contravențională, penală, precum și în alte materii, în condițiile prezentei legi”* (art.2, al.3)[95].

Pentru soluționarea litigiilor ce țin de protecția drepturilor consumatorilor, consumatorii și agenții economici pot iniția benevol procedura de mediere ca o modalitate alternativă de soluționare [80.art.31].

Avantajele soluționării conflictelor prin intermediul instituției medierii sunt:

- Medierea le permite părților să rezolve un conflict într-o perioadă de timp relativ scurtă;
- Cheltuielile pe care le suportă părțile în procesul de mediere sunt mai reduse decât în procesul judiciar;
- În procesul de mediere, părțile dețin controlul asupra rezultatului, acesta fiind benevol;
- Medierea ajută la menținerea de către părți a relațiilor de prietenie sau parteneriat bazat pe încredere;
- Procesul de mediere este flexibil și confidențial;
- Părțile au posibilitatea alegerii benevolă a mediatorului din Tabelul Mediatorilor publicat pe pagina web a Ministerului Justiției.

Curtea Constituțională a Republicii Moldova, în hotărîrea pentru controlul constituționalității unor prevederi din Codul de procedură civilă al Republicii Moldova, nr. 225-XV din 30 mai 2003 (Sesizarea nr. 21a/2012), a menționat că *”respectarea procedurii de soluționare prealabilă a litigiului pe cale extrajudiciară constituie o condiție specială a exercitării dreptului la acțiune în justiție, care necesită a fi întrunită doar în anumite cazuri în funcție de natura litigiului.”* Astfel ar fi corectă caluza contractuală prin care se stabilește soluționarea pe cale amiabilă a conflictului prin intermediul instituției medierii.

Alegerea instituției medierii pentru soluționarea conflictelor se datorează existenței principiilor medierii. În conformitate cu art. 3 *”Medierea se efectuează în baza principiilor accesului*

liber și egal la această procedură, liberului consimțământ, confidențialității, imparțialității, neutralității, independenței și liberei alegeri a mediatorului”. Cea mai importantă caracteristică a medierii este aceea că aceasta nu este obligatorie.

În domeniul protecției consumatorilor medierea cunoaște următoarele particularități [95]:

- Pot fi supuse medierii litigiile în domeniul protecției consumatorilor în cazul în care consumatorul invocă existența unui prejudiciu ca urmare a achiziționării unor produse sau servicii defectuoase, nerespectarea clauzelor contractuale ori a garanțiilor acordate, existența unor clauze abuzive cuprinse în contractul încheiat între consumator și agentul economic ori încălcarea altor drepturi stabilite de legislația privind protecția consumatorilor;
- Asociațiile obștești pentru protecția consumatorilor pot fi înregistrate în calitate de organizații de mediere și/sau acreditate în calitate de furnizori de formare, în condițiile prezentei legi;
- Standardele de formare continuă a mediatorilor în domeniul protecției consumatorilor se elaborează și se aprobă de către Consiliu, cu consultarea Agenției pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieței .

În domeniul serviciilor medicale legislația națională a evitat să denumească expres particularitățile medierii, așa cum se întâlnește în litigiile de muncă , familie sau protecție a consumatorului, însă, nici norme prin care să se interzică adoptarea de către părțile implicate în cazuri de conflict medical a medierii ca metodă alternativă de soluționare a respectivului conflict.

Putem doar presupune că medierea extra judiciară poate fi aplicată în cadrul litigiilor medicale urmînd normative prescrise în cazul litigiilor civile (art.25) pentru conflictele dintre prestatorii de servicii medicale și beneficiarii acestora în domeniul civil, și cele prescrise pentru cauzele penale (art.35-38) [95] atunci când suntem în prezența situației de malpraxis medical. Codul de Procedură Civilă al Republicii Moldova prevede că părțile aflate într-un conflict pot apela la o tranzacție de împăcare, fără a fi dezvoltat însă un cadru legislativ concret și care să permită aplicarea modelelor extrajudiciare de soluționare a conflictelor în malpraxisul medical.

Atunci când părțile aleg să încerce medierea, aceasta nu este obligatorie și părțile pot întrerupe negocierile în orice moment. Acest lucru este deosebit de avantajos și în domeniul conflictelor iscate în cadrul serviciilor medicale, cînd medicul sau prestatorul de servicii medicale este acuzat. Există o creștere a nivelului de cunoștințe juridice în rîndul bolnavilor și, în consecință, crește numărul de

procesele civile împotriva prestatorilor de servicii medicale. Acest lucru este demonstrat de practica de aplicare a legii în țările dezvoltate, în special în America și Europa de Vest, în cazul în care primul loc între diferite domenii de soluționare a litigiilor este activitatea medicală. Medicul poate dori să-și păstreze dreptul de a merge într-un proces de judecată dacă simte că este atras în instanță în mod eronat, iar medierea ca formă alternativă de soluționare a conflictelor păstrează acest drept. Medierea este, de asemenea, relativ informală. Părțile nu sunt în general însoțite de avocați și deci procesul este scurt și relativ ieftin. Atmosfera informală duce la capacitatea de a fi creativ în remedii. De exemplu, atunci când litigiile pot conduce doar la recompense monetare, medierea poate duce la soluții precum implementarea protocoalelor de siguranță viitoare sau la expresii de simpatie din partea medicului, pe care pacientul le poate găsi mai satisfăcătoare. Deoarece soluțiile mediate, prin definiție, sunt convenite de ambele părți, acestea sunt asociate cu cea mai mare durabilitate și satisfacție.

Numeroase centre medicale au utilizat eficient medierea pentru a deturna potențialele cereri de la litigii. În Statele Unite ale Americii Universitatea din Michigan, Johns Hopkins, Rush-Presbyterian Medical Center, University of Pittsburgh Medical Center și Drexel au implementat toate programele de mediere cu asistența acordurilor de premediere [231]. Potrivit unor date statistice, în SUA medierea are o rată de satisfacție extrem de ridicată între reclamanți și pârâți, aproximativ 90%. Procesul informal permite ambelor părți să vorbească de la sine, ceea ce este în mod imperativ benefic pentru ambele părți. În special, medicii apreciază oportunitatea de a-și exprima frustrarea pentru a fi trimiși în judecată atunci când aceștia nu au nici o vină, dar fapt ce le influențează capacitatea pe care aceasta o are în a oferi îngrijiri altor pacienți. Cazurile mediate sunt, de asemenea, extrem de eficiente în timp. Conform unui sondaj efectuat pe 13 organizații ADR (Alternative Dispute Resolution), durata medie a medierii este de numai 1 până la 3 zile, cazurile închizându-se de la început până la sfârșit între 85 și 165 de zile. Prin comparație, nu este neobișnuit ca un caz aflat în faza judiciară riscă să dureze 5 ani sau mai mult pentru a fi soluționat [275,p.71].

Două povești de succes în programele de mediere instituționalizate sunt cele de la Drexel și de la Universitatea din Pittsburgh Medical Center, SUA. Programul lui Drexel, lansat în 2004, folosește doi comediatorii, ambii avocați de malpraxis medical instruiți în mediere. Din 20 de cazuri mediate între martie 2004 și august 2005, 17 au fost soluționate pentru o rată de succes de 85%[275,p.72]. Celelalte trei cazuri au fost litigioase și toate au condus la verdicturi pentru inculpat, probabil respingând ideea că doar cazurile slabe trec la mediere. Pittsburgh a instituit în mod similar un program de mediere formală în 2004. Folosind un model de mediator unic, instituția a soluționat

cu succes 24 din 27 de cazuri pe o perioadă de 1 an pentru o rată de succes de 88% și a estimat doar 1.000.000 de dolari în economii numai pentru costurile de apărare [275,p.73].

Totuși, medierea poate fi mai puțin eficientă atunci când este dispusă de instanță. Statul Carolina de Nord, SUA are o practică pe scară largă de mediere ordonată de instanță și un studiu empiric efectuat de școlile de avocatură din Duke și Wake Forest a constatat că ratele succesului în astfel de instanțe erau mult mai mici decât se așteptau , și anume la doar 23,7% [256,p.101]. Prin comparație, medierea non- judiciară are, de obicei, între 75% și 90% succes în evitarea litigiilor , potrivit aceluiași studiu [256, p.102]. Un motiv pentru aceasta este structura diferită de mediere ordonată de instanță. În cadrul medierii extra judiciare, nu sunt prezenți avocați decât dacă mediatorul este el însuși avocat. Există pur și simplu părțile și un mediator pentru a facilita discuțiile. În modelul din Carolina de Nord, un mediator s-a întâlnit cu avocații părților, care au acționat ca vorbitori primari, cu o mică participare a părților în sine. Factorii care au condus la soluționarea au inclus utilizarea mediatorilor instruiți în locul judecătorilor sau avocaților și cazurile în care mediatorul a examinat scenariile cele mai grave pentru ambele părți. Factorii care nu au afectat rata de soluționare au inclus suma de bani solicitată de reclamant și cazurile în care mediatorul și-a interpus propria opinie cu referire la fondul cauzei. În situațiile în care cazurile nu au fost soluționate prin medierea extra judiciară, marea majoritate s-a încheiat prin verdict în favoarea inculpaților (86%) [256,p.103].

Argumentele în favoarea alegerii medierii ca metodă de soluționare a cazurilor de conflicte medicale sunt mult mai numeroase și net superioare față de alegerea modalităților ”clasice”. Astfel, în procedura medierii se urmărește de către părți satisfacerea unor interese personale, pe când în fața instanței de judecată se afirmă și se recunosc drepturi legale. Spre deosebire de procedura judiciară în cadrul căreia participarea este impusă, obligatorie, în cadrul procedurii de mediere, participarea părților este voluntară, determinată și având ca scop satisfacerea intereselor fiecărei părți.

Procedura de mediere este o procedură informală, fiind guvernată aproape în totalitate de principiul disponibilității: părțile decid de comun acord cu privire la toate aspectele legate de derularea procedurii și de deznodământul acesteia. În schimb, procedura în fața instanței de judecată este una formală, destul de puțin accesibilă nespecialiștilor, cu termene și condiții stricte și impuse, a căror nerespectare poate conduce la aplicarea de diferite sancțiuni care pot conduce chiar la imposibilitatea valorificării drepturilor. În timp ce procedura în fața instanței de judecată se desfășoară în cadrul unor ședințe care sunt publice și care pot afecta, astfel, reputația tuturor părților implicate, procedura de mediere este, prin definiție, confidențială și se desfășoară ”cu ușile închise”.

Gradul de rigiditate a reglementărilor privind medierea diferă în dependență de caracterul general sau specific al legii consacrate medierii. Cu cât mai general este actul legal cu atât mai dificilă este aplicarea acestuia în diverse sectoare, motiv pentru care propunem cu titlu de lege ferenda reglementarea diferențiată a medierii în domeniul serviciilor medicale, care ar permite de a răspunde plenar și adecvat la necesitățile specifice ale unor categorii aparte de litigii, și anume cele ce țin de consumul de servicii medicale. În acest context sunt relevante recomandările internaționale și europene care abordează distinct medierea în materie civilă și comercială, în protecția consumatorilor etc. În multe state există reglementări diferențiate în astfel de domenii [18.p.191].

Durata de soluționare a unui conflict prin intermediul procedurii de mediere este cu mult mai redusă decât în cazul soluționării conflictelor de către instanțele de judecată. Dacă în cazul primei proceduri, soluționarea unui conflict poate avea loc într-un interval raportat la săptămâni (mai rar luni – doar dacă este depășit un anumit grad de complexitate și sunt necesare intervenții ale unor terți în vederea soluționării conflictului), în cazul procedurii judiciare soluționarea unui conflict durează ani de zile. Un alt argument important în favoarea procedurii de mediere este reprezentat de costurile reduse pe care le implică această procedură (onorariu de mediator) față de procedura judiciară (taxe de timbru, onorarii pentru experții desemnați de instanță, onorarii pentru experții parte aleși de părți, onorariu de avocat etc). Și din punctul de vedere al soluției, argumentele în favoarea medierii sunt covârșitoare. Soluția la care se ajunge în urma procedurii de mediere este o soluție neimpusă, o soluție identificată de părți și agreată în totalitate de acestea. În schimb soluția identificată de instanța de judecată este o soluție impusă care nu favorizează decât una dintre părți 2,p.113].

E bine cunoscut faptul că medicina este una dintre cele mai complicate, dar și responsabile domenii, iar medicul este pus, în procesul activității sale cotidiene, în situații extrem de dificile. În procesul acordării asistenței medicale, medicii se confruntă cu o serie de dificultăți, determinate de multitudinea de factori care se interpun în diverse combinații, personalizând fiecare caz. În fruntea acestor factori se află pacientul cu toate particularitățile sale anatomo-fiziologice, care reacționează absolut individual la manipulațiile medicale. Aceste condiții încearcă să explice cauzele apariției în practica medicală a complicațiilor nedorite și a consecințelor nefavorabile.

În ultimii ani, interesul savanților din întreaga lume față de fenomenul răspunderii juridice a medicilor a crescut simțitor. Mai mult decât atât, după publicarea raportului Institutului de Medicină al Academiei Naționale de Științe a SUA, începând cu anul 1999, comunitatea medicală internațională și-a focusat atenția asupra greșelilor comise în activitatea medicală de pe pozițiile principiului *To Error*

Is Human (traducere: a greși e omeneste). Adică, greșeala medicului a fost recunoscută ca un element firesc ce însoțește activitatea medicală. Încă marele savant-chirurg rus N.I. Pirogov spune că „...greșelile practice, inclusiv cele grave, nu trebuie privite ca un fenomen rușinos, ci ca o situație inevitabilă...” [159,p.286]. De aceeași părere sunt și alți savanți [201,p.56-59], care afirmă că medicul care nu comite greșeli este un specialist care nu a activat în viața sa profesională, întrucât el desfășoară, de fapt, o activitate periculoasă, predispusă în sine la risc și erori; prin urmare, el are capacitatea de a-i produce daune pacientului. Oricât de bine ar fi organizată activitatea medicală, este de neînchipuit un medic care, în procesul acordării ajutorului medical, ar putea să identifice absolut corect orice maladie și la fel de corect să o trateze.

4.2. Răspunderea juridică pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari ai serviciilor medicale.

În ultima vreme, societatea noastră cunoaște o creștere a conștientizării cu privire la drepturile pacientului. Această tendință este clar evidentă din recenta acțiune în litigii referitoare la responsabilitatea profesională medicală sau a unității medicale, reclamând compensații pentru suferința cauzată din neglijență medicală, consimțământ viciat și încălcarea confidențialității cauzată de relația medic-pacient. Inițiativa centrată pe pacient privind protecția drepturilor trebuie să fie apreciată în contextul economic al declinului rapid al cheltuielilor statului și al investițiilor masive private în sfera sistemului de sănătate și a eforturilor dure ale statului de a constitui un drept la sănătate egal și viabil pentru toți. În prezent, procesul de judecare în ceea ce privește răspunderea profesională medicală, fie că este vorba de un forum pentru consumatori sau de o instanță civilă sau penală obișnuită, ia în considerare principii de drept comun referitoare la neglijență, consimțământ viciat și încălcarea confidențialității. Cu toate acestea, este la fel de esențial să reținem că protecția dreptului pacientului, adică a consumatorului de servicii de sănătate nu trebuie să coste integritatea și autonomia profesională.

Erorile medicale întotdeauna au atras atenția societății. Pentru erori și omisiuni în munca pe care o exercită, medicii au fost supuși la diverse sancțiuni. În principiu putem afirma că responsabilitatea în cadrul prestării de servicii medicale este subiectivă, astfel încât trebuie să intervină un anumit nivel de vinovăție sau neglijență în conduita prestatorului de servicii medicale. Reglementarea juridică a activității medicale actualmente necesită studierea dreptului în procesul

formării profesionale a medicilor. În lucrarea sa "Probleme juridice în practica medicală și medierea", autorul Rotaru Ghenadie amintește de Regele Hammurabi din Babilon a fost cel care a inclus responsabilitatea medicilor în caz de deces sau rănire a pacientului, inclusiv și vătămarea corporală. Trebuie menționat că Codul lui Hammurabi constituie un text aparent corect pentru perioada istorică în care este aplicat, deoarece, în multe cazuri, se referă la Legea Talionului, o transmitere care a constituit un progres juridic indubitabil prin introducerea, după cum am subliniat, principiul proporționalității reacției legale. Cu toate acestea, în ceea ce privește responsabilitatea medicală în sine (*Paragrafele 196 [„Dacă un bărbat lasă un alt om cu un singur ochi, îl vor lăsa cu un ochi”] și 197 [„Dacă rupe un os cu altul, vor rupe un os”]. a constat în aplicarea pedepsei numai pe cauza pagubei și pe parificarea durerii inițiale cu cea cauzată actorului.*), vine să stabilim ceea ce putem înțelege ca pedeapsă capitală. În acest sens, alineatele 219 și 220 sunt ilustrative:

§ 219– „Dacă medicul face o incizie profundă la sclavul unei persoane comune și provoacă moartea, el va restabili sclavul prin sclav”.

§ 220– «Dacă îți deschizi templul cu un bisturiu din bronz și îl lași cu un ochi, vei plăti jumătate din valoarea sa în argint»

În orice caz, responsabilitatea profesională a medicului nu va fi epuizată odată cu plata unei sume economice, dar Codul prevede, de asemenea, sancțiuni fizice pentru medic, concentrându-se în special pe amputații corporale. Astfel, prognoza de la punctul 218 este semnificativă:

§ 218– „Dacă un medic face o incizie adâncă la un bărbat cu bisturiul din bronz și provoacă moartea, sau dacă își deschide templul unui om cu bisturiul din bronz și lasă omul cu un ochi, lasă-l să-și taie mâna”.

Dincolo de pedepsele impuse, trebuie să subliniem că reglementarea responsabilității medicale nu este o problemă nouă, având în vedere că, de-a lungul istoriei, profesioniștii din domeniul sănătății, într-un fel sau altul și cu o intensitate mai mare sau mai mică în conformitate cu concepțiile dominante în fiecare timp, ei au fost nevoiți să răspundă pentru erorile din practicile medicale desfășurate în activitatea lor obișnuită, fie în fața șefului tribului, în fața oamenilor înșiși, sau, ulterior, în fața judecătorului. De fapt, preceptele pe care le-am indicat arată clar că responsabilitatea medicală a fost într-adevăr disciplinată în Codul Hammurabi prin clasificarea infracțiunilor și a pedepselor, astfel încât s-au stabilit sancțiuni economice pentru erori minore și sancțiuni corporale pentru malpraxis medical. mai grav [168,p.10] care, la acel moment, ar varia în funcție de starea individului. Astfel, în ceea ce privește responsabilitatea medicală, s-au distins cu adevărat două tipuri de

reglementări: cea care a afectat prejudiciul cauzat unei persoane libere, care s-a identificat cu responsabilitatea penală a medicului (amputația ambelor mâini), și cea legată de daunele cauzate unui sclav, care s-a identificat cu responsabilitatea civilă a medicului (plata a jumătate din sclav sau restituirea de către altul) [189,p.209]. Nu se oprește, așadar, să fim curioși că prima diferență între responsabilitatea civilă și responsabilitatea penală în domeniul îngrijirii nu a răspuns atât la gravitatea conduitei dăunătoare, cât și la starea subiectivă a părții vătămate.

După perioada civilizației mesopotamiene, cealaltă civilizație a Antichității deosebit de înfloritoare a fost perioada Egipteană. În acest sens, trebuie să trecem în revistă evoluția importantă experimentată de medicina egipteană. De fapt, ca și în cazul altor arte și discipline, medicina occidentală își are rădăcinile în Egiptul Antic. Egiptenii, pe baza relației strânse dintre medicament și magie, s-au protejat de relele - boli, vrăji sau ghinion - prin amulete folosite ca ornamente. Cu toate acestea, prin celebrele lor tehnici de îmbălsămare, au avut ocazia să examineze amănunțit corpul și viscerele umane, în ciuda căroră nu au dezvoltat cunoștințe anatomice vaste. Prin urmare, deși medicina și magia au continuat să fie strâns legate, spiritul de observație al profesioniștilor egipteni antici a permis acumularea de experiențe interesante care ar duce mai târziu la medicina empirică. Astfel, ei au aflat proprietățile vindecătoare ale multor medicamente, de la odihnă, de la îngrijirea care accelerează recuperarea pacientului sau de la importanța igienei pentru prevenirea bolilor [167,p.47-48]. Cea mai mare parte a cunoștințelor medicinii egiptene - cum ar fi recunoașterea inimii și nu a ficatului ca organ vital - a fost obținută din papirus, două dintre ele având o relevanță specială pentru analiza noastră istorico-juridică: Papirusul din Ebers și Smith Papyrus, astfel numiți în onoarea descoperitorilor respectivi. Nu sunt singurii papirusuri cu conotații medicale din Egiptul antic. Astfel, doctrina a mai citat și altele: a) Papyrusul Hearst, din 1550 î.Hr., care a fost dobândit în timpul unei expediții de către Hearst în 1901 și se referă la boli genitourinare la femei, majoritatea conținutului său fiind similară cu din papirusul egiptean; b) Marele Papirus din Berlin, cunoscut și sub denumirea de Papyrus Brugs, care se ocupă de probleme medicale, inclusiv boli de sân și remedii pentru infertilitate; c) Papirusul Berlinului Mic, din anii 1300-1600 î.e.n., care conține vrăji pentru mame și copii bolnavi, conținutul său fiind, în principal, de natură mistică sau magică și d) Papirusul lui Chester Beatty, care se ocupă în principal de boli ale anul și datează din dinastia XIX 1316-1200 ani î.Hr.[162,p.1-2].

Ebers Papyrus (în numele egiptologul german George Ebers, care l-a cumpărat în 1873 la Luxor și l-ar transfera ulterior în Germania, textul datând de la aproximativ 1550 de ani B.C. și este

aparent o copie a unui papirus mai vechi.) evidențiază concepția mistică a medicinei în civilizația egipteană. Într-adevăr, textul conține o farmacopee, care tratează simptomele bolii - cefalee, febră și inflamații - cu un caracter enigmatic. Astfel, de exemplu, se pare că vătămarea traumelor a fost un fapt evident, dar nu o durere de cap, ceea ce a condus, din nou, la magie a tot ceea ce era necunoscut sau, cel puțin, puțin cunoscut [171,p.147].

Deși au fost copiate în același loc și nu mai mult de o sută de ani una de alta, un abis separă spiritul mistic al Papirusului Ebers de abordarea rațională a Papirusului Smith. Acesta din urmă constituie un manual privind tratamentul rănilor și vânătăilor, pe lângă separarea dintre cazurile tratabile și cele intractabile, care vorbește despre raționalitatea incipientă a chirurgiei egiptene, având în vedere că pentru conceptul magic nu există boli incurabile.

Papirusul este format din douăzeci și una de coloane, dintre care șaptesprezece corespund tratatului chirurgical în sine. Acestea sunt 48 de cazuri ordonate topografic în funcție de localizarea leziunii în direcția cefalocaudală. În fiecare grup, leziunile sunt ordonate în funcție de severitatea lor în ordine crescătoare. Fiecare leziune este structurată începând cu un titlu, apoi un examen, un diagnostic, un tratament și, în final, un comentariu și glosează. Titlul identifică locația și organele afectate de vătămare; Examenul corespunde în totalitate semiologiei, adică inspecției, palpației, auscultării și, în unele cazuri, a mirosului leziunii, pe lângă cele raportate de pacient. Diagnosticul urmărește că, repetând declarația titlului prejudiciului, decide dacă respectiva vătămare va fi tratată, nu va fi tratată sau va fi luptată pentru. Apoi, Tratamentul oferă o soluție obiectivă și nu magică prejudiciului, care diferențiază acest papirus de multe altele care rezolvă cazurile cu vrăjitoare și vrăji. În sfârșit, există Glosses and Comments, care sunt în principal explicația terminologiei care în papirus este numită „antică”, care susține teoria că papirusul original datează de la o dată mult mai anterioară. Cu privire la Smith Papyrus și semnificația sa, poate fi consultat în literatura de limbă spaniolă, López Espinosa, José Antonio, „O raritate bibliografică universală: Ediția medicală a papirusului lui Edwin Smith”, și González Fisher, Ricardo F. și Flores Shaw, Patricia L., "The Edwin Smith Chirurgical Papyrus" [208,p.1357; 271,p.182]. Importanța papirusului Smith rezidă, pe de altă parte, în valoarea sa extraordinară de a ilustra practicile medicale din Egiptul antic, deși trăsătura cea mai relevantă este aceea că constituie primul document medical din istorie care reflectă un studiu bazat pe observație obiectivă, în care toate percepțiile magico-religioase sunt excluse, precum și cadrul cultural în sine. În acest sens, acest papirus este începutul unei treceri de la gândirea medicală la medicina greco-romană. De fapt, teoria conform căreia cunoașterea medicinei egiptene a fost transferată în Grecia și

ar putea fi importantă pentru dezvoltarea medicamentului ipocratic ulterior, este consolidată dacă luăm în considerare referințele la practica clinică a Egiptului antic, atât în *Odissea* din Homer (s. VIII î.Hr.), ca în *Istoria* lui Herodot (484-425 î.Hr.) care descrie chiar și diferitele specialități care au existat. Astfel, asemănarea dintre metoda clinică actuală și descrierile cuprinse în *Smith Papyrus* invită specialiștii să se gândească că originea medicamentului, sau cel puțin o contur a acestuia, ar fi putut fi găsită la vechime Civilizația egipteană.

În acest moment, este de interes special referirea la „Cartea sacră” din Egiptul antic, prin care a fost reglementată acțiunea medicală. Într-adevăr, a fost un fel de cod elaborat de preoții vremii care, pe lângă stabilirea unei serii de dispoziții care reglementează activitatea medicului, au oferit declarații cuprinzătoare despre simptomele unor boli. Nerespectarea acestor reglementări care reglementează activitatea medicală ar putea conduce la impunerea de sancțiuni grave medicului, inclusiv a pedepsei cu moartea. În orice caz, ceea ce a fost cu adevărat pedepsit a fost, mai mult decât prejudiciul cauzat, nerespectarea preceptului [178,p.10]. Cu toate acestea, au fost incluse și reguli care ar trebui urmate de pacient și a căror neascultare a exonerat medicul de la eventuala sa responsabilitate, transferându-l către acesta din urmă, ceea ce a implicat una dintre primele încercări istorice de echilibrare a relației medic-pacient. Medicii care au respectat riguros regulile artei prevăzute în *Cartea Sfântă* au fost întotdeauna protejați de lege, indiferent de rezultatul performanței lor medicale. Prin urmare, a fost suficient să respectați regulile pentru a exonera medicul de răspundere. Pe de altă parte, dacă s-au abătut de la ei, au primit pedeapsa corespunzătoare indiferent de rezultatul obținut, deoarece ceea ce a fost cu adevărat sancționat a fost omiterea sau nerespectarea normei, nu rezultatul în sine. Medicii egipteni aparțineau marilor colegii preoțești și se bucurau de prerogativele de care dispunea casta preoțească, templele fiind locurile frecvent alese pentru dezvoltarea practicii medicale [165,p.28;163,p.381].

Rotaru G. în *”Probleme juridice în practica medicala și medierea ”* face o analiză și a altor perioade, astfel menționând că în antichitate precum și în Rusia se întâlnește Statutul lui Vladimir Sviatoslavici (X-XI) și *”Adevărul Rus”* (IX-XI) ce conțin dispoziții referitoare la practica medicală, iar în 1700 în Rusia a fost publicată prima lege care furnizează sancțiuni în caz de incompetență și falsificări ilegale, utilizarea medicamentelor care cauzează moartea pacienților.” Fiecare doctor “, care în mod deliberat „va omori” pe cineva, legea prevedea pedeapsa cu moartea [137,p.25].

În articole separate, militare și din „Cărțile Marine”, luate de către Petru I în 1716 și în 1720, se atestă compensare reglementată pentru prejudiciul cauzat de practica medicală. Astfel, la punctul 9

din „Carta Maritimă” se declara că medicul va fi pedepsit în cazul tratamentului neeficient. Până la 1857 în Rusia nu a existat nici o lege unică de reglementare a activității medicale. Carta și Legile Imperiul Rus au definit drepturile și responsabilitățile medicilor. În acest timp, medical pentru o infracțiune profesională a fost supus la răspundere penală sau civilă pentru decesul pacientului. Conform Codului Penal (1885) încălcarea profesiei medicale a fost văzută ca o abatere administrativă.

În conformitate cu Carta de justiție penală în momentul în care urmărirea penală a specialiștilor din domeniul medical pentru infracțiune profesională, a fost legată de autoritățile medicale. M.A. Pliuschewski-Pliuschik în 1913, scria că este necesar să se facă distincție între neglijența profesională a unui medic referitoare la metod de tratament și nepăsarea, ca o supraveghere în punerea în aplicare a unei acțiuni pur tehnice (de ex: medicament care a cauzat un prejudiciu). Urmărirea penală a unui medic pentru un diagnostic greșit și tratament incorect poate duce la o răspundere penală. Responsabilitatea pentru un medic vine doar din neglijență ordinară sau inadvertență [137,p.25].

În aceeași lucrare G.Rotaru menționează că spre deosebire de răspunderea civilă, cea penală prevăzută pentru lucrătorii în domeniul sănătății, în diferite formațiuni social-politice, a fost pusă în aplicare în moduri diferite. Astfel, în timpul Regelui Babilonului Hammurabi, se prevedeau pedepse pentru un tratament care a eșuat, în cazul în care medicul a fost obligat să întoarcă bolnavului plata cheltuielilor de preț echivalent. Dreptul privat roman prevedea pedepse pentru tratament inadecvat, sau moartea unui bolnav.

În Evul Mediu în Europa medicina a fost puternic influențată de două evenimente: cultura arabă și creștinismul, musulmanii având un respect deosebit pentru medicină anume datorită răspunderii care însoțea această profesie. ”Legământul medical” al lui Musa Ibn Mimun, cunoscut și sub numele de Maimonide, (medic care a avut printre pacienți pe sultanul Saladin și pe Regele Richard Inimă de Leu), s-a bucurat de un răsnet comparabil doar cu ”Jurământul lui Hipocrat”, un jurământ medical care abordează competența ca profilaxie a răspunderii medicale și care pledează pentru responsabilitatea medicului. Creștinismul a influențat și determinat definitivarea unei atitudini față de boală și bolnav, față de medici și în consecință a răspunderii medicale strict reglementate.

Boala nu reprezintă (ca în antichitatea greco-romană) un stigmat iremediabil și o sancțiune divină (Toma d’Aquino). Datoria fiecărui creștin (mai ales în epoca de prozelitism) este „de a pansa”, de a alina durerile suferindului. Dar tot de aici ia naștere și suspiciunea cu care erau priviți medicii (deseori acuzați de erezie) și răspunderea juridică strict reglementată a acestora. Paul Zacchias în „*De erroribus Medicorum a lege punibilibus*” face distincție chiar între culpa latissima, culpa latior, culpa

lata, culpa levis si culpa levissima [3].

O schimbare critică, din punct de vedere ideologic, în conceptul de responsabilitate medicală a avut loc în secolul al XIV-lea în Anglia, și care a avut un impact enorm asupra conceptului contemporan al malpraxisului medical. Primul caz tipic de malpraxis medical descris în istorie a avut loc în 1374 în Marea Britanie, la Curtea Regală de Justiție a lui John Cavendish, când o acțiune înaintată de către un pacient împotriva unui medic chirurg a fost susținută, însă procesul a fost anulat din cauza unei erori tehnice. Înainte de acest moment de reper – decizia Cavendish, un medic era complet imun la orice cale de atac, cu excepția cazurilor în care se putea dovedi că a existat rea intenția. Cavendish a elaborat și aplicat conceptul neglijenței profesionale, conform căruia un prejudiciu produs din cauza neglijenței medicului este considerat fiind recuperabil.

O legislație specială adresată domeniului exercitării profesiei medicale a fost dată, în 1522, de Carol cel Mare și cunoscută sub numele de *Constitutio Carolina*. Prin această lege s-a delimitat, mai exact, rolul și sarcinile medicinei în raport cu justiția. În acest sens, *Constitutio Carolina* stabilește sancționarea medicului care, din neglijență sau nepricepere, a cauzat moartea bolnavului, în special în cazurile când se demonstrează că a folosit medicamente neautorizate sau interzise de practica medicală [50,p.171].

În Rusia, prin Decretul Împărătesei Elisabeth 1758 normele medicale încălcate de medici se pedepseau cu amendă de până la 400 ruble. Despăgubirile pentru daune morale, declarate în bazele legislației civile, ce au provocat pagube de viață și de sănătate nu a avut loc. Ca urmare, efectele negative asupra sănătății și a vieții curente în momentul în care legislația nu este pe deplin compensată de lipsa de reglementarea juridică a acestor norme.

În 1993 în Federația Rusă a fost adoptată legea “Cu privire la protecția sănătății cetățenilor din Federația Rusă”, care precizează și dezvoltă articolele din Constituția Federației Ruse, principiile de bază a protecției sănătății, de organizare a diferitelor sisteme de sănătate, garanții de asistență medicală și socială, drepturile civile pentru diferite grupe a populației. Pentru prima dată, se recunoaște în mod legal dreptul și ordinea de vindecare, cum se creează o asociație profesională medicală și farmaceutică, în cele din urmă înscris în noua legislație cu privire la eutanasiu, definiția de momentul morții, marcat de drepturile omului în perioada post-mortem autopsie, organe și transplantul de țesuturi, reglementarea drepturilor de reproducere, specificarea conceptului de confidențialitate [137].

Jurisprudența Țărilor Române abordează malpraxisul medical și răspunderea medicală în temeiul „pierderii meseriei” în caz de „sminteală a bolnavului prin nemeșteșug”. De asemenea, sunt

prevăzute și condițiile când medicul este exonerat de răspundere, și anume: dacă bolnavul refuză să-l asculte și să urmeze sfaturile medicale, precum și dacă rănitul refuză îngrijirile medicale („sminteala morții va fi spre cel rănit”). Aceste aspecte, alături de precizări privind considerația de care beneficiau medicii, apreciindu-se opiniile lor ca precumpănitoare față de alte mărturii apar în Pravilele împărătești ale lui Vasile Lupu, în 1646, și Matei Basarab, în 1652. Importante sunt și prevederile care fac diferențierea între răspunderea penală și răspunderea civilă, precum și cele care stabilesc cuantificarea despăgubirii pentru reparația prejudiciului în funcție de întinderea acestuia. Dezvoltarea conceptelor și principiilor de răspundere medicală a avut loc, în special, în baza dreptului civil. Astfel, Legiuirea Caragea (1818), cod de legi al Țării Românești, a formulat 173 principiul general al răspunderii civile: „... care din știință sau cu neștiință, sau cu greșeală va aduce stricăciuni altcuiva este dator a repara stricăciunea”. Codul Callimachi (1817), codul civil al Moldovei reglementează „epitropia casei doctorilor” și stabilește condiții pentru responsabilitate: „oricare din doctori, fără muștrare de cuget... va călca acest legământ, facându-se aceasta cunoscut la stăpânire, se va scoate din numărul doftorilor și tocmeala lui se va strica și întru nimic nu se va socoti”. Mai târziu, Regulamentul organic, legile sanitare din anii 1874, 1910, 1935 și 1943 stipulează condiții cu privire la activitatea desfășurată de medici și a căror încălcare atrage răspunderea penală și/sau civilă [50,p.172].

Conceptul de neglijență profesională a fost pentru prima dată utilizat la baza a deciziei unei instanțe din SUA în anul 1853, cu citarea deciziei engleze anterioare. De asemenea, conceptul de medic prudent și cetățean rezonabil (“Medicul prudent este analog cetățeanului rezonabil prin prisma dreptului comun”) a proliferat în SUA, iar semnificația acestuia a culminat, în 1914, prin decizia instanței în cazul *Schloendorff vs. Society of New York Hospital*, care a adus în prim plan dreptul individului de a decide privind internarea în secția de chirurgie. Judecătorul Benjamin N. Cardozo, în baza respectivului caz, e elaborat principiile juridice care fundamentează dreptul pacientului de a fi informat și de a decide cu privire la tratamentul terapeutic sau chirurgical. Respectiva decizie reprezintă baza necesității obținerii, în zilele de azi, a consimțământului informat. Dreptul modern al responsabilității medicale s-a pronunțat, la data de 20 mai 1936, referitor la fundamentul delictual sau contractual al responsabilității medicale, prin hotărârea Curții de Casație franceze, care a decis să substituie fundamentul delictual prin cel contractual, motivând că între medicul din sectorul liberal și pacientul său se încheie un contract, și că responsabilitatea medicului se apreciază în domeniul contractual și nu delictual. Un alt aspect destul de important care a marcat și impulsionat dezvoltarea medicinei ca știință și profesiune în secolul al XIX-lea și prima jumătate a secolului XX ține de

condiționarea obținerii dreptului de liberă practică de către cadrul medical prin parcurgerea anumitor etape de instruire în plan profesional, promulgarea a numeroase legi, regulamente și coduri privind practica medicală specifică, norme incidente privind profesiunile medicale. Acest fapt a avut consecințe de ordin pozitiv asupra raporturilor medic-pacient, ultimii devenind mai încrezători în acceptarea opiniei medicale și tratamentului recomandat, iar subiectul malpraxisului medical a fost retrogradat în plan secund [50, p.174].

Calitatea asistenței medicale și prevenirea greșelilor din activitatea profesională de mult îi preocupă pe savanții medici legiști, medici și juriști, dar studierea lor aprofundată a început în a doua jumătate a sec. XX. Demonstrativ este faptul că în țările occidentale, la acel moment, anumedeicii legiști au „bătut alarma” în ce privește gravitatea problemei pentru comunitatea medicală și societate și au început studierea activă a aspectelor medicale și de drept ale asistenței defectuoase [156]. În acea perioadă au prins a apărea și primele lucrări fundamentale bazate pe cercetări științifice, spre exemplu Зальмунин Ю. С. *Врачебные ошибки и ответственность врачей* Щеголев П. П., *Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащей медицинской помощи* [161], Эдель Ю. П. *Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале)* [157] cât și monografii ca de exemplu Scripcaru Gh., Ciornea T., Ianovici N. *Medicină și drept*, Вермель И. Г. *Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности*, Громов А. П. *Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников* [153], Громов А. П. *Права, обязанности и ответственность медицинских работников* [154], Огарков И. Ф. *Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них* [158]. ș.a. Printre acestea, merită a fi remarcate de asemenea și lucrările savanților A.P. Gromov (1969, 1976), E. Fronescu (1970), Gh. Scripcaru și coaut. (1979), I.G. Vermeli (1988), S. Ungurean (2001) ș.a.

Teoria generală a erorilor profesionale vorbește de erori de fapt și de erori de normă. În cazul unei erori de fapt nu poate fi acuzat și nici condamnat nimeni. Eroarea de fapt este consecința unei imperfecțiuni a științei medicale la acel moment sau a unei reactivități particulare a bolnavului. Acest tip de eroare se produce în timpul exercitării profesiunii de medic, chiar dacă se respectă regulile de comportament profesional. Orice persoană plasată în aceleași condiții de muncă poate comite o eroare de fapt. Se consideră că erorile de fapt devin tot mai frecvente din cauza progreselor tehnologice, se precizează într-o lucrare a președintelui Colegiului Medicilor din România, Vasile Astărăstoie [4]. Spre deosebire de eroarea de fapt, cea de normă este imputabilă și este asimilabilă greșelii. Erorile de normă se produc atunci când nu sunt respectate normele unanim acceptate. Acest tip de erori pot fi

generate prin comisiune (acțiuni care nu sunt necesare, dar sunt întreprinse de către lucrătorul medical) și prin omisiune (atunci când sunt necesare acțiuni din partea doctorului, dar ele nu sunt întreprinse).

Deci, greșeala reprezintă nerespectarea sau neaplicarea normelor privind comportamentul profesional al unui prestator de servicii de sănătate, în contextul în care un alt lucrător medical sau farmaceutic, în aceleași condiții, le-ar fi respectat și aplicat; iar, eroarea înseamnă producerea unui prejudiciu asupra pacientului din cauza naturii lucrurilor, situație în care orice medic, în aceleași condiții de activitate, ar fi produs același prejudiciu.

Descrierea erorilor medicale dată de teoria erorilor profesionale stabilește existența obligatorie a unor elemente în definiția greșelii medicale, și anume: existența unei obligații profesionale, neîndeplinirea acestei obligații din culpă, generarea unui prejudiciu asupra pacientului și existența cauzalității.

Importanță fundamentală sunt normele din legislațiile țărilor privind răspunderea pentru prejudiciu, în special în ceea ce privește încălcarea drepturilor cetățenilor la sănătate. Legislația stabilește procedura de despăgubire pentru daunele cauzate de sănătate a pacientului. Pentru prima dată apare un statut clar de a urmări un medic în caz de culpabilitate legat de un prejudiciu adus sănătății și a vieții bolnavilor. În practica preexistentă greșeala profesională a medicului era sancționată penal. Culpabilitatea în domeniul medical în cazul în care s-a cauzat un prejudiciu sănătății sau vieții pacientului va fi un act ilegal, și poate avea ca rezultat, consecințele juridice civile, în forma compensației pentru prejudiciu sau chiar consecințe penale [136].

În domeniul ocrotirii sănătății, răspunderea juridică este un fenomen complex ce implică începuturi mixte atât private cât și publice. Deci, este de subliniat faptul că răspunderea juridică în domeniul serviciilor medicale presupune realizarea sancțiunii normei juridice ce reglementează obligația de reparare a daunei produsă sănătății populației.

Răspunderea profesională medicală are un dublu rol, primul este cel de a proteja interesele consumatorului, iar cel de al doilea vine ca un fel de profilaxie încercând să se stimuleze inițiativa medicală în interesul consumatorului de servicii de sănătate și să evite cazurile de urmărire pentru responsabilitate. Există totuși și o cealaltă parte a monedei, care vine în defavoarea consumatorului, deoarece un medic îngrozit de răspunderea profesională va folosi procedeele mai puțin riscante și de multe ori mai puțin utile, și raportat la aceasta din frica de a nu fi penalizat pentru o eroare, medicul își pierde din fermitatea cu care de multe ori trebuie să acționeze pentru a oferi o consultație amplă, un tratament adecvat sau o intervenție necesară. Deci, putem afirma că responsabilitatea medicală

necesită îmbinarea armonioasă a afectivului cu raționalul și a determinării cu prudența.

Sistemul medicinei liberale a generat ideea înlocuirii responsabilității medicale clasice cu un sistem de asigurări pentru incertitudinile medicinei și pentru lacunele practicii medicale în acest mod evitându-se discreditaarea medicului în fața opiniei publice, și suprimându-se relativismul juridic satisfăcându-se nevoia de compensare a bolnavului.

Probleme ce țin de protecția juridică a vieții și sănătății umane au devenit foarte actuale. Bazele necesare pentru realizarea dreptului constituțional al fiecărui cetățean cu privire la protecția sănătății au fost puse prin implementarea unor serii de legii și acte normative care au fost adoptate în ultimii ani. Dreptul la ocrotirea sănătății se regăsește într-un regim special de realizare, fiind un drept consacrat în Constituție, deci ceea ce presupune și existența unui mecanism aparte pentru asigurarea acestuia. Responsabilitatea pentru ocrotirea cetățenilor este asumată necondiționat și direct de către Stat.

Un factor decisiv în crearea potențialului economic, cultural dar și a forței de muncă a unei societăți, este evident sănătatea populației, care vine să vină un indice al dezvoltării sociale. Un semn distinctiv al evoluției domeniului ocrotirii sănătății este vizat și de responsabilitatea juridică, care reprezintă un fenomen juridic și un obiect de cercetare independent. Statul consfințește responsabilitatea juridică în acte normative, o reglementează în calitate de instituție juridică specială cu destinația de a exercita o influență cu caracter de mobilizare și disciplinare a comportamentului membrilor societății, de a le forma o atitudine profund responsabilă și conștientă față de propriul comportament. Întrucât ocrotirea sănătății depinde de progresul tuturor domeniilor de activitate în stat, este logic și binevenit ca rezultatele înregistrate în oricare alt domeniu public să nu afecteze sănătatea publică sau individuală a cetățeanului, astfel încât să condiționeze angajarea răspunderii juridice a subiecților de drept ce se reflectă asupra ocrotirii sănătății [58,p.53].

În domeniul ocrotirii sănătății răspunderea juridică este un fenomen complex ce implică atât începuturi de origine privată, cât și de origine publică. Statul fiind purtătorul puterii publice, în mod obiectiv nu se află pe poziție de egalitate cu cetățenii săi sau cu alte subiecte ale dreptului privat, poziție de inegalitate resimțită și în raporturile uzuale comerciale dintre un consumator și un agent economic.

Esența statului constă în realizarea și organizarea puterii publice. În acest sens, materializarea statului în sens practic se realizează prin intermediul organelor sale și a funcționarilor publici. Ordinea, limitele de reparare a daunei cauzate de organele de stat și/sau funcționari publici persoanei private,

se fundamentează pe normele dreptului privat și implică elemente dispozitive. Intrând în raporturile juridice de drept privat, statul își pierde calitatea sa de subiect autoritar și devine un subiect de drept egal cu celelalte. Calitatea de subiect al raporturilor juridice civile derivă din capacitatea juridică a statului și din capacitatea lui delictuală. Însăși deținerea de suveranitate este un argument pentru considerarea existenței capacității juridice civile a statului [59,p.113].

Protecția sănătății publice este una dintre principalele sarcini ale guvernului din Republica Moldova, în cazul în care una dintre tendințele legislației moderne este dezvoltarea activă a surselor formale de drept care acoperă practic toate domeniile relațiilor publice, inclusiv ocrotirea sănătății. De-a lungul ultimilor 20 de ani au fost elaborate și adoptate peste douăzeci de legi care se ocupă cu reglementarea relațiilor în domeniul sănătății publice. Cu toate acestea, nu a fost creat un sistem unificat care reglementează sectorul de sănătate, iar în absența acestuia este dificil de efectuat un control complet a practicii medicale și respectiv apar serioase dificultăți în aplicarea legii. Strategia de reformă în sănătate, ca fiind unul dintre principalele domenii, include optimizarea reglementării legale a activităților din sfera sănătății publice. Legislația în domeniul serviciilor medicale în prezent este o structura complexă cu mai multe ramuri, având tangență prin standarde de reglementare cu diverse domenii ale dreptului. Normele juridice evoluează, se suprapun, se completează, iar uneori se contrazic reciproc. Doar prin înțelegerea modului în care funcționează acest mecanism în dinamică, este posibil de elaborate o strategie corectă de intervenție pentru a schimba unele elemente ale reglementării legale.

Relațiile juridice din domeniul sănătății publice sunt foarte variate și prin intermediul normelor din diferite ramuri de drept sunt strâns legate în cadrul legislativ:

- Dreptul administrativ formulează cerințele de management în sistemul sanitar și de control în acest domeniu, stabilește termenii și condițiile interdicțiilor administrative și juridice;
- Dreptul civil reglementează procedura și condițiile de compensare pentru prejudiciul adus vieții sau sănătății cetățeanului, inclusiv cel moral în caz de îngrijire medicală necorespunzătoare la furnizarea serviciilor medicale;
- Legislația muncii conține prevederi care reglementează relația dintre cadrele medicale și instituțiile medico-sanitare;
- Dreptul penal stabilește răspunderea pentru crime împotriva libertății, împotriva vieții și sănătății personale, împotriva sănătății publice, împotriva demnității persoanei și altele.

Deci, legislația funcționează ca un întreg și, în principiu, este imposibil de a separa acte juridice referitoare numai la zona de îngrijire a sănătății. Un sistem unificat legislativ care reglementează sistemul de sănătate trebuie să includă acele acte juridice, care au fost adoptate nemijlocit pentru a reglementa activitatea medicală [137,p.4].

Problema răspunderii juridice în domeniul ocrotirii sănătății poate fi abordată numai dacă are loc o analiză detaliată a răspunderii juridice medicale, care este o formă cercetată doar parțial în Republica Moldova. Obligațiile medicului față de beneficiarul de servicii medicale, fie el numit pacient sau consumator, ia naștere din momentul instituirii raportului dintre acești doi actori cheie. Medicul are obligativitatea legală a furnizării serviciilor de sănătate, acesta fiind totuși în drept să refuze prestarea unor servicii sau realizarea actului medical, evident cu excepția situațiilor de urgență medicală. Legea ocrotirii sănătății este actul legislativ care stabilește obligațiile de ordin profesional ale asistenților medicali, moașelor și lucrătorilor farmaceutici, fiind stipulat că farmaciștii și alți lucrători medico-sanitari sunt obligați să păstreze secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului de care au luat cunoștință în exercițiul profesiei (art.14, alin.1), precum și că poartă răspundere pentru incompetența profesională și încălcarea obligațiilor profesionale (art.14, alin.3) [71]. Obligațiile asistentului medical și ale lucrătorului farmaceutic sunt stabilite într-un volum mult mai mare de Codul de etică al lucrătorului medical și farmaceutic. Totuși, per ansamblu, se constată că raporturile pacient – lucrător farmaceutic și pacient – asistent medical nu sunt pe deplin reglementate, fapt ce creează imposibilitatea de a evalua corespunzător activitatea acestora. Angajarea răspunderii medicale presupune probarea că îndatoririle prestatorului de servicii de sănătate trebuiau îndeplinite la un anumit standard.

În Republica Moldova nu există o legislație specifică în domeniul medical care să stabilească și să reglementeze răspunderea civilă a prestatorului de servicii de sănătate, de aceea putem face referire doar la Codul Civil al Republicii Moldova și unele legi speciale. Codul civil în cadrul art. 2006 prevede răspunderea pentru prejudiciul cauzat de o autoritate publică sau de o persoană cu funcție de răspundere [19]. Art. 18 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, anunță faptul că ”responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor individuale, stipulate de prezenta lege – prestatorii de servicii de sănătate” [82].

Lucrătorul medical răspunde civil și pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea

reglementărilor privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării serviciilor de sănătate. Propunerile mai spun că lucrătorul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei atunci când își depășește limitele competenței, cu excepția cazurilor de urgență în care nu sunt disponibili lucrătorii medicali ce au competența necesară.

Răspunderea civilă reglementată nu înlătură angajarea răspunderii contravenționale sau penale dacă fapta care a cauzat prejudiciul constituie contravenție sau infracțiune. Toate persoanele implicate în actul medical vor răspunde proporțional cu gradul de vinovăție al fiecăruia.

Legislația națională prevede și situațiile când lucrătorul medical nu răspunde pentru daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei sale, și anume :

- când aceasta se datorează condițiilor de lucru, dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecțiilor nosocomiale (infecții intraspitalicești), efectelor adverse, complicațiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament, viciilor ascunse ale dispozitivelor medicale, medicamentelor și substanțelor medicamentoase folosite;
- când acționează cu bună-credință în situații de urgență, cu respectarea competenței acordate.

Și prestatorii de servicii de sănătate răspund civil pentru prejudiciile produse pacienților în activitatea de acordare a serviciilor de sănătate, în situația în care acestea sunt consecința:

- infecțiilor nosocomiale, cu excepția cazului când se dovedește o cauză externă care nu a putut fi controlată de către instituția medicală;
- defectelor cunoscute ale dispozitivelor medicale utilizate în mod abuziv, fără a fi reparate;
- folosirii dispozitivelor medicale, medicamentelor și substanțelor medicamentoase, după expirarea perioadei de garanție sau a termenului de valabilitate a acestora, după caz [82].

Prestatorii de servicii de sănătate poartă răspundere civilă pentru prejudiciile produse de lucrătorul medical angajat, în mod solidar cu acesta, dar și pentru prejudiciile cauzate, în mod direct sau indirect, pacientului, generate din nerespectarea regulamentelor sale interne. Prestatorii de servicii de sănătate, precum și producătorii de produse medicale răspund civil potrivit dreptului comun pentru prejudiciile produse pacienților în activitatea de acordare a serviciilor de sănătate, generate în mod direct sau indirect de viciile ascunse ale dispozitivelor medicale, ale medicamentelor și substanțelor medicamentoase, în perioada de garanție/valabilitate, conform legislației în vigoare. Aceste măsuri vor fi valabile și prestatorilor de servicii conexe actului medical. În același timp, furnizorii de servicii nemedicale, care sunt responsabili de furnizarea necorespunzătoare a utilităților de către prestatorii de

servicii de sănătate, răspund civil pentru prejudiciile cauzate pacienților, generate de furnizarea necorespunzătoare a utilităților [288].

Repararea prejudiciului cauza pacientului prin contravenție poate fi realizată în condițiile procedurii civile. Consumatorul de servicii de sănătate prejudiciat printr-o infracțiune își poate exercita acțiunea civilă (repararea prejudiciului) în cadrul procesului penal, unde se poate constitui parte civilă, sau poate introduce o acțiune civilă separată, întemeiată pe răspunderea civilă delictuală, la instanța civilă. În cazul în care exercitarea profesiei medicale generează vătămarea integrității corporale sau altă vătămare a sănătății, sau decesul pacientului ca urmare a acestor cauze, prestatorul de servicii de sănătate are obligația să compenseze pacientului vătămat prejudiciul [19].

Totodată, datorită faptului că modalitățile de apărare a drepturilor civile rezidă din esența drepturilor individuale ale pacientului și din caracterul acestor încălcări, în cadrul sistemului medical din Republica Moldova sunt reparate și prejudiciile nepatrimoniale. Prin urmare, conform legii civile (art. 2028, 2029 CC al RM), sunt supuse compensării 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 de către persoane terțe, de cumpărare a unui vehicul special, de reciclare profesională etc.) [19].

Acest drept de reparare a prejudiciului este stipulat expres în art. 19 din Legea ocrotirii sănătății [71] și în art. 5 din Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [82]. În lumina legii de bază a sănătății, consumatorii serviciilor de sănătate au dreptul la repararea prejudiciilor aduse de unitățile medico-sanitare prin încălcarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare, care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui. Apărarea drepturilor consumatorilor serviciilor medicale prin repararea prejudiciului este reiterată și în legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului, care asigură calea extrajudiciară și judiciară. Cadrul extrajudiciar de apărare a drepturilor pacientului, modalitatea în care este organizat și funcționează, vizează drepturile sociale ale acestuia și, în consecință, nu poate asigura repararea prejudiciului produs printr-un act de malpraxis [59,p.116].

În ce privește caracterul răspunderii fie ea penală sau civilă pentru activitatea defectuoasă, datele literaturii de specialitate sunt diferite. Așadar, o serie de cercetători precum Dillis, Doropaev, Procurin [155], Papkov [160] au constatat o frecvență mai înaltă de tragere a cadrului medical la răspundere penală (64–82,9%), în timp alții ca Archelian [151], Bîhovskaia [152] au stabilit o

predominare esențială a acțiunilor civile (54,8–78,6%) ale pacienților și rudelor acestora față de cele penale. A.D. Dillis și coaut. (2006) consideră prevalarea cauzelor penale față de cele civile drept o manifestare a educației juridice joase apopulației [155]. Pe de altă parte, interesul deosebit al pacienților față de tragerea medicilor la răspundere civilă, în condițiile asigurării financiare proaste a populației, rezidă în posibilitatea de a obține prin intermediul deciziilor judecătorești, despăgubiri pentru acordarea ajutorului medical insuficient [107]. Cercetările sociologice, cât și de tendința de majorare a numărului cauzelor civile în contravențiile medicale susțin această ipoteză.

Așa cum a fost menționat în capitolele anterioare, la noțiunea de prestatori de servicii medicale se atribuie instituția medico-sanitară și personalul medical prin prisma raportului juridic format între ei [75]. Tragerea la răspundere juridică a personalului medical implică aplicarea sancțiunii în urma încălcării unei norme juridice. Personalul medical răspunde juridic în situațiile de [58,p.61]:

- nepregătire – cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei;
- acordarea unei asistențe medicale neadecvate;
- nerespectarea reglementărilor privind confidențialitatea;
- nerespectarea reglementărilor privind consimțământul informat;
- nerespectarea reglementărilor privind obligativitatea acordării asistenței medicale;
- depășirea limitelor competenței.

Prin prejudicierea unui pacient de către instituția medico-sanitară sau personalul medical, pot fi atrase diverse forme ale răspunderii juridice [59,p.117]:

- răspunderea civilă;
- răspunderea penală;
- răspunderea administrativă;
- răspundere disciplinară.

Răspunderea civilă a instituției medico-sanitare și a personalului medical, trebuie înțeleasă ca un raport juridic obligațional, în temeiul căruia o persoană juridică sau fizică profesionistă în domeniul sanitar, făcând parte din personalul medical sau din cadrul instituției medico-sanitare este îndatorată să repare prejudiciul cauzat altuia – pacientului sau urmașilor acestuia în drepturi – prin fapta sa ori a aceluia pentru care este, potrivit legii răspunzătoare.

În caz de atitudine neconștiincioasă față de activitatea sa, a personalului medical, a instituției medico-sanitare în care activează specialistul dat, el este obligat să compenseze prejudiciul cauzat sănătății pacientului. Instituțiile medico-sanitare răspund pentru prejudiciul cauzat de către medic

urmare a acordării asistenței medicale necalitative. Instanțele de judecată stabilesc în procesele de judecată că instituția medico-sanitară căreia i s-a adresat bolnavul este răspunzătoare pentru prejudiciul cauzat de personalul medical. Subordonarea este o consecință obiectivă și o cerință în cadrul raportului juridic de muncă, iar conținutul concret al subordonării diferă în funcție de profesie. În cazul medicilor încadrați în instituțiile medico-sanitare, raportul de prepușenie are un caracter atipic, deoarece direcția, controlul și supravegherea de către comitent se fac într-o formă incompletă.

Alături de răspunderea delictuală a instituției medico-sanitare, s-a afirmat și teza răspunderii contractuale, art. 7 din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Indiferent dacă asistența medicală se acordă în unități sanitare de stat sau particulare, medicul își asumă obligația de a acorda în baza consimțământului pacientului. Contractul i-a naștere între pacient și unitatea sanitară, dacă medicul este angajatul unității sanitare. Dacă medicul are cabinet particular, raportul juridic se naște între el și pacient. În susținerea ideii menționate, putem invoca și prevederile Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală [75], care prevede că între Compania Națională de Asigurări în Medicină și prestatorii de servicii medicale se încheie contract de acordare a asistenței medicale, conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistența medicală calificată, în volumul și termenele prevăzute de Programul unic, iar Compania Națională de Asigurări în Medicină se obligă să achite costul asistenței medicale acordate. Așadar, raporturile contractuale între prestatorul de servicii medicale și Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt foarte clar și detaliat reglementate. Nu se poate spune același lucru și cu privire la relațiile dintre personalul medical și pacient, mai ales că în cadrul acestor raporturi intervin uneori conflicte de ordin juridic.

Personalul medical poate fi exonerat de răspundere juridică în contextul acordării asistenței medicale pacientului în următoarele situații, fiind angajată în situațiile respective răspunderea instituției medico-sanitare de a repara prejudiciul cauzat bolnavului [58,p.62]:

- condițiile de muncă precare – dotare insuficientă cu echipament de diagnostic și tratament;
- efecte adverse, complicații și riscuri în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament;
- infecții nosocomiale;
- vicii ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicale și sanitare folosite.

Din jurisprudența CtEDO menționăm cauza G.B. și R.B. c. Republicii Moldova (hotărârea din 18 decembrie 2012) [297]. La 4 mai 2000 reclamanta a născut un copil prin operație cezariană, efectuată de către șeful secției ginecologie a unui spital raional. În timpul intervenției chirurgicale, medicul a înlăturat ovarele și trompele uterine ale pacientei, fără permisiunea ei. Ca urmare a acestei intervenții, reclamanta, care în acea perioadă avea 32 de ani, a suferit menopauză precoce. Potrivit rezultatelor examinării comisiei medicale din 18 martie 2003, înlăturarea ovarelor și a trompelor uterine ale reclamantei nu era necesară și prin acea intervenție reclamanta a fost sterilizată. Reclamantii au intentat o acțiune civilă împotriva spitalului raional și a medicului ginecolog, solicitând despăgubiri pentru prejudiciul cauzat în mărime de 9,909 lei moldovenești (aproximativ 587 euro la acea dată) cu titlu de prejudiciu material, MDL 1 milion (EUR 59,740) pentru primul reclamant și MDL 100,000 (EUR 5,974) pentru al doilea reclamant cu titlu de prejudiciu moral și MDL 2,700 (EUR 160) cu titlu de cheltuieli de judecată. La 18 septembrie 2007, Judecătoria raionului a admis parțial cererea reclamantilor, obligând spitalul să-i acorde reclamantei tratament medical gratuit până în anul 2020. Instanța de asemenea a acordat reclamantilor MDL 1,119 (EUR 69) cu titlu de prejudiciu material, precum și MDL 5,000 (EUR 306) primului reclamant și, respectiv, MDL 1,000 (EUR 61) celui de-al doilea reclamant cu titlu de prejudiciu moral. La 24 ianuarie 2008, Curtea de Apel Chișinău a casat parțial această hotărâre, și a mărit cuantumul prejudiciului moral pentru primul reclamant la MDL 10,000 (EUR 607), plus MDL 1,237 (EUR 75) cu titlu de cheltuieli. Această decizie a fost menținută de Curtea Supremă de Justiție. Curtea a examinat chestiunea cu referire la cuantumul despăgubirilor și a constatat că sumele acordate de instanțele naționale sunt, în mod considerabil, sub limita minimă a despăgubirilor acordate de către Curte în cauzele în care aceasta constată o violare a articolului 8 al Convenției. Efectul devastator al pierderii capacității de reproducere a primului reclamant și problemele îndelungate de sănătate reprezintă o interferență considerabilă în drepturile acesteia asigurate de articolul 8 al Convenției, ceea ce impune o satisfacție echitabilă suficientă.

Răspunderea penală a instituției medico-sanitare și a personalului medical intervine atunci când faptele comise cu vinovăție intră sub incidența legii penale. Codul penal al Republicii Moldova pedepsește infracțiuni ai căror subiect activ poate fi instituția medico-sanitară în calitate de persoană juridică, în următoarele cazuri:

- răspîndirea bolilor epidemice – art. 215 CP al R.M., care se pedepsește cu amendă în mărime de la 1000-2000 u.c. cu (sau fără) lichidarea persoanei juridice;
- prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice și psihotrope

– art. 218 CP al R.M., care se pedepsește cu amendă în mărime de la 1000-3000 u.c. cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate;

- încălcarea regulilor de circulație a substanțelor, materialelor și deșeurilor radioactive, bacteriologice sau toxice – art. 224 CP al R.M., care se pedepsește cu amendă în mărime de la 1000-3000 u.c. cu privarea de dreptul de a exercita o anumită activitate.

Pentru elucidarea cauzei angajării răspunderii penale a personalului medical și concluzionarea abordării acestei forme a răspunderii penale juridice, este oportun de menționat și infracțiunile ce țin de activitatea profesională directă a lucrătorilor medicali:

- lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) (art. 148 CP al RM);
- lipsirea de viață din imprudență (art. 149 CP al RM);
- provocarea ilegală a avortului (art. 159 CP al RM);
- efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art. 160 CP al RM);
- efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul pacientei (art. 161 CP al RM);
- neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 162 CP al RM);
- internarea ilegală într-o instituție psihiatrică (art. 169 CP al RM);
- încălcarea inviolabilității vieții personale (art. 177 CP al RM);
- contaminarea cu maladia SIDA (art. 212 CP al RM);
- răspîndirea bolilor epidemice (art. 215 CP al RM);
- prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice și psihotrope (art. 218 CP al RM), etc[22].

Abordarea răspunderii juridice a instituției medico-sanitare și a personalului medical poate fi în concluzie aliniată la principiul general, că oricine a comis o faptă prin care a încălcat legea și a produs un prejudiciu este responsabil pentru fapta sa.

Răspunderea administrativă a instituției medico-sanitare și a personalului medical revine pentru contravențiile care atentează la drepturile cetățenilor și la sănătatea populației prin neexecutarea obligațiilor funcționale sau prin executarea defectuoasă a acestora. Răspunderea administrativă a instituției medico-sanitare nu este prevăzută explicit, dar existența ei se deduce din dispozițiile articolelor Codului contravențional, în care regăsim fapte ilicite a unității sanitare. Spre exemplu, contravenția privind încălcarea regulilor de evidență, transport, păstrare, utilizare și înhumare a preparatelor biologice, chimice și a altor substanțe toxice, care se pedepsește cu amendă

de la 300 la 400 u.c. cu privarea de dreptul de a desfășura activitatea pe un termen de la 6 luni la 1 an [23].

Conform art. 3 alin. (2) din Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate [78] în Republica Moldova au dreptul să desfășoare activitatea medico-sanitară unitățile care au obținut evaluarea și acreditarea și cărora li s-a eliberat certificat de acreditare. În cazul în care instituția nu obține licența, certificatul de acreditare, autorizația sanitară de funcționare, sau pentru încălcarea prevederilor legale ce țin de domeniul de activitate, le sunt retrase actele respective – fapt ce este echivalent cu sancțiunea ce ține de răspunderea administrativă.

Potrivit prevederilor Codului contravențional, răspunderea administrativă a personalului medical poate fi aplicată în condițiile comiterii faptelor de discriminare privind accesul la serviciile de asistență medicală și la alte servicii de sănătate:

- divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu virusul HIV (art. 75 C. Contr. al RM);
- încălcarea regulilor de prescriere a rețetelor (art. 77 C. Contr. al RM);
- nerespectarea angajamentelor privind asigurarea privind asigurarea instituției medico-sanitare cu medicamente, încălcarea legislației privind donarea de sânge (art. 79 C. Contr. al RM);
- excesul de putere sau depășirea atribuțiilor deserviciu (art. 313 C. Contr. al RM);
- favorizarea sustragerii cetățenilor de la serviciul militar (art. 371 C. Contr. al RM) (Anexa nr.1) [23].

La caracterizarea statului în calitate de subiect al răspunderii juridice în domeniul ocrotirii sănătății este important a diferenția două subiecte de drept public: organele puterii publice și funcționarii publici. În limita spațiului grafic al acestei lucrări, ne vom concentra obiectivul de studiu asupra analizei caracterelor distinctive și corelației dintre cele două forme de răspundere a statului în domeniul ocrotirii sănătății, și anume:

- răspunderea juridică a statului față de persoanele particulare;
- răspunderea funcționarilor publici, a organelor de stat în fața statului.

Prin identificarea corelației dintre aceste două forme de răspundere prenotate, menționăm că și în domeniul ocrotirii sănătății, ca de altfel și în alte domenii ale puterii publice, răspunderea juridică a statului se deosebește de răspunderea funcționarilor publici și a organelor puterii de stat prin anumite semne distinctive.

Primul criteriu de delimitare se face în funcție de subiecte. În cadrul primei forme de

răspundere juridică a statului în calitate de subiect activ apare persoana fizică sau juridică de drept privat, căreia i s-a cauzat o daună prin acțiunea/inacțiunea ilicită sau actul juridic al organelor puterii de stat sau al funcționarilor publici sau în alte circumstanțe expres reglementate de lege.

Cea de a doua formă a răspunderii respective se diferențiază prin aceea că organele de stat și persoanele cu funcții de răspundere răspund în fața statului.

În contextul examinării circumstanțelor invocate de către cei cărora le-a fost afectat dreptul la ocrotirea sănătății, urmează a fi stabilit tranșant că organele de stat și persoanele cu funcție de răspundere, răspund pentru încălcarea legii în fața statului și nu în fața poporului, întrucât anume statul reprezintă personificarea juridică a națiunii, acel subiect care în conformitate cu legea dispune de împuternicirea de a califica faptele cu semnificație juridică și de a lua măsuri cu caracter de constrângere.

Având calitate de subiect ce reprezintă poporul, datorându-i ultimului puterea de care dispune, statul are împuternicirea de a trage la răspundere organele de stat și funcționarii publici vinovați de comiterea de fapte ilicite prin care au dăunat sănătății persoanelor de drept privat.

Cele două forme de răspundere menționate se diferențiază în funcție și de sancțiunile specifice și apartenența lor ramurală, astfel, răspunderea juridică a funcționarilor publici sau a organelor puterii de stat survine în baza temeiurilor generale ale răspunderii penale, administrative, disciplinare și patrimoniale. În ramura dreptului penal, precum și a celui administrativ, nu este conturată răspunderea penală sau administrativă a statului sau a autorităților publice. Prin prisma celor enunțate, putem elucida cu claritate că și în domeniul ocrotirii sănătății organele puterii de stat nu vor răspunde penal sau administrativ pentru acțiunile/inacțiunile ce au cauzat prejudicii sănătății publice.

În funcție de caracterul și specificul raporturilor din domeniul ocrotirii sănătății în cadrul cărora statul cauzează daune altor subiecte, răspunderea acestuia se poate realiza, atât în ordine de drept privat, cât și în ordine de drept public. Răspunderea statului ca subiect al ilegalității se manifestă în anumite forme concrete. În ramurile dreptului public statul este caracterizat ca subiect special cu drepturi și obligații specifice, iar în ramura dreptului privat care utilizează metoda de reglementare juridică fundamentată pe egalitatea juridică a părților, acesta este poziționat pe aceeași poziție de egalitate cu alte subiecte de drept.

Potrivit art. 5 din Legea consumatorilor în rezultatul încălcării drepturilor lor au dreptul la despăgubire. Dacă agenții economici au încălcat drepturile consumatorilor și prin aceasta s-a cauzat un prejudiciu consumatorilor, atunci agentul economic va fi civilmente responsabil, adică va trebui să

repare prejudiciul. *Răspunderea civilă* în este acea formă a răspunderii juridice ce constă în obligația pe care o are orice persoană de a repara prejudiciul pe care l-a cauzat alteia. Răspunderea civilă poate să izvorască din neexecutarea unei obligații născute dintr-un contract, caz în care se numește răspundere civilă contractuală, sau poate să provină din săvârșirea unei fapte ilicite cauzatoare de prejudiciu, fără să fi existat contract între agentul economic și consumator, caz în care va apărea răspunderea civilă delictuală. Așadar pentru a putea vorbi de răspundere civilă contractuală trebuie ca mai întâi între subiectul producător și consumator să existe un contract. Condițiile nașterii răspunderii civile contractuale sunt următoarele:

- existența unui contract valabil între consumator și subiectul economic (vânzătorul, producătorul, executantul);
- existența unei fapte ilicite din partea subiectului economic.
- existența unui prejudiciu patrimonial și/sau moral în care se concretizează aceasta atingere;
- prezența raportului de cauzalitate dintre fapta subiectului economic și prejudiciu;
- prezența culpei subiectului economic care a comis fapta ilicită.

Prin urmare daunele cauzate vieții, sănătății, proprietății consumatorului în rezultatul deficiențelor constructive, de producție, de receptură etc. sunt restituite în întregul volum de către subiectul economic dacă legislația în vigoare nu prevede răspundere mai drastică pentru fapta dată.

Răspunderea administrativă. Potrivit articolului 10³ din Legea cu privire la protecția consumatorului, consumatorul are dreptul constatat de a sesiza organele judiciare sau alte organe de stat abilitate la depistarea încălcării drepturilor. Concomitent cu răspunderea materială a agentului economic care a încălcat dreptul consumatorului, organele de stat împuternicite pot aplica sancțiuni administrative față de vânzătorul sau executantul vinovat de încălcarea drepturilor consumatorului. Organele împuternicite cu aplicarea sancțiunilor administrative sunt: Camera Industriei și Comerțului și organele care îndeplinesc controlul securității produselor. Organele care efectuează controlul securității produselor dau indicații subiecților economici pentru înlăturarea încălcărilor cerințelor securității produselor, scoaterea din producție retragerea din comerț a produselor, încetarea realizării. În caz de eschivare de la executarea indicațiilor sau executarea tardivă a indicațiilor aceleași organe pot aplica amendă. De asemenea se sancționează subiecții economici care refuză încetarea încălcării drepturilor consumatorilor. Așadar la încălcarea drepturilor consumatorilor pot fi aplicate diferite forme de răspundere chiar și cele mai drastice, inclusiv interzicerea practicării activității de antreprenariat.

În conformitate cu Legea privind protecția drepturilor consumatorilor dreptul de a înainta acțiuni în judecată referitoare la încălcarea drepturilor consumatorilor în afară de consumatori îl au și organele investite cu funcții de control și supraveghere. Organizațiile obștești ale consumatorilor au dreptul și trebuie să fie obligate să sesizeze organele puterii de stat, procuratura în vederea tragerii la răspundere a persoanelor care s-au făcut vinovate de comercializarea produselor necorespunzătoare (articolul 26 din Lege). Organele obștești pot acționa atât din inițiativa proprie cât și în rezultatul examinării plîngerii consumatorului.

Răspunderea penală constituie cea mai gravă formă de răspundere juridică și constă din obligația agentului comercial care încalcă cu vinovăție norma de drept penal de a suporta consecințele juridice ale faptei sale. Răspunderea penală nu exclude răspunderea civilă după cum nici răspunderea civilă nu o exclude pe cea penală. Aceste două forme de răspundere pot fi aplicate concomitent.

În Codul Penal sunt câteva articole care prevăd răspunderea penală pentru fapte ale agenților economici care încalcă drepturile consumatorilor prin modalități deosebit de periculoase care presupun și consecințe grave.

Astfel răspund penal pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în temeiul următoarelor componente de infracțiune:

- art. 216 Cod Penal RM 190roducer a (falsificarea), transportarea, păstrarea sau comercializarea produselor (mărfurilor) periculoase pentru viața sau sănătatea consumatorilor;
- art. 255 Cod Penal RM înșelarea clienților;
- etc.

Aplicarea normelor de drept privat la raportul de natură putere – supus este oportun a fi stipulate expres în textul normei juridice a acestui fapt. Prin urmare, în domeniul ocrotirii sănătății, nu sunt stipulate în legislație reglementări ce ar prevedea expres răspunderea juridică a statului, însă prin prisma practicii am putea identifica raporturile juridice născute în rezultatul adresării către stat a cerinței de reparare a daunei, cauzate de organul de stat sau funcționarii acestuia în procesul de realizare a obligațiilor acestora în domeniul protejării sănătății populației. În contextul celor expuse am putea concluziona că legislația civilă în vigoare conține multiple dispoziții ce sunt orientate spre luarea în considerație și asigurarea intereselor publice manifestate în domeniul sănătății. Statul întotdeauna este purtătorul prerogativelor puterii, ceea ce îi conferă din start un loc special în cadrul raporturilor de drept civil.

Analizînd cele menționate, conchidem că în funcție de caracterul și specificul raporturilor din

domeniul ocrotirii sănătății în cadrul cărora sunt cauzate daune subiecților, răspunderea acestuia se poate realiza, atât în ordine de drept medical cât și cel al protecției consumatorilor.

Relația de îngrijire medicală a suferit o schimbare semnificativă atât la nivel individual cât și colectiv. Relația dintre persoana îngrijită și cel care oferă aceste îngrijiri medicale a evoluat clar: pacientul pasiv, docil și supus a dat loc unui utilizator activ, reclamant și în căutarea autonomiei. Dacă această ”mutație” este una dobândită devine fundamental să ne întrebăm care este natura acestei noi relații? Autoritățile susțin crearea unei noi concept denumit „democrație pentru sănătate”, concept inițiat de legea privind drepturile și obligațiile pacientului. Pe cât de interesant este acest nou concept în democratizarea drepturilor pacienților există anumite limitări pentru a-l analiza drept un concept juridic și anume lipsa de definiție concretă a noțiunii de consumator de servicii de sănătate, imprecizie de conținut sau caracterul inadecvat al referințelor induse în lege. În acest context, modelul economic al consumerismului constituie un element eficace de luat în considerare, în special pentru că poate induce noi aplicații de răspundere civilă pentru personalul medico-sanitar.

4.3. Concluzii la capitolul 4

În urma studiilor efectuate în prezentul capitol cu referire la modalitățile de protejare a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale și contestarea pe cale juridiciară sau extrajudiciară a acestora, precum și răspunderea prestatorilor de servicii medicale, putem formula următoarele concluzii:

1. În cadrul acestui capitol, autorul a abordat problema protecției drepturilor beneficiarilor de servicii medicale printr-un șir de instrumente, printre care esențiale fiind contestarea calității serviciilor medicale acordate pe cale extrajudiciară sau judiciară. Metodele alternative de rezolvare a litigiilor vin în sprijinul sistemului judiciar și cuprind o categorie de instrumente pentru prevenirea și rezolvarea, în afara instanțelor de judecată, a unui conflict. Drept principalele metode alternative sunt identificate arbitrajul, medierea, concilierea, etc. Modalitatea extrajudiciară de redresare a unui litigiu în sfera medicală , regăsită în numeroase acte normative, presupune în faza incipientă a unui litigiu, înaintarea unei cereri sau a unei reclamații organelor abilitate, care fie că sunt adresate unui IMSP sau către MSMPS sau APCSP, sunt toate examinate în temeiul Codului administrativ al Republicii Moldova nr.116 din 19.07.2018 și de asemenea în baza altor acte legislative.

2. Adresarea unei cereri sau înaintarea unei reclamații către organele abilitate (regăsite în art.16 al legii nr.263/2005) nu împiedică persoana să apeleze și la Agenția pentru Protecția Consumatorilor și Supravegherea Pieții, astfel avînd o garanție dublă de protecție a drepturilor sale. Litera (e)(1) art.16 al Legii nr.263/2005 demonstrează de fapt compatibilitatea consumatorilor cu pacienții, numind ca organizații la care se poate adresa un individ în caz de litigiu, drept asociații obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate.
3. Printre metodele alternative de soluționare a disputelor și litigiilor din domeniul medical, autorul evidențiază medierea extrajudiciară, un instrument recent apărut și dezvoltat în legislația națională prin prisma Legii nr.137 din 03.07.2015 cu privire la mediere, care descifrează medierea drept o modalitate alternativă de soluționare a conflictului dintre părți pe cale amiabilă, cu ajutorul unei terțe persoane. Argumentele în favoarea alegerii medierii ca metodă de soluționare a cazurilor de conflicte medicale sunt mult mai numeroase și net superioare față de alegerea modalităților ”clasice”. Astfel, în procedura medierii se urmărește de către părți satisfacerea unor interese personale, pe când în fața instanței de judecată se afirmă și se recunosc drepturi legale. Spre deosebire de procedura judiciară în cadrul căreia participarea este impusă, obligatorie, în cadrul procedurii de mediere, participarea părților este voluntară, determinată și avînd drept scop satisfacerea intereselor fiecărei părți. În această ordine de idei propunem o reglementare cu caracter special în domeniul medierii medicale. *Medierea* amiabilă dintre *medic* și *pacient* ar trebui prevăzută în *legislație* ca o precondiție până să se ajungă în instanța de judecată. Această abordare ar presupune un grad înalt de flexibilitate la capitolul statutul mediatorului, profesia de mediator, procesul medierii, ceea ce ar corespunde necesităților aplicării legii pentru medierea medicală atât pe plan intern, cât și racordării la nivel internațional.
4. Un obiectiv de importanță majoră în pentru politica fiecărui stat este protecția sănătății populației, care poate fi realizat doar prin responsabilizarea subiecților de drept public și privat în ocrotirea sănătății, prin aplicarea instrumentelor legale de apărare a drepturilor și intereselor reglementate, care vizează nemijlocit sănătatea populației. Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală, inclusiv dreptul la servicii medicale calitative, o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor

individuale, stipulate de Legea nr.263/2005 - prestatorii de servicii de sănătate. Tipurile formelor de răspundere juridică examinate în cadrul acestui capitol au fost: răspunderea civilă, răspunderea penală, răspunderea administrativă, răspunderea disciplinară, și având în vedere specificul relației prestator - beneficiar de servicii medicale, se impune și includerea răspunderii juridice medicale, ca o formă aparte. Suntem de părerea că, odată cu trecerea la asigurarea obligatorie de asistență medicală, tendința de rezolvare pe cale civilă a conflictului dintre personalul medical și pacient sau apropiații acestuia va căpăta încurând proporții semnificative și în Republica Moldova. Acest proces se va afla, credem noi, în raport direct cu accesul societății la informația juridico-medicală și cu gradul de conștientizare a unei posibile recompense și satisfacții financiare. Analiza răspunderii civile pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari de servicii medicale ca formă distinctă a răspunderii în domeniul medical, a scos la iveală unele ajustări necesare spre a fi aduse Legii privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 prin completarea art.5 lit.q) ce ar reglementa dreptul pacientului de a fi despăgubit nu doar pentru daunele sănătății, dar și pentru prejudiciile materiale suportate potrivit art.32 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105/2003.

5. În urma cercetărilor realizate în cadrul acestui ultim capitol am putea concluziona că crearea unor sisteme de compensare a prejudiciului în afara sălii de judecată, care sunt centrate pe pacient și concentrate pe siguranță, ținându-se cont de preocuparea în creștere a prestatorilor de servicii medicale cu privire la sistemul obligatoriu de asistență medicală. Caracteristicile specifice ale acestei abordări nejudiciare țin de faptul că vorbind despre servicii defectuase în sistemul de sănătate, evităm acele situații care cad sub incidența sistemului penal, și anume cazurile de malpraxis. Ar fi oportună o înlocuire a răspunderii delictuale cu sisteme alternative pentru a se asigura că pacienții care au suferit din urma realizării defectuase a actului medical, dar pentru care sănătatea acestuia nu i-a fost afectată esențial, ar beneficia de compensații corecte și echitabile din partea părților responsabile cum ar fi :
- limitarea expunerii financiare pentru furnizorii de servicii medicale;
 - promovarea scuzelor și a discuțiilor non-contradictorii cu pacienții;
 - încurajarea instituțiilor prestatoare de servicii medicale de a raporta și analiza erorile medicale;

- recompensarea prestatorilor de servicii medicale care pun în aplicare programe eficiente pentru reducerea prejudiciului medical;
- implicarea pacienților în eforturi de îmbunătățire a siguranței.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Problema științifică importantă soluționată în domeniul protecției drepturilor beneficiarilor de servicii medicale constă în demonstrarea compatibilității și, în același timp, a particularităților teoriei generale a drepturilor pacientului și a consumatorului în domeniul medical, evidențierea tensiunilor și discrepanțelor în cele două acte normative de bază ce guvernează raporturile beneficiar/prestator de servicii medicale, recomandarea metodelor cumulative de protecție a consumatorilor de servicii medicale, modalități de eliminare a divergențelor de aplicare a legislației consimiste în sfera medicală.

Efectuând un studiu complex al reglementărilor juridice privind compatibilitatea drepturilor pacientului și a consumatorului pe piața serviciilor medicale, am ajuns la unele **concluzii generale**:

1. Cercetarea dată și-a luat temei începând cu analiza evoluției istorice și filosofico-juridice a instituției serviciilor medicale, cercetarea unor abordări doctrinare în materia drepturilor beneficiarilor de servicii medicale prin prisma doctrinelor și curentelor filosofice contemporane susținută de o caracteristică a viziunilor filosofice a Marx K., Hipocrate, Freud etc., ceea ce ne-a permis să enunțăm ideea că reprezentarea pacientului în calitate de consumator se regăsește în diferitele sisteme juridice, drept un instrument de împuternicire în serviciul pacientului. Considerația pacientului în calitate de consumator a fost criticată sub diferite argumente, cum ar fi presupusul reduționism al relației medic-pacient, eliminarea principiului de încredere în relația clinică sau presupusa comercializare a serviciilor de sănătate pacientului. Totuși, evoluția rolului crescând a pacientului și consumatorului ca noțiuni separate ce s-au intercalat de-a lungul timpului de nenumărate ori, a demonstrat atât teoretic cât și practic faptul că pacientul este de fapt un consumator al serviciilor medicale. Clivajul dat de poziția publică sau privată a instituțiilor medico-sanitare nu este un impediment în demonstrarea ideii dezbătute în cercetarea noastră, ci mai degrabă, o bază favorabilă pentru aplicarea legislației consumiste în special în sfera serviciilor medicale prestate contra plată. Atât domeniul public cât și cel privat se află sub egida acelorași drepturi și obligații, ceea ce în teorie garantează cu echitate și egalitate în protejarea drepturilor beneficiarilor de servicii medicale. Atenția sporită acordată evoluției istorice și filosofico-juridice a instituției serviciilor medicale, demonstrându-se caracterul istoric al relației pacient-medic, și rolul crescând al actorului pasiv, pacientul, în această relație a permis autorului elaborarea drept

novație științifică a unei altfel de sistematizări a relației medic-pacient, prezentând 3 modele care-și au la bază criteriul de rol al pacientului, rol al medicului, aplicabilitatea clinică a modelului, prototipul modelului și perioada.

2. În mai multe sensuri noțiunea de pacient se asociază și chiar suprapune cu cea de consumator, de evident nu integral, conform legislației noastre actuale. O mentalitate mai mult centrată pe consumator poate conduce la un individ mai cost-conștient, dar atunci când este vorba de decizii privind asistența medicală, clientul nu este întotdeauna corect, multe decizii putând fi afectate deja de stare precară a individului, atunci când se adresează sau deja beneficiază de serviciile medicale. O incompatibilitate (printre numeroasele care sunt, dar acare nu au fost subiectul acestei cercetări) a etichetării indivizilor în calitate de „consumatori“ ar putea elimina elementul cel mai important în furnizarea eficientă de îngrijire în cadrul serviciilor de sănătate și anume – compasiunea medicilor, iar actul ar deveni unul prea comercial, ceea ce este inadmisibil. După o perioadă de confuzie jurisprudențială, conceptul de consumator al serviciilor medicale este din ce în ce mai puțin evaziv. Pacientul nu este decât determinat prin definiție drept consumator de servicii medicale, însă dacă e să conceptualizăm piața serviciilor medicale, terminologie potrivită ar fi beneficiar și prestator de servicii medicale, astfel un beneficiar poate fi consumator dar poate deveni și pacient, în forma care se regăsește în textul legii.
3. Subiecții de pe piața de servicii medicale în Republica Moldova sunt numeroși și fiecare dintre ei au un rol aparte în consolidarea unui nivel înalt de sănătate în cadrul țării. Din punct de vedere legislativ, actele naționale normative nu fac diferențe vădite între tipurile de prestatori din domeniul public sau privat, ambele domenii aflându-se sub egida acelorași drepturi și obligații. Indiferent de tipul sau nivelul serviciilor medicale prestate, la nivel național întâlnim atât instituții publice cât și instituții private. Atunci când ne îmbolnăvim avem în calitate de consumatori de sănătate, sau de servicii medicale, posibilitatea de a alege tipul prestatorului, acesta fiind public sau privat. Evident, pentru categoriile de persoane asigurate conform SAOAM are loc o predilecție spre a profita de faptul că se achită contribuții din sursele de venit, deci inițial persoanele tind să apeleze la prestatorii publici. Activitatea IMSP-urilor în acest caz ar trebui fi supusă legislației protecției consumatorilor și beneficiarii de serviciile date să fie considerați ca fiind consumatori. Am putea adăuga în acest sens că, atunci când propun astfel de servicii, aceste entități se comportă ca întreprinderi. Aceștia intervin pe o piață

prin implicarea într-o activitate economică și, prin urmare, se încadrează și în dreptului concurenței, care se aplică întreprinderilor.

4. Efectuând o analiză conceptuală a drepturilor prevăzute la momentul actual de legislația națională cu privire la pacient și consumator, am constatat o compatibilitate a acestora anume în ceea ce privește aplicabilitate Legii cu privire la protecția consumatorilor nr.105-XV din 13.03.2003 în raporturile dintre beneficiarii și prestatorii de servicii medicale, scoțând la iveală avantajele vaste ale acestei practici. Autorul a determinat un set de caractere la baza căruia a făcut o distincție dintre consumatorii de servicii de sănătate și consumatorii altor tipuri de servicii, enunțând atât diferențele cât și similitudinile dintre aceștia. Și anume, s-a constatat faptul că un beneficiar al serviciilor medicale nu mereu are posibilitatea de a alege între serviciile prestate sau prestatorii acestor servicii, având la bază raportul preț/calitate, în special în situațiile de urgență sau în situațiile când aceste servicii implică costuri suplimentare în cazul apelării la un alt specialist decât cel garantat de stat. Dar de cele mai multe ori, orice persoană fizică care solicită sau este în căutarea unor servicii medicale, poartă aceleași caracteristici de bază asimilate unui consumator uzual al altor tipuri de servicii, respectiv, se implune o recunoaștere ca atare a statutului de consumator pentru acești beneficiari ai serviciilor medicale.
5. Abordarea unei serii de prevederi legislative de drept comparat, printre principalele acte normative care vizează protecția sănătății și siguranței consumatorului, a permis autorului să concluzioneze că responsabilitatea principală pentru protecția drepturilor beneficiarilor de servicii medicale și, în special, a sistemelor de sănătate, revine statelor membre, care armonizează legislația lor națională conform directivelor UE, recunoscând din start statutul de consumator al serviciilor de sănătate prestate atât în sistemul public cât și în cel privat, tendință recomandabilă și pentru Republica Moldova. Iar studierea practicii judiciare a Curții Europene a Drepturilor Omului anume cu predilecție în domeniul serviciilor medicale vizând drepturile beneficiarilor de servicii medicale a întărit ipoteza autorului precum că orice persoană fizică este în drept să își apere drepturile care i-au fost încălcate apelând la acele acte normative protecționiste fie ele strict din domeniul dreptului medical sau din cel al protecției consumatorului sau al protecției drepturilor omului.
6. Mediera ca metodă alternativă de soluționare a litigiilor în domeniul medical, chiar dacă abia recent introdusă în cadrul nostru legislativ, vine ca o modalitate mult mai ușoară de soluționare

a nemulțumirilor parvenite din partea beneficiarilor de servicii medicale în procesul prestării unui act medical necalitativ sau incomplete. În această ordine de idei propunem o reglementare cu caracter special în domeniul medierii medicale. Mediarea amiabilă dintre medic și pacient ar trebui prevăzută în legislație ca o precondiție până să se ajungă în instanța de judecată. Această abordare ar presupune un grad înalt de flexibilitate la capitolul statutul mediatorului, profesia de mediator, procesul medierii, ceea ce ar corespunde necesităților aplicării legii pentru medierea medicală atât pe plan intern, cât și racordării la nivel internațional.

7. În Republica Moldova nu există o legislație specifică în domeniul medical care să stabilească și să reglementeze răspunderea civilă a prestatorului de servicii de sănătate, de aceea putem face referire doar la Codul Civil al Republicii Moldova și unele legi speciale. Principala problemă în domeniul reglementării legale a relației care rezultă din furnizarea de servicii medicale (beneficiar – prestator de servicii medicale) este lipsa un sistem legislativ unificat care reglementează aceste relații juridice, ceea ce duce la dificultăți serioase în aplicarea legii și face dificilă implementarea unei monitorizări ample a modului și gradului de protecție a drepturilor beneficiarilor de servicii medicale de pe piața noastră. Construirea unei societăți civile prin maximizarea protecției consumatorilor necesită un răspuns adecvat al legiuitorului în domeniul reglementării și în domeniul răspunderii civile a prestatorilor de servicii medicale. În ciuda tentației de a prezenta principiile fondatoare ale relațiilor de sănătate și cele de consum ca fiind incompatibile, legea consumului vine să completeze dreptul sănătății, în special protecția drepturilor pacientului.

În urma cercetării efectuate pentru ameliorarea situației existente la noi în țară la etapa actuală cu privire la modalitate de apărare a drepturilor consumatorilor de servicii medicale, înaintăm puterii publice anumite **recomandări**, care, ar putea contribui la perfecționarea legislației și aplicarea eficientă a acesteia prin următoarele acțiuni:

1. Formularea noțiunii de prestatori de servicii în sens larg în următoarea accepțiune: conceptul de „*prestatori de servicii*” urmează să cuprindă inclusiv instituțiile de drept public, ori potrivit art.1 din Legea nr.105/2003, „*prestatori de servicii pot fi orice persoană fizică, juridică ce practică activitate de întreprinzător*”, ceea ce urmează a fi adaptat pentru domeniul serviciilor medicale.

2. Elucidarea noțiunilor de pacient beneficiar de servicii medicale prin prisma art.1 din Legea 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului cu completarea sintagmei în următoarea formulă: „*pacient (consumator al serviciilor de sănătate) este orice persoană fizică [se păstrează redacția din lege] ..., și care se bucură de drepturile de despăgubire în calitate de consumator de servicii medicale potrivit Legii privind protecția consumatorilor nr.105 din 13.03.2003*”.
3. Modificarea definiției date în textul aceleiași legi, la art. 1, incluzând după ” *persoana care*” cuvântul ”*intenționează*”, pentru a stabili o concordanță cu definiția dată noțiunii de consumator în textul Legii privind protecția consumatorilor nr. 105 din 13.03.2003, ce definește inclusiv intenția de a achiziționa un produs sau serviciu drept o caracteristică descriptivă a consumatorului.
4. Ținând cont de realitatea legislativă în domeniul dreptului medical, propunem *de lege ferenda* modificarea și completarea Legii nr.105/2003 cu privire la protecția consumatorului , în următoarea redacție:
 - a. În cadrul art. 2 ce se referă la „Domeniul de aplicare”, se propune introducerea alin. (2³) în următoarea formulă „*Prezenta lege se aplică în domeniul serviciilor medicale, în special în cadrul raporturilor dintre beneficiarii și prestatorii de servicii medicale*”.
 - b. Propunem de asemenea la art.2 alin. (3) de a se exclude prevederea de la lit.a) care stabilește că „prezenta lege nu aduce atingere dispozițiilor legale privind aspectele de sănătate a consumatorilor și de siguranță a produselor”.
 - c. Propunem la art. 1, modificarea noțiunii de agent economic pentru a asigura o compatibilitate totală, deoarece la momentul actual se poate face interpretarea termenului dat doar din punct de vedere privat fără a se face referire și la instituțiile publice, în special și anume „*agent economic - orice persoană de drept public sau privat, juridică sau fizică autorizată pentru activitate de întreprinzător, care fabrică, transportă, comercializează produse ori părți din produse, prestează servicii (execută lucrări)*”.
5. Având în vedere existența unui proiect de lege cu privire la crearea Codului Sănătății promovat din anul 2017, și anume cu referire la art.642 privind „*Excepții de la prevederile legale privind protecția consumatorului*”, ce menționează că ”*personalului medical și instituțiilor medico–sanitare publice ori private, în calitatea acestora de prestatori ale serviciilor de sănătate, nu li se aplica prevederile legislației cu privire la protecția*

consumatorului” se propune eliminarea integrală a articolului dat, fie modificarea în textul său, cu eliminarea negației ”nu”, deoarece prin cercetarea noastră am demonstrat de drept aplicabilitatea legislației cu privire la protecția consumatorului în raporturile medicale dintre beneficiarii și prestatorii sistemului sănătății.

6. Medierea amiabilă dintre medic și pacient ar trebui prevăzută în legislație ca o precondiție până să se ajungă în instanța de judecată. Această abordare ar presupune un grad înalt de flexibilitate la capitolul statutul mediatorului, profesia de mediator, procesul medierii, ceea ce ar corespunde necesităților aplicării legii pentru medierea medicală atât pe plan intern, cât și racordării la nivel internațional.
7. Analiza răspunderii civile pentru încălcarea drepturilor consumatorilor în calitate de beneficiari de servicii medicale ca formă distinctă a răspunderii în domeniul medical, a scos la iveală unele ajustările necesare spre a fi aduse Legii privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 prin completarea art.5 lit.q) ce ar reglementa dreptul pacientului de a fi despăgubit nu doar pentru daunele sănătății, dar și pentru prejudiciile materiale suportate potrivit art.32 din Legea privind protecția consumatorilor nr.105/2003.
8. În ordinea recomandărilor enunțate mai sus propunem unificarea ansamblului normelor de consum într-un Cod al consumatorului, luând drept exemplu Codul de consum francez, sau să nu plecăm departe, chiar varianta Codului de consum român.

BIBLIOGRAFIE

I. Surse bibliografice în limba română

1. ALUAȘ, M., *Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient*, Studia ubb bioethica, lix, 1-2, 2014.11 – 22 p.
2. ARDELEANU, A.M., *Soluționare prin mediere a cazurilor de malpraxis medical*, Revista „Dreptul”, Uniunea Juriștilor din România, 2016, 113-130 p.
3. ASTARASTOAE V., ALMOS T.B., *Esentialia în Bioetica*, ed. Căntes, Iași, 1998. 244 p. ISSN 1151-0414
4. ASTARASTOAE, V. IOAN, B., BORCEAN, G., FATU, L., *Răspunderea Profesională Medicală*, Adunarea Generală a Colegiului Medicilor din România, 3-4 octombrie 2008, [online], disponibil <https://www.cmr.ro/new/index.php/2012/02/raspunderea-profesionala-medicala/>, (cit. 14.01.2020)
5. BĂIEȘU, A., PLOTNIC, O., *Procedura judiciară de soluționare a litigiilor de consum prin înaintarea acțiunilor individuale*, Revista Națională de Drept. 2013, nr. 10(156), pp. 26-31. ISSN 1811-0770.
6. Carta Socială Europeană (Revizuită) nr.1996 din 03.05.1996 Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene a RM, Publicat : 30.12.2006 în Tratatul Internațional Nr. 38 art Nr : 176 Data intrării în vigoare : 01.01.2002
7. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene, proclamată de către Comisia Europeană, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene la data de 07 decembrie 2000 în cadrul Consiliului European de la Nisa. disponibil <http://eur.lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:ro:PDF>, (cit. 11.08.2019)
8. Cauza Nitecki împotriva Poloniei (dec.), nr. 65653/01, 21 martie 2002
9. Cauza MAK and RK împotriva Marea Britanie, ECHR 363, 23 Martie 2010
10. Cauza Glass și alții împotriva Marea Britanie, nr.61827/00, 9 martie 1994
11. Cauza V.C. împotriva Slovacia, nr. 18968/07, Eur. Ct. H.R. (2011).
12. Cauza Radu împotriva Republica Moldova, nr.50073/07, 15 aprilie 2014
13. Cazul Open Door și Dublin Well Woman împotriva Irlanda (cererile nr. 14234/88 și 14235/88) din 22 octombrie 1992
14. Cauza Csoma împotriva României, nr. 8759/05, din 15 ianuarie 2013
15. CEBOTARI, T., *Experiența țărilor europene în organizarea activității de asigurare medicală obligatorie*, seria: Integrarea europeană și competitivitatea economică”, vol. 1, pag 245-247
16. CIMIL, D., *Calificarea raporturilor contractuale*. Chișinău: Grafema Libris, 2013. 224 p. ISBN 978-9975-52-130-7.
17. CIMIL, D., *Dezvoltarea teoriei calificării raporturilor civile*, Revista Institutului Național de Justiție. 2014, nr. 1, pp. 30-37. ISSN 1857-2405.
18. CIUBUC, L., CATRINICI, L., *Consolidarea și modernizarea legislației naționale privind utilizarea mecanismelor alternative de soluționare a litigiilor în contextul integrării Republicii Moldova în Uniunea Europeană*, Dezvoltarea relațiilor comerciale din perspectiva integrării economice a Republicii Moldova în circuitul economic internațional. Vol. 1, 21-22 septembrie 2017, Chișinău. Chișinău,

- Republica Moldova: Complexul Editorial INCE, 2017, pp. 187. ISBN 978-9975-81-038-8.
19. Codul civil al R.M., adoptat prin Legea nr.1107 din 06.06.2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr.82-86.
 20. Codul de Procedură Civilă al R.M., adoptat prin Legea nr.225 din 30.05.2003. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr.111-115.
 21. Codul muncii al R.M, nr.154 din 20.03.2003. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,2003, nr.159-162.
 22. Codul penal al Republicii Moldova. Nr. 985 din 18 aprilie 2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 14.04.2009, nr. 72-74.
 23. Codul contravențional al Republicii Moldova. Nr. 218 din 24 octombrie 2008. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 16.01.2009, nr. 3-6.
 24. COJOCARI, E.,TUNI,C., *Armonizarea cadrului normativ național privind implementarea medierii la soluționarea litigiilor privind protecția consumatorilor*, Dezvoltarea relațiilor comerciale din perspectiva integrării economice a Republicii Moldova în circuitul economic internațional. Vol. 1, 21-22 septembrie 2017, Chișinău. Republica Moldova: Complexul Editorial INCE, 2017, pp. 131-135. ISBN 978-9975-81-038-8.
 25. COJOCARU, V., CIOCHINA,E., *Sănătatea publică și dezvoltarea durabilă în contextual acordului de asociere ale UE și Republicii Moldova*, Integrare prin cercetare și inovare.Științe juridice. 8-9 noiembrie 2018, Chișinău,Republica Moldova: CEP USM, 2018. 29-34 p. ISBN 978-9975-142-50-2.
 26. Constituția Republicii Moldova din 29.07.1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 1 din 12.08.1994 , art.140
 27. Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, Organizația Mondială a Sănătății disponibil http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 28. Convenție nr.00842 din 13.12.2006 privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene a RM, Publicat : 30.09.2016 Data intrării în vigoare : 21.10.2010
 29. Convenția Europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.Roma, 04.11.1950. Ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 1298 din 24.07.1997. În: Tratatate internaționale la care Republica Moldova este parte (1990-1998). Ediție oficială. Vol. 1, Chișinău: Moldpres, 1998.
 30. Comunicare a Comisiei în cadrul implementării Directivei 2001/95/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind securitatea generală a produselor , disponibil [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=celex:52009XC0217\(04\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=celex:52009XC0217(04)) , (citat 11.06.2019)
 31. CURPĂN V. S. și alții. *Autoritatea deliberativ-legislativă*. Parlamentul Republicii Moldova. [online] disponibil http://sorincurpan.ro/articole/autoritatea_deliberativ-legislativa_parlamentul_RM.pdf (citat 08.07.2019)
 32. Decizia 2004/418 / CE a Comisiei de stabilire a liniilor directoare pentru gestionarea sistemului RAPEX, OJEC, nr. L 151 din 30 aprilie 2004 , ulterior abrogată prin Decizia de punere în aplicare (UE) 2019/417 a Comisiei din 8 noiembrie 2018 de stabilire a liniilor directoare pentru gestionarea Sistemului de informare rapidă al Uniunii Europene, „RAPEX”, înființat în temeiul articolului 12

- din Directiva 2001/95/CE privind siguranța generală a produselor, precum și a sistemului său de notificare [notificată cu numărul C(2018) 7334
33. Decizia comisiei din 5 august 2008 de instituire a unei structuri consultative compuse din comitete științifice și experți în domeniul siguranței consumatorilor, al sănătății publice și al mediului și de abrogare a Deciziei 2004/210/CE
 34. Declarația universală a drepturilor omului. New York, 10.12.1948. Ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 217-XII din 27.07.1990. În: Tratatе internaționale la care Republica Moldova este parte (1990-1998). Ediție oficială. Vol. 1, Chișinău: Moldpres, 1998
 35. Directiva Parlamentului European și a Consiliului de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman: nr. 2001/83/CE din 6 noiembrie 2001. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, 05.10.2009, L 0083, pp. 1-133, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/ALL/?uri=CELEX:32001L0083>, (citat 08.07.2019)
 36. Directiva Parlamentului European și a Consiliului de modificare a Directivei 2000/13/CE privind indicarea ingredientelor prezente în produsele alimentare: nr. 2003/89/CE din 10 noiembrie 2003. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, 25.11.2003, L 308/15, pp. 105-124.
 37. Directiva Parlamentului European și a Consiliului privind drepturile consumatorilor, de modificare a Directivei 93/13/CEE a Consiliului și a Directivei 1999/44/CE a Parlamentului European și a Consiliului și de abrogare a Directivei 85/577/CEE a Consiliului și a Directivei 97/7/CE a Parlamentului European și a Consiliului: nr. 2011/83/UE din 25 octombrie 2011. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, 22.11.2011, L 304, pp. 64–88.
 38. Directiva 2013/11/UE a Parlamentului European și a Consiliului privind soluționarea alternativă a litigiilor în materie de consum și de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2006/2004 și a Directivei 2009/22/CE: nr. 2013/11/UE din 21.05.2013. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, 18.06.2013, L 165, pp. 63-79.
 39. Directiva 85/374/CEE de apropiere a actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre cu privire la răspunderea pentru produsele cu defect, În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 210, 7.8.1985, p. 29–33, disponibil <http://data.europa.eu/eli/dir/1985/374/oj>, (citat 11.06.2019)
 40. Directiva 1999/34/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 10 mai 1999 de modificare a Directivei 85/374/CEE a Consiliului de apropiere a actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre cu privire la răspunderea pentru produsele cu defecte, În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 141, 4.6.1999, p. 20–21, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A31999L0034>, (citat 13.11.2019)
 41. Directiva 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 6 noiembrie 2001 de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman, , În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 311, 28.11.2001, pp. 67–128, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0083&from=FR>, (citat 05.06.2019)

42. Directiva 2006/65/CE a Comisiei din 19 iulie 2006 de modificare a Directivei 76/768/CEE a Consiliului cu privire la produsele cosmetice în scopul de a adapta la progresul tehnic anexele II și III la aceasta, , În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene OJ L 198, 20.7.2006, p. 11–14, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2006/65/oj>, Abrogată :11/07/2013
43. Directiva 2009/48/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 18 iunie 2009 privind siguranța jucăriilor, În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 170, 30.6.2009, p. 1–37, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/ALL/?uri=CELEX%3A32009L0048>, (citat 06.07.2019)
44. Directiva [2002/98/CE](#) a Parlamentului European și a Consiliului din 27 ianuarie 2003 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru recoltarea, controlul, prelucrarea, stocarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine și de modificare a Directivei 2001/83/CE .În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 33, 8.2.2003, pp. 30-40), disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/LSU/?uri=CELEX:02002L0098-20090807>, (citat 16.08.2019)
45. Directiva 2004/23/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 31 martie 2004 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru donarea, obținerea, controlul, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și a celulelor umane. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 102, 7.4.2004, p. 48 ,disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:02004L0023-20090807&from=EN> (citat 22.11.2019)
46. Directiva [90/385/CEE](#) din 20 iunie 1990 privind apropierea legislațiilor statelor membre referitoare la dispozitivele medicale active implantabile. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 189, 20.7.1990, p. 17-36, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l21010a> (citat 22.12.2019)
47. Directiva 93/42/CEE a Consiliului din 14 iunie 1993 privind dispozitivele medicale. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 169, 12.7.1993, p. 1-43, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/LSU/?uri=CELEX%3A31993L0042> (citat 17.10.2019)
48. Directiva 98/79/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de octubre de 1998 sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene 331, 7.12.1998, p. 1-37
49. DODON I., NOVAC-HREPLENCO T., *Bazele legislației în sistemul sănătății publice*, Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Șc. Management în Sănătate Publică. - Ch. : Bons Offices, 2006. - 246 p. ISBN 978-9975-80-007-5
50. EȚCO, C., MECINEANU, A., *Evoluția malpraxisului medical din perspectivă istorică*, Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”. nr. 2(12), 2011. 171-175 p., ISSN 1857-1719.
51. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr.66 din 04.03.2004, p.45 , ISSN 1725-2555, [online], disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:L:2004:066:TOC> , (citat 05.06.2019)

52. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr.114 din 01.05.2007, p.14 ,ISSN 1830-3625, [online] disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=OJ:L:2007:114:FULL&from=RO>, (citat 05.06.2019)
53. GARAM, I., Asigurarea medicala în sistemul de finantare a ocrotirii sanatatii, p.18, [online], disponibil https://www.academia.edu/15331646/Asigurarea_medicala_in_sistemul_de_finantare_a_ocrotirii_sanatatii, (citat 05.06.2019)
54. GHEORGHE, I.R. *Managing Marketing in Health Care Services*. București: Editura Universitară “Carol Davila”; 2014. 50 p., ISBN 978-973-708-812-3
55. *Ghidul beneficiarului în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală*, Compania Națională de Asigurări în Medicină din Moldova, 2014. 28 p., disponibil http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/Brosuri/2016/Ghidul%20beneficiarului%20Rom_.pdf (citat 05.01.2019)
56. Ghidul consumatorului / Inspectoratul Principal de Stat pentru Supravegherea Pieței și Protecția Consumatorilor. Chișinău: Bones Offices, 2009, 43 p.
57. GROZA, A. *Protecția consumătorilor în cadrul Uniunii Europene-spre un instrument european opțional?* Vol. secțiunii Dr. pr. al conf. internaționale biennale a facult. de dr. și șt. adm. din cadrul Univ. de Vest din Timișoara: Universul Juridic, București, 2013, pp. 145-160.
58. GULIAN, M., *Coraportul dintre responsabilitatea și răspunderea juridică în domeniul ocrotirii sănătății*, Studii juridice universitare, Nr. 3-4, ULIM, 2015, p.52-62.
59. GULIAN, M., 2017, *Responsabilitatea și răspunderea juridică în domeniul ocrotirii sănătății*, Teză de doctor în drept, Universitatea Liberă Internațională din Moldova, 113-135 p., CZU: 340.13:61(043.3)
60. Hotărârea Curții Constituționale nr.28 din 14 decembrie 2004 pentru controlul constituționalității unor prevederi din Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995 și Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998,
61. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală : nr.1636 din 18.12.2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.12.2002, nr. 178-181, art. 1792
62. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova cu privire la aprobarea Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină : nr.156 din 11.02.2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 11.02.2002, nr. 27-28, art. 232
63. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului: nr.192 din 24.03.2017. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.03.2017, nr. 92-102, art. 265.
64. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova cu privire la armonizarea legislației Republica Moldova cu legislația Uniunii Europene: nr. 1171 din 28.11.2018. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 21.12.2018, nr. 499-503, art. 1314.

65. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova pentru aprobarea Regulilor de Organizare a asistenței medicale primare: nr.988 din 10.10.2018 .
În Monitorul Oficial al Republicii Moldova,20.12.2017, nr. 440, art.1214
66. Hotărârea Guvernului al Republicii Moldova cu privire la aprobarea Strategiei în domeniul protecției consumătorilor pentru anii 2013-2020: nr. 560 din 24.07.2013.
În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 26.07.2013, nr. 161-166, art. 654
67. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate: nr.886 din 06.08.2007 .În Monitorul Oficial al Republicii Moldova,17.08.2007, nr. 127-130, art.931
68. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală: nr.1246 din 19.12.2018 .În Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.12.2018, nr. 512, 1342
69. Legea RM cu privire la activitatea farmaceutică: nr. 1456 din 25.05.1993. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 08.12.1994, nr. 17, art. 177.
70. Legea RM cu privire la petiționare: nr. 190 din 19.07.1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 08.09.1994, nr. 4, art. 47. Abrogată prin LP116 din 19.07.2018, MO309-320/17.08.2018 art.466; în vigoare 01.04.19
71. Legea RM a ocrotirii sănătății : nr.411 din 28.03.1995. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,22.06.1995, nr. 34, art. 373.
72. Legea RM cu privire la standardizare : nr.590 din 22.09.1995. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,22.02.1996, nr. 11-12, art. 116.
73. Legea RM privind sănătatea mentală : nr.1402-XIII din 16.12.1997. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,21.05.1998 nr. 44-46, art. 310.
74. Legea RM cu privire la medicamente: nr. 1409 din 17.12.1997. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 11.06.1998, nr. 52-53, art. 368.
75. Legea RM cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală: nr.1585 din 27.02.1998 .În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,30.04.1998, nr. 38-39, art. 280.
76. Legea RM cu privire la exercitarea profesiei de medic: nr.1585 din 27.02.1998. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,30.04.1998, nr. 38-39, art. 280.
77. Legea RM contenciosului administrativ: nr.793 din 10.02.2000. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,18.05.2000, nr. 57-58, art. 375.
78. Legea RM privind evaluarea și acreditarea în sănătate: nr.552 din 18.10.2001. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,20.12.2001, nr.155-1557, art. 1234.
79. Legea RM cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală: nr.1593 din 26.12.2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,08.02.2003, nr.18-19, art. 57.
80. Legea RM privind protecția consumatorilor: nr. 105-XV din 13.03.2003. În:Monitorul Oficial al Republicii Moldova,27.06.2003, nr. 126-131, art. 507.
81. Legea RM privind administrația publică locală: nr.123 din 18.03.2003. În:Monitorul Oficial al Republicii Moldova,19.03.2003 nr.49, art.211.
82. Legea RM cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului: nr.263 din 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova,30.12.2005, nr. 176-181, art. 867.

83. Legea RM cu privire la exercitarea profesiei de medic: nr.264-XVI din 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 23.12.2005, nr. 172-175, art. 839.
84. Legea RM cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător: nr.235 din 20.07.2006. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 11.08.2006, nr.126-130 art.327.
85. Legea RM cu privire profilaxia infecției HIV/SIDA: nr.23 din 16.02.2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.04.2007, nr. 54-56, art.250.
86. Legea nr.134 din 14.06.2007 cu privire la mediere, Publicată la data de: 07.12.2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, Nr. 188-191, art nr: 730. Data intrării în vigoare: 01.07.2008. Abrogată prin LP137 din 03.07.15, MO224-233/21.08.15 art.445; în vigoare 21.08.15.
87. Legea RM privind înregistrarea de stat a persoanelor juridice și a întreprinzătorilor individuali: nr.220 din 19.10.2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 30.11.2007, nr.184-187, art.711.
88. Legea RM cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei: nr.153 din 04.07.2008. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 05.08.2008, nr. 143-144, art.583.
89. Legea RM cu privire la parteneriatul public privat : nr.179 din 10.07.2008. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 02.9.2008, nr. 165-166, art.605.
90. Legea RM privind supravegherea de stat a sănătății publice: nr.10 din 03.02.2009. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 03.04.2009 nr.67, art.183.
91. Legea RM privind supravegherea de stat a sănătății publice: nr.10 din 03.02.2009. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 03.04.2009, nr.67 art.183.
92. Legea RM privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale : nr.129 din 08.06.2012. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.08.2012, nr. 181-184, art.593 .
93. Legea RM cu privire la Avocatul Poporului (Ombudsmanul): nr.52 din 03.04.2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 09.05.2014, nr. 110-114, art.278.
94. Legea RM privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități: nr.60 din 30.03.2012. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27.07.2012, nr. 155-159, art. 508.
95. Legea RM cu privire la mediere: nr.137 din 03.07.2015. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 21.08.2015, nr. 224-233, art. 445.
96. Legea RM pentru completarea Codului de procedură civilă al Republicii Moldova nr. 225/2003: nr.31 din 17.03.2017. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 05.05.2017, nr.144-148, art.229.
97. Legea RM privind modernizarea Codului civil și modificarea unor acte legislative: nr. 133 din 15.11.2018. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 14.12.2018, nr. 467-479, art. 784.
98. *Legiuirea Caragea*. Ediție critică, București: Editura Academiei Republicii Populare Române, Tiparul executat la Întreprinderea Poligrafică, 1955, pp.84-87, 339 p.
99. MUNTEANU, A., RUSU, S., VACARCIUC, O., *Manualul funcționarului public în domeniul drepturilor omului*, Oficiul Avocatului Poporului. – Ed. a 2-a rev. și ad. – Chișinău: Arc, 2015 , Tipografia „Bons Offices“. – 328 p./ ISBN 978-9975-61-932-5

100. MORARU,E., *Răspunderea juridică a statului în dreptul intern*. Teză de doctor în drept. Chișinău: 2012. 212p.
101. NĂSUI,G.A.,*Malpraxisul medical. Particularitățile răspunderii juridice medicale*. București: Editura Universul Juridic, 2010. 448p
102. NEGRU,B., *Teoria generală a dreptului și statului*. Chișinău: Bons Offices, 2006. 520 p
103. NEGRU, B., *Responsabilitatea și răspunderea juridică într-un stat democratic de drept*, Revista Națională de Drept, nr. 12, 2006. 43-49 p.
104. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 303 din 06.05.2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 29.06.2010, nr.108-, 109art.382
105. OLARU,B., *Dreptul la ocrotirea sănătății. Implicații asupra alocării corecte a resurselor relevante pentru starea de sănătate*. p.51-55. disponibil
http://www.academia.edu/1095331/Dreptul_la_ocrotirea_s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C5%A3ii_Implica%C5%A3ii_asupra_aloc%C4%83rii_corecte_a_resurselor_relevante_pentru_starea_de_s%C4%83n%C4%83t%C4%83t%C4%83e , (citat 11.10.2019)
106. Ordinul cu privire la aprobarea Regulamentului - cadru de organizare și funcționare a instituțiilor medico-sanitare private. Nr. 609 din 27.07.2011. Publicat: 05.08.2011 în Monitorul Oficial Nr. 128-130, art. Nr: 1068
107. PĂDURE, A., *Deficiențele asistenței medicale cu profil chirurgical sub aspect medico-legal* / Andrei Pădure; Inst. Publ., Univ. de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. – Chișinău: CEP Medicina, 2014. p.26
108. Pactul internațional nr 1966 din 16.12.1966 cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, Ministerul Afacerilor Externe al RM, Publicat : 30.12.1998 în Tratatate Internationale Nr. 1 art Nr : 19 Data intrarii in vigoare : 26.04.1993
109. PLOTNIC.O., *Clauzele abusive în contractele încheiate cu consumatorii aspecte de drept international privat*, Teză de doctor în drept, 2012.193 p.
110. PLOTNIC, O. *Părțile contractante în cadrul raporturilor de consum*, Revista Națională de Drept, 2011, nr. 12 (135), pp. 23-30. ISSN 1811-0770.
111. PLOTNIC, O. *Protecția consumatorului în Republica Moldova prin prisma reglementărilor europene*, Revista Națională de Drept, 2010, nr.7-8, pp. 56-60. ISSN 1811-0770.
112. PLOTNIC, O. *Respectarea autonomiei de voință a părților la încheierea contractelor de consum*. În: Revista Națională de Drept, nr.9-10, 2010. 82-90 p. ISSN 1811-0770.
113. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E. *Importanța Sistemului de Farmacovigilență în cadrul protecției consumatorului de medicamente*. Revista Națională de Drept, 2016, nr.11, pp. 10-14. ISSN 1811-0770.
114. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E., *Drepturile pacientului în Republica Moldova în contextul drepturilor omului*, Revista Națională de Drept, nr. 9(203),2017. 3-8 p. ISSN 1811-0770.

115. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E., *Deficiențe legale în cadrul consumului de pe piața medicamentelor și produselor farmaceutice* . In: Revista Națională de Drept. nr. 6(188), 2016. 16-19 p. ISSN 1811-0770.
116. POPA, I. F. *Reprimarea clauzelor abuzive*, Pandectele Române, nr.2, 2004. 194-219 p. ISSN 2286-0576.
117. POPA I.F. *Răspunderea civilă medical*, Dreptul, nr. 1, 2003. 45-63 p.
118. Propunere de decizie a Parlamentului European și a Consiliului de instituire a unui Program de Acțiune Comunitară în Domeniul Sănătății și Protecției Consumatorilor (2007-2013) , disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32006D1926&from=EN> (citât 11.09.2019)
119. Propunere de modificare a Directivei 2011/83/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 octombrie 2011 privind drepturile consumatorilor [online]. Disponibil: <http://www.infoeuropa.md/documente-oficiale/directiva-2011-83-ue-a-parlamentului-european-si-a-consiliului-din-25-octombrie-2011-privind-drepturile-consumatorilor/> , (citât 11.09.2019)
120. Raport anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018, Compania Națională de Asigurări în Medicină, disponibil http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2018/RAPORT%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202017_rom.pdf (citât 12.12.2019)
121. Raportul Avocatului Poporului privind respectarea drepturilor și libertăților omului în Republica Moldova în anul 2018, Chișinău 2019, pag.44
122. Regulamentul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a RM cu privire la instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală: nr. 3/20-99 din 26.04.2006 . În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 09.06.2006, nr. 87-90, art. 303.
123. Regulamentul (CE) nr. 178/2002 al Parlamentului European și al Consiliului din 28 ianuarie 2002 de stabilire a principiilor și a cerințelor generale ale legislației alimentare, de instituire a Autorității Europene pentru Siguranța Alimentară și de stabilire a procedurilor în domeniul siguranței produselor alimentare, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX%3A32004R0726> , (citât 11.09.2019)
124. Regulamentul (UE) nr. 282/2014 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 martie 2014 privind instituirea celui de al treilea program de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății (2014-2020) și de abrogare a Deciziei nr. 1350/2007/CE , disponibil <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN> (citât 11.09.2019)
125. Regulamentul (CE) nr. 726/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 31 martie 2004 de stabilire a procedurilor comunitare privind autorizarea și supravegherea medicamentelor de uz uman și veterinar și de instituire a unei Agenții Europene pentru Medicamente
126. Regulamentul (CE) nr. 1394/2007 al Parlamentului European și al Consiliului din 13 noiembrie 2007 privind medicamentele pentru terapie

- avansată și de modificare a Directivei 2001/83/CE și a Regulamentului (CE) nr. 726/2004, disponibil <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:324:0121:0137:ro:PDF>, (citată 11.07.2019)
127. Regulamentul Centrului de Sănătate Publică. Anexa nr. 1 la Ordinul Ministerului Sănătății nr. 360 din 18.05.2016. Chișinău. http://cspchisinau.md/?page_id=101
128. Regulamentul cu privire la instituțiile medico – sanitare încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În: Monitorul Oficial Nr. 87-90. Art. Nr: 303
129. Regulamentul instituției medico - sanitare publice Centrul național de asistență medicală urgentă prespitalicească. Anexă nr.1 la Ordinul Ministerului Sănătății nr. 16 din 18.01.2016.
130. Regulamentul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 384 din 12.05.2010. În: Monitorul Oficial Nr. 78-80, 21.05.2010 , art. Nr: 455
131. Regulamentul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.526 din 29.04.2002, În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.62 din 09.05.2002.
132. Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului-limită ale aparatului central al acestuia. În: Monitorul Oficial Nr.95, 07.06.2011, art. Nr: 458.
133. Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicească din Republica Moldova, Studiu, Avocatul Poporului 27.08.2017, [online], disponibil https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective_governance/respectarea-drepturilor-omului-in-prestarea-serviciilor-de-asist.html (citat 22.09.2019)
134. RADOVICIU, R., *Studiu privind măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale*, Teză de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj Napoca, 2015, 195 p.
135. RĂDULESCU, V. *Marketingul serviciilor de sănătate*. București: Ed. Uranus; 2009. 223 p., ISBN 9789737765567
136. ROTARU, G., *Probleme juridice în practica medicală și medierea* , Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“ Revista științifico-practică "Info-Med" Nr. 1(19) ,2012. 25.p, ISSN 1810-3936
137. ROTARU, G., *Bazele juridice la realizarea dreptului constituțional la ocrotirea sănătății*, Revista Științifico Practică Info-Med NR.1(25), 2015.12 p., ISSN 1810-3936
138. SADOVEI, N., *Persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA în calitate de consumatori de servicii de sănătate*, Note de curs și materiale pentru seminar disciplina Drept Medical, Universitatea de Stat din Moldova, 2010, [online], disponibil <http://aids.md/aids/files/702/course-support-sadovei-june-2010-ro.doc>. (citată 12.12.2019)
139. SADOVEI, N., *Reglementarea dreptului persoanei fizice la ocrotirea sănătății în Codul civil modernizat: calități și deficiențe*, Culegerii comunicărilor din cadrul

Conferinței științifice națională cu participare internațională „Realități și perspective ale învățământului juridic național” din 1 și 2 octombrie 2019, organizată cu ocazia aniversării de 60 de ani ai Facultății de Drept a Universității de Stat din Moldova.

140. SADOVEI, N., *Criteriul de vârstă în cadrul capacității juridice medicale a beneficiarului de servicii de sănătate*. In: *Integrare prin cercetare și inovare, Științe juridice și economice*. 7-8 noiembrie 2019, Chișinău. Chisinau, Republica Moldova: CEP USM, 2019, pp. 328-332. ISBN 978-9975-149-46-4 ., 328-329
141. Sănătate vândută online. Ce riști dacă cumperi medicamente din farmacii virtuale (investigație) [online]. Disponibil: http://www.publika.md/sanatate-vanduta-online-ce-risti-daca-cumperi-medicamente-din-farmacii-virtuale-investigatie_2379461.html, (citat 11.11.2019)
142. SCRIPCARU GH., CIORNEA T., IANOVICI N. *Medicină și drept*. Iași, Ed. „Junimea”, 1979. 208 p
143. SOLTAN V., MOȘNEAGA A., ȚURCANU G. *Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății*. Monitorul sănătății, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, Chișinău: 2010, 22 p
144. TIȚA-NICOLAESCU, G. *Rezoluțiunea și rezilierea contractului în noul cod civil*, Revista Universul Juridic, nr. 2, februarie 2016, pp. 10-17. ISSN 2393-3445.
145. TURCU, I., *Dreptul sănătății. Frontul comun al medicului și al juristului*, Wolters Kluwer, București 2010. 766 p. ISBN 978-606-8201-15-3
146. TULCHINSKY T.H. *Noua sănătate publică: introducere în sec. XXI*. Chișinău: Ulysse, 2003, 744 p
147. VÎSOȚCAIA, T., *Implimentarea asigurărilor medicale obligatorii în republica Moldova în cadrul asistenței sociale a populației*, Editura ASEM, Chișinău 2003, p.16
148. VIDA - SIMITI I. *Natura juridică a răspunderii civile a medicului*. În: *Dreptul*, nr. 8, 2010, 113-133 p.
149. VIDA - SIMITI I. *Răspunderea civilă a medicului*. București: Editura Hamangiu, 2013, 382 p , disponibil /<http://193.231.20.119/doctorat/teza/fisier/904>
150. VLĂDESCU C. *Sănătatea publică și management sanitar*. București: Cartea Universitară, 2004, 469 p.

II. Sursă bibliografică în limba rusă

151. АРАКЕЛЯН М. А. *Дефекты оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии и их оценка*. В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, 6–8 р.
152. БЫХОВСКАЯ О. А., МАГРАДЗЕ Д. Н. *Обоснованность претензий к медицинским работникам, по материалам экспертиз, проведенных по уголовным и гражданским делам в Спб БСМЭ в 2003-2004 гг.* В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006. 60–61 р.
153. ГРОМОВ, А. П. *Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников*. Москва, изд. «Медицина», 1969, 78 р

154. ГРОМОВ, А. П., *Права, обязанности и ответственность медицинских работников*. Москва, изд. «Медицина», 1976, 227 р.
155. ДИЛЛИС А. Д., ВОРОПАЕВ А. В., ПРОСКУРИН В. Н. *Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в Иркутской области*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, 293–294 р.
156. ЕРОФЕЕВ, С. В., НОВОСЁЛОВ, В. П., *Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2008, №1, 35–38 р.
157. ЭДЕЛЬ, Ю. П., *Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале)*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Харьков, 1957, 160 р.
158. ОГАРКОВ, И. Ф., *Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них*. Ленинград, 1961, 74 р.
159. ПИРОГОВ, Н. И., *Сочинения*. Москва, 1959, т. 2, 286 р.
160. ПАПКОВ В. Г., ТЯЖЛОВ Н. А., ДУБОВ Ю. В. *Характеристика экспертиз по «врачебным делам» в Рязанской области*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006. 306–307 р.
161. ЩЕГОЛЕВ, П. П., *Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащей медицинской помощи*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Гродно, 1974, 203 р.

III. Surse bibliografice în limba spaniolă

162. ÁLVAREZ, V. J., *Pagina de la historia*, Journal of Medical Humanities, Vol. 8, nr. 1, 2008, 1-2 p., disponibil <https://www.scribd.com/document/397991176/hmc100307>, (citat 11.13.2019)
163. ARBESÚ GONZÁLEZ, V., *La responsabilidad civil en el ambito de la cirugia estetica*, Thesis, Universidad Nacional de Educación a Distancia, disponibil <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Derecho-Varbesu>, (citat 04.01.2020)
164. BEATO, M., *Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez anos de la aprobacion de la Ley General de Sanidad*, Revista de administracion publica, nr 141, 1996 .31 și 32 p., ISSN 0034-7639
165. BLAS ORBAN, C., *Responsabilidad profesional del medico, Enfoque para el siglo XXI*. Editorial Bosch, Barcelona, 2003. 384 p., ISBN 9788476986851
166. CAMARA LAPUENTE, S., *La codificacion del Derecho de consumo: ?refundacion o refundicion?*, Revista del Derecho Civil, Universidad de la Rioja, ISSN 2341-2216, [Vol. 2, Nº. 1, 2015](#). 105-151 p.
167. CALVO SORIANO, G., *La medicina en el antiguo Egipto*, Paediatrica Volumen 5, n.º 1, 2003, 47-48 p., ISSN 1728-2403, disponibil http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatrica/v05_n1/medicina.htm, (citat 21.01.2019)
168. DE MONTALVO, J. F., DEL BARRIO, F. *Responsabilitatea medicală ca un fenomen nou: analiza cauzelor și conceptelor*, Medicină înaintea legii: probleme de limbă și risc profesional, Dykinson, Madrid, 2014. 10 p.

169. EMANUEL,E.J, EMANUEL, L.L.,*Cuatro modelos de la relación médico-paciente*, Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.109-126 p.
170. FRIEDMAN, M.R., *Teoría de los precio*, Alianza Editorial, Madrid, 1976. 348p.
171. FREDOTOVICH, N., *Cultos, dioses, héroes y símbolos en la medicina*, Revista Argentina de Uroogia.Vol. 71 (3), 2006 . 144 -154 p., disponibil https://www.sau-net.org/publicaciones/revistasau_71_3.pdf (citát 21.11.2019)
172. GRACIA, D.,*¿Profesión o sacerdocio? Propuestas para un debate ético sobre la profesión médica*, Jano. Medicina y Humanidades, Oct. 1983, n° extra, 38-52 p.
173. GRACIA D.,*La práctica de la Medicina*, Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: p.95-108
174. GÓMEZ-PANTOJA, J.L, *El código de Hammurabi*, Material de uso docente, Universidad de Alcalá, http://www.abogacia.es/?get_group_doc=1/1408698489-Hammurabi.pdf (citát 23.05.2019).
175. GONZÁLEZ,F.,RICARDO,F.,FLORES,S.,PATRICIA,L.,*El Papiro quirúrgico de Edwin Smith*. Anales Medicos. Vol. 50, Núm. 1 Ene. - Mar. 2005.43-48 p., disponibil <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc051i.pdf> , (citát 21.11.2019)
176. LAÍN, P., *Qué es ser un buen enfermo* ,Ciencia, técnica y medicina,Madrid: Alianza, 1986.248-264 p.
177. LAÍN, P. El médico y el enfermo. 2.^a ed., Madrid: Triacastela, 2003. 254 p.
178. LLAMAS POMBO,E., *La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos*,Trivium, Madrid, 1988. 100 p., ISBN 84-86440-96-3
179. LÁZARO J., *De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica*, Spania, Archivos de Psiquiatría, supl.3, 2000. 5-26 p.
180. LÁZARO, J. *Supervivencia del psicoanálisis en el siglo XXI*, Vallejo Ruiloba J, Editor. Update Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2003: p. 71-90
181. LAZARO, J.; GRACIA, D.. *La relación médico-enfermo a través de la historia*. Anales Sis San Navarra, Pamplona , v. 29,2006. supl. 3, 7-17 p. disponibil http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso. (citát 09.06.2019)
182. LOLAS STEPKE ,F., *La medicina antropológica y el Juicio de Nürenberg: el aporte de Viktor von Weizsäcker*, Universidad de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Chile , 2010. Disponibil <https://doi.org/10.34720/p0rezc29> (citát 11.07.2019)
183. LOLAS STEPKE, F., GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, Procedimientos de decisión en ética clínica. Acta bioethica, 14(2), 2008. 224-227 p. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200014> (citát 05.05.2018)
184. LÓPEZ ,J.M., *Breve historia de la medicina*, Madrid: Alianza Editorial, 2000. 304 p., ISBN 978-84-9104-650-9
185. LÓPEZ,J.M, TERRADA, M.L.,*Introducción a la medicina*, Barcelona: Crítica, 2000. 304p, ISBN-10: 8484320456
186. LÓPEZ E., JOSÉ A.,*O raritate bibliografică universală: Ediția medicală a papirusului lui Edwin Smith*, Acimed, vol. 10, nr. 3 , 2002. 9-10 p.

187. MELGOSA ROCASPANA, E.M., *El código de Hammurabi*, Lo Canyeret. Revista Asociației Barourilor din Lleida, nr. 58, 2008. 15 p.
188. MORA, J.J., *Introducción a la Teoría del Consumidor: De la preferencia a la estimación*; Universidad ICESI, Cali, 2002. 218p., ISBN: 958-9279-53-8, disponibil <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.eumed.net/libros-gratis/2005/jjm/libro-jjmora.pdf> (citat 18.11.2019)
189. PARRA,S., DARÍO,A., *La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica*. Acta bioethica, Santiago , v. 20,2014.207-213 p., ISSN 1726-569X. disponibil https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200008&lng=es&nrm=iso>, (citat 18.11.2019)
190. PRIEGO-ÁLVAREZ, H., *Consumismo Sanitario versus Consumerismo en salud*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 1997; 5:31-37 p.
191. PRIEGO ÁLVAREZ, H. *Consumo en salud: La perspectiva del consumidor sanitario*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 1997; 7:15-22 p
192. PRIEGO ÁLVAREZ,H.,*Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas, 1998. 8:32-38p.
193. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, V., *Responsabilitatea penală în exercitarea activităților medico-sanitare.Criterii de delimitare a responsabilității penale în cazurile de intervenție comună a profesioniștilor din domeniul sănătății*, Fundația Rafael del Pino-Marcial Pons, Madrid,2006. 37 p.
194. SAMPEDRO, A., BARBON, J.J.. *Los ojos en el Código de Hammurabi*. Arch Soc Esp Oftalmol [online]. 2009, vol.84, n.4, 221-222 p. Disponibl<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912009000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0365-6691. (citat.09.06.2019)
195. SAMUELSON, P., *A note on the pure theory of consumer's behaviour* , Economica, The London School of Economics and Political Science, vol. 5, nr. 17, 1938, p. 61-72
196. SCHIPPERGES, H., LAÍN ENTRALGO, P. *La medicina en la Edad Media latina*, Historia universal de la medicina. Vol. 3, Barcelona: Salvat, 1972. 181-241p.
197. SIEGLER, M.,*La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión*, Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1997. 44-64 p.
198. SIMÓN P.L., *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Triacastela. Madrid, 2000.30 p.ISBN: 84-93095-0-14
199. SZASZ,T.,*La teología de la medicina*,Barcelona: Tusquets, 1981.150 p., ISBN- 978-8472235946
200. TOMILLO URBINA, J., *Medicina y Derecho:los orígenes de la juridificación de la prestación de servicios médicos*, [Revista de administración sanitaria siglo XXI](http://www.revistaadministracion-sanitaria.es), ISSN 1696-1641, Vol. 8, Nº. 1, 2010. 169-182 p. (citat 11.03.2018)
201. TARTAGLIA,R.,PICAZIO,T.,FENYES,S.,*L'analisi degli errori in medicina: opportunita per migliorarsi o problema per possibili conseguenze giudiziarie?* , "Toscana medica", 2005, nr. 7, p. 56–59
202. VEGA-FRANCO, L., *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Resena historica*, Health Health of Mexico, Vol. 44, No. 3, 2002. 260 p.

203. QUINTANO RIPOLLÉS, A., *Curs de drept penal*, volumul I, Madrid, 1963. 89 p.

IV. Surse bibliografice în limba franceză

204. BEAUCHARD J. *Droit de la distribution et de la consommation*. Paris: PUF, 1996. 410 p.
205. FAGNART, J.L. ș.a., *Les pratiques du commerce et la protection et l'information du consommateur*. Buxelles: Jeune Barreau de Bruxelles, 1991. 198 p.
206. LUTTE,I., *Le médicament de sa prescription a sa consommation. Un nouvel enjeu de responsabilité*, en VV.AA., Liber amicorum Jen-Luc Fagnart, Bruylant, Louvain-la-Neuve, 2008, 759 p.
207. PALAZZOLO, J., *L'évolution de la relation medecin malade*, „Cerveau & Psycho”, no. 18, NovembreDecembre 2006. 72p, disponibil chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.docvadis.fr/files/all/4xmpyPjUgGmVBNku73mhUQ/l_volution_de_la_relation_m_decin_malade_medecinmalade.pdf (citat 14.05.2018)
208. VARGAS, A.,LOPEZ,M.,LILLO,C.,VARGAS, M.J., *El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica*. Revista médica Chile, vol.140, n.10,2012. 1357-1362 p. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.

V. Surse bibliografice în limba engleză

209. ARROW,K.J. ,*Uncertainty and the welfare economics of medical care*.Bulletin of the World Health Organization, vol. 82,2 ,2004. 141-149 p., [online] disponibil <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585909/> (citat 05.06.2019)
210. American Hospital Asociation, *A patients Bill of Rights*, Chicago , first adopted by the American Hospital Association in 1973, then revised by AHA Board of Trustees on October 21, 1992
211. ANNAS, G.,, *Some Choice: Law, Medicine and Market*, Oxford University Press, New York, 1998. 22 p.
212. BAGGOTT, R.,FORSTER, R., *Health consumer groups and patients' organisations in Europe: towards a comparative analysis*, Health Expectations , n.º 11 (1), 2008, 85-94 p. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00472.x> (citat 05.03.2019)
213. BALINT, E. *The possibilities of patient-centered medicine*, The Journal of the Royal College of General Practitioners vol. 17,82,1969. 269-76 p., disponibil <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/> (citat 22.09.2019)
214. BERLINGER,N., *Patient trust. Trust remains fundamental to the ethical practice of medicine even in the age of the patient as consumer*. Minnesota Medicine, No. 87 (6), 2004. 32-34 p.

215. BARBER, B., *The Development of Medicine as a Profession*. The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine, *Isis* 60, no. 2, 1969. 248-250 p., <https://doi.org/10.1086/350484>
216. BUCHMUELLER, T., *Consumer-Oriented Health Care Reform Strategies: A Review of the Evidence*, *Milbank Quarterly*, n.º 87 (4), 2009. 820-841p.
217. BUCHANAN A. *The Right to a Decent Minimum of Health Care*, *Philosophy & Public Affairs* 13(1), 1984. 55-78 p.
218. CAMPBELL, A.V., *Pacientul ca consumator*, *British Journal of General Practice*, nr. 40, 1990. 131-132 p.
219. CARDOZO, B., *What Medicine Can Do for Law*, *Bulletin of the New York Academy of Medicine* vol. 5,7, 1929. 581-607 p., disponibil <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2394150/> (citat 16.07.2019)
220. CHILDRESS, J.F., SIEGLER, M., *Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy*, *Theoretical Medicine*, Nr. 5. 1984. p 17-30
221. CIOCHINA, E., *Doctrinal approaches in the matter of the rights of the beneficiaries of medical services*. In: *Competitivitatea și inovarea în economia cunoașterii*. Ediția a 21-a , 27-28 septembrie 2019, Chișinău. Chișinău Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al ASEM, 2019. 781-786 p. ISBN 978-9975-75-968-7.
222. CIOCHINA, E., *Public health service in the Republic of Moldova: from independence to the present*, Simpozion Științific Internațional al Tinerilor Cercetători Culegere de articole selective. Ediția a XVI-a, 27-28 aprilie 2018, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: Departamentul Editorial-Poligrafic al ASEM, 2018, 326 p.
223. Code of Health and Disability Services Consumer's Rights – Regulations 1996, Health and Disability Commissioner, <https://www.hdc.org.nz/your-rights/about-the-code/code-of-health-and-disability-services-consumers-rights/>, (citat 12.05.2019)
224. CRIBB, A., *Health and the Good Society: Setting Healthcare Ethics in Social Context*, Oxford University Press, 2005, 236 p., ISBN 0199242739, disponibil <https://ndpr.nd.edu/news/health-and-the-good-society-setting-healthcare-ethics-in-social-context/> (citat 04.05.2018)
225. European Commission (DG SANCO) - Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the european union, disponibil <https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/european-commission-dg-sanco-expert-review-and-proposals-measurement-health> , (citat 12.16.2019)
226. EDELSTEIN, L., *A history of medicine*, *Arch Int Med*, 5 , 1937, 201 p.
227. EMANUEL, E.J., EMANUEL, L.L., *Four models of the physician-patient relationship*. *JAMA*, Vol. 267(16), 1992. 2221–2226p. disponibil <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/396718> (citat 11.04.2018)
228. FORSTER, R., GABE, J., *Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour* , *Journal of Health Services*, No. 38 (2), 2008. 333-356 p.
229. FREUD, S., BREUER, J., *Studies in Hysteria.*, Penguin Classics, London , 5-1/16 x 7-3/4 |, 2004. 386 p., ISBN 9780142437490

230. FRIEDMAN, R.A. *Well-Served as Patients, Dissatisfied as Customers*, New York Times, 03.01.2006, disponibil <www.nytimes.com/2006/01/03/health/03essa.html?_r=0> (citat 05.01.2018).
231. FRASER, J.J., *American Academy of Pediatrics: technical report: alternative dispute resolution in medical malpractice*. Pediatrics. 2001; Vol. 107, 602–607 p., disponibil <https://doi.org/10.1542/peds.107.3.602>, (citat 27.10.2019)
232. GOLDSTEIN, M.M., BOWERS, D.G., *The patient as consumer: empowerment or commodification?* Currents in contemporary bioethics. The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics, 43(1), 2015. 162–165 p. <https://doi.org/10.1111/jlme.12203> (citat 11.05.2019)
233. HALL, M. A., *Law, Medicine and Trust*, Stanford Law Review, No. 55, 2002. 463-527 p.
234. HALL, M. A., SCHNEIDER, C. E., *Patients as Consumers? Courts, Contracts, and the New Medical Marketplace*, Michigan Law Review, No. 106, 2008, 643-689 p.
235. HALL, M.A., *The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers*, Georgetown Law Journal, 96, No. 2, 2008, 583-597 p.
236. HALL, M.A., BOBINSKI, M.A., ORENTLICHER, D., *Medical Responsibility and Treatment Relationships*, ed. 3, Wolters Kluwer, 2018. 382 p., ISBN: 9781454890249
237. HARTZBAND, P., GROOPMAN, J., *The new language of medicine*, New England Journal of Medicine, 365, No. 15, 2011. 137 p., disponibil <http://pubs.royle.com/article/The+New+Language+Of+Medicine/907447/91108/article.html> (citat 13.11.2018)
238. HILTON, M., *Consumerism in Twentieth Century Britain: The Search for a Historical Movement*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003, 382 p, ISBN 978-0-521-53853-4
239. HILTON, M., *Prosperity for All: Consumer Activism in an Era of Globalisation*, Cornell University Press, Ithaca, New York, USA, 2009, 307 p., ISBN 978-0-8014-4644-3
240. GRUSKIN S., *From: Conception to Realization: A Human Right to Health*, The Hastings Center Report 40 (3), 2010, 4-16 p.
241. JACOBI, J.V., *Consumer-Driven Health Care and the Chronically Ill*, Michigan Journal of Law Reform, n.º 38, 2005, 531-536 p.
242. JACOBSON, P.D., TUNICK, M.R., *Consumer-Directed Health Care and the Courts: Let the Buyer (and Seller) Beware*, Health Affairs, n.º 26 (3), 2007. 704-714 p.
243. JEWSON, N.K., *Disappearance of the sickman from medical cosmologies 1770-1870*, Sociology, 10, 1976. 225-244 p.
244. JOHN D., FENTON E. *Bioethics & Human Rights: Access to Health-Related Goods*, The Hastings Center Report 39 (5), 2009, 27-38 p
245. KAPP, M. B., *Patient Autonomy in the Age of Consumer-Driven Health Care: Informed Consent and Informed Choice*, Journal of Legal Medicine, 2007, 28:1, 91-117 p., DOI: [10.1080/01947640601180398](https://doi.org/10.1080/01947640601180398) (citat 11.09.2018)

246. KRUGMAN, Paul, *Patients are not consumers*, The New York Times, 2014. disponibil: http://www.nytimes.com/2011/04/22/opinion/22krugman.html?_r=0 (citat 13.11.2018)
247. Marco F. CAMPAGNA. Transparent consumer information in Directive 2011/83/EU. The Columbia journal of european law [online]. Summer, 2012. Disponibil:<http://cjel.law.columbia.edu> , (citat 15.09.2018).
248. MASSIMILIANO, D., STUART, E. Ghidul privind armonizare legislației la standardele UE în Republica Moldova. Legislația și politicile de protecție a consumătorilor. Chișinău: IBF International Consulting, 2010, 56 p.
249. MCWHINNEY,I.R., Creativity in clinical research is alive and well in Canadian family practice — do we know it when we see it? Can Fam Phys. 2004. 1194–1196 p.
250. MEIL, A., ERICSON, G, *The Trouble with treating patients as consumers*, Harvard Bussines Review,9.01.2012, disponibil <https://hbr.org/2012/01/the-trouble-with-treating-pati> (citat 01.09.2018)
251. MOLD, A. *Patient Groups and the Construction of the Patient-Consumer in Britain: An Historical Overview*, *Journal of social policy*, vol. 39(4), 505–521p. <https://doi.org/10.1017/S0047279410000231>
252. NUTTON,V., CONRAD,L.I., NEVE,M.,*Wear A Medicine in Medieval Western Europe, 1000-1500, The Western Medical Tradition. 800 BC to AD 1800*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.139-205 p.
253. NANCY, T., *The Patient As A Policy Factor: A Historical Case Study Of The Consumer/Survivor Movement In Mental Health*, *Health Affairs* vol. 25, no. 3: mental health: progress & pitfalls, 2006. 720 -729 p., disponibil <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.25.3.720> (citat 10.11.2019)
254. PAMARIA, R., VAN DEN BERGH, R. Cooling-Off Periods in Consumer Law. In: *Journal of Consumer Policy*, 2000, nr. 23, pp. 380-405. ISSN 0168-7034.
255. PERCIVAL, T., *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. *Provincial Medical and Surgical Journal*, 13(26), 1849, 711–712 p., disponibil <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2488117/> (citat 01.01.2019)
256. PEEPLES,R.,HARRIS,C.,METZLOFF,T.,*Following the script: an empirical analysis of court-ordered mediation of medical malpractice cases*. *Journal Dispute Resolution*, vol.1, 2007. 101–118 p.
257. PLASTOW, M., *Intruziunea discursului de economie în spațiul clinic: de la pacient la consumator*, *Psychiatry Australasian*, No. 18, 2010. 298-302 p.
258. PLOTNIC O., TOFAN M., CIOCHINA E., Efficiency of Legal Framework for Corporate Governance in the Republic of Moldova. In: Aluchna M., Idowu S., Tkachenko I. (eds) *Corporate Governance in Central Europe and Russia. CSR, Sustainability, Ethics & Governance*. Springer, Cham, 2020. 261-280 p., ISBN978-3-030-39503-2, disponibil https://doi.org/10.1007/978-3-030-39504-9_15
259. PLOTNIC O., CIOCHINA,E.,*The fiancial nature of the market of voluntary medical insurance in the countries of the European Union*,*International Scientific Conference European Fiancial Regulation -EUFIRE 2018m 3rd edition*, 17-18 May, 2018, Iași,257 -274 p, ISBN: 978-606-714-492-5

260. PLOTNIC O., CIOCHINA,E.,*Consumer dispute resolution online: the evolution of european law for out of court redress*,International Conference on Integration the Republic of Azerbadjan to the International Community and Modern Developemnt trends of law in building legal stat, Published in : International Scientific Journal dedicated to the 90th anniversary of Law Faculty of Bake State University, 2018. 122-125 p.,
261. PLOTNIC O., CIOCHINA,E.,*Member states' regulatory autonomy in health services within the internal market: the impact of the European Law*, Eurint 2018, Reflecting on Europe's (dis)order: scenarios for the EU's futurevolume 5, Iași,2018. 246 -256 p. ISBN 978-606-714-502-1
262. RADOVICIU R.,STREMTAN F. Improving communication between doctors and patients,Conferința internațională -"Integrarea Europeana –noi provocări pentru economia României", ediția a VI-a, 28-29 mai, 2010, Oradea, disponibil
http://econpapers.repec.org/article/orajournal/v_3a1_3ay_3a2010_3ai_3a2_3ap_3a1137-1140.htm98. (citat 11.10.2019)
263. Regulations of the European Parliament and of the Council on jurisdiction and the recognition and enforcement of judgments in civil and commercial matters: nr. 1215/2012 din 12.12.2012 [online]. În: Oficial Journal of the EU din 20.12.2012, L 351/1, Disponibil:<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:351:0001:0032:En:PDF> [citat 20.10.2018].
264. ROBINSON, J.C., *Reinvention of Health Insurance in the Consumer Era*, Journal of American Medical Association, n.º 291, 2004. 1880-1886 p.
265. ROBINSON, J.C., GINSBURG, P., *Consumer-Driven Health Care: Promise and Performance*, Health Affairs , n.º 28(2), 2009. 272-281p.
266. ROTHMAN,S.M, ROTHMAN, D.J. ,*The Pursuit of Perfection. The Promise and Perils of Medical Enhancement*, New York: Pantheon Books, 2003.277p., ISBN- 978-0679439806
267. SCHNEIDER, C. E. și HALL, M.A., *The patient life: can consumers direct health care?*, American Journal of Law & Medicine, vol. 35, No. 1, 2009,7-65 p.
268. SHORTER,E. ,*Doctors and their Patients. A Social History*, New Brunswick: Transaction Publishers, 1991.318 p., ISBN- 978-0887388712
269. SINGER,C.,*Hippocrates and the Hippocratic Collection*. Vol.11. , Encyclopedia Britannic. London; 2000. 583 p.
270. STEVENS, R.A., CHARLES E.*History and Health Policy in the United States: Putting the Past Back In*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2006. ISBN 978-0-8135-3838-9
271. STIEFEL,M., SHANER, A., STEVEN ,D., *Edwin Smith Papyrus: nașterea gândirii analitice în medicină și otorrinolaringologie*, The Laryngoscope, Vol. 116, nr. 2, 2006. 182-188 p.
272. SMITS, J. M. *The Right to Change Your Mind? Rethinking the Usefulness of Mandatory Rights of Withdrawal in Consumer Contract Law* [online]. The 15th meeting of the International Academy of Commercial and Consumer Law, Toronto July 22-24, 2010, Disponibil: <https://www.law.utoronto.ca/documents/conferences2/IACCL10-Smits.pdf>

273. SOHN, D. H., BAL, B. S., *Medical malpractice reform: the role of alternative dispute resolution*. Clinical orthopaedics and related research, vol.470(5), 2012. 1370–1378 p., Disponibil <https://doi.org/10.1007/s11999-011-2206-2>
274. SZASZ, T. S., & HOLLENDER, M. H. , *A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship*, A.M.A. archives of internal medicine, 97(5), 1956, 585–592 p., <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
275. SZMANIA SJ, JOHNSON AM, MULLIGAN M. *Alternative dispute resolution in medical malpractice: a survey of emerging trends and practices*. Conflict Resolution Quarterly, vol.26, 2008, 71–96 p. Disponibil <https://doi.org/10.1002/crq.224>
276. TOMES, N., STEVENS., R., et.all. *Patients or health care consumers? why the history of contested terms matters*, History and Health Policy in the United States, Rutgers University Press, New Brunswick, 2006. 96 -97 p.
277. Treaty of Nice amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certa in related acts Declarations Adopted By The Conference Declaration on the future of the Union, OJ C 80, 10.3.2001, p. 85–86 (ES, DA, DE, EL, EN, FR, IT, NL, PT, FI, SV) , disponibil http://data.europa.eu/eli/treaty/nice/fna_1/dcl_23/sign, (citat 11.06.2019)
278. TUCKER, J., *The moderators of patient satisfaction*, Journal of Management in Medicine, Vol. 16 No. 1, 2002, 48-66 p.
279. TUCKER, J., ADAMS, S. R., *Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care*, Managing Service Quality, Vol. 11 No. 4, 2001. 272-86 p.
280. The World health report 2000 : health systems : improving performance, World Health Organization, ISBN 92 4 156198X , disponibil https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
281. WEN, L., *Should You Be a 'Patient' or 'Healthcare Consumer?'* disponibil la <<http://www.psychologytoday.com/blog/the-doctor-is-listening/201305/should-you-be-patient-or-healthcare-consumer>> (citat 05.01.2018).
282. WRBKA, S. *The Proposal for an Optional Common European Sales Law: A Step in the Right Direction for Consumer Protection?* ,EUIJ-Kyushu Review Issue 1-2011. 87-121 p. ISSN 2186-3385.

VI. Site-uri

283. Code of Healyh and disability services consumers rights, <https://www.hdc.org.nz/your-rights/about-the-code/code-of-health-and-disability-services-consumers-rights/> (citat 11.09.2019)
284. The Hippocratic Oath, translated by Michale North, National Library of Medicine, 2002, https://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html , (citat 11.09.2019)
285. Safety Gate: Rapid Alert System for dangerous non-food products - most recent alerts,

- https://ec.europa.eu/consumers/consumers_safety/safety_products/rapex/alerts/?event=main.listNotifications&lng=ro, (citat 11.09.2019)
286. Programul multianual al UE privind protecția consumatorilor (2014-2020), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:090101_1&from=FR, (citat 11.09.2019)
287. The Consumer Programme 2014-2020 of the European Commission [online].Disponibil: http://ec.europa.eu/chafea/consumers/programme/index_en.htm, (citat 11.09.2019)
288. Răspunderea Civilă a Medicilor -Modificări Legislative <https://www.bizlaw.md/raspunderea-civila-a-medicilor-modificari-importante-pentru-pacienti>
289. Protecția Consumatorilor în Sănătate publică <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/ro/sheet/49/sanatate-publica>
290. EUDRAPARM <https://www.ema.europa.eu/en/glossary/eudrapharm>
291. EUDRALEX <https://www.ema.europa.eu/en>
292. EUDRALEX EUROPA https://ec.europa.eu/health/documents/eudralex_en
293. Sănătatea publică. Sistemul de sănătate. http://library.usmf.md/old/downloads/ebooks/Safta_Management_si_Legislatie_farmaceutica_2012/04_Capitolul_04_Sanatatea_pub_Sist_de_sanat.pdf.
294. Responsabilité medicale. http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilit%C3%A9_m%C3%A9dicale/15844
295. Respectarea drepturilor omului în Republica Moldova. Chișinău: 2015, 163p. http://crjm.org/wp-content/uploads/2015/02/raport_cpdom_2015.pdf
296. PEREȚIANU D. Despre răspundere în cursul exercitării profesiei de medic. <http://www.cfsmr.ro/analize-despre-sistemul-de-ingrijiri-de-sanatate/despre-raspundere-incursul-exercitarii-profesiei-de-medic-semnat-de-dr-dan-peretianu>.
297. Cauza G.B. și R.B. c. Republicii Moldova (hotărârea din 18 decembrie 2012) <https://www.globalhealthrights.org/health-topics/hospitals/case-of-g-b-and-r-b-v-the-republic-of-moldova/>
298. SADOVEI, N., Repere privind statutul juridic al beneficiarilor de servicii de sănătate publică în contextul pandemiei COVID-16 <https://juridicemoldova.md/7822/repere-privind-statutul-juridic-al-beneficiarilor-de-servicii-de-sanatate-publica-in-contextul-pandemiei-covid-19.html>
299. Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală , <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=326302&lang=1>

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Ciochina Elena

Semnătura

Data

CV-ul AUTORULUI

Numele, prenumele: Ciochina Elena

Data nașterii: 03.06.1987 (Strășeni)

Cetățenie: Republica Moldova

Adresa: str.C.Varnav 20/3, ap.71, mun.Chișinău.

Telefon: mob. 068384224

E-mail: ciochina.elena.law@gmail.com



Educație și Formare:

Studii:

1. **1999-2006** – Liceul Teoretic ”Ion Vatamanu”, or.Strășeni
2. **2007-2010** – Academia de Studii Economice a Moldovei, Facultatea Marketing și Logistică
3. **2010-2012** – Academia de Studii Economice a Moldovei, Master Publicitate și Relații cu Publicul
4. **2012-2016** -Universitatea de Stat a Moldovei, Facultatea Drept

Gradul științific: Magistru în economie (2012)

Specializarea: Publicitate și Relații cu Publicul

Media de Licența în Economie: 9,80

Media de Licența în Drept: 8,75

Media de Master: 10

Experiența Profesională:

1. Șef Secție Logistică, Spitalul Clinic Republican ”Timofei Moșneaga” (01/11/2010-31/12/2011)

2. Economist, Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga (01/01/2012-28/02/2018)
3. Contabil Șef, FPC "PRODOMUS" SRL (01/03/2011-28/02/2018)
4. Asistent universitar, Academia de Studii Economice a Moldovei (01/09/2018 - prezent)
5. Asistent proiect ERASMUS + Catedra Jean Monnet „Politicile UE pentru protecția intereselor economice ale consumatorilor (EU4CONS) implementat de ASEM (01/09/2018 - prezent)
6. Cenzor AO "Henri Capitant" (01/11/2019 - prezent)
7. Membru proiect ERASMUS + proiectului „Jean Monnet Support to Associations in European Integration and Intellectual Property Protection Studies / EUPROIN”, ref. nr. nr. ref. 611344-EPP-1-2019-1-MD-EPPJMO-SUPPA implementat de AO de cultură juridică franceză "Henri Capitant" (01/11/2019 - prezent)
8. PR and Project Manager – ECO VISIO / ECOLISE, proiectul Biogaz Comunitar în Moldova. (01/07/2019-31/12/2019)

Publicații

1. PLOTNIC, O. CIOCHINA, E., The right terminology in healthcare: patient or consumer? / Journal of international law and integration problems, (Scientific-Analytical Journal), No 4 (52) 2017, Baku, p.52-56, 2017, (0,50 c.a.)
2. PLOTNIC , O. ILANA, A., CIOCHINA, E., Unfair competition - and influencing factors with an impact on consumer economic interests/ Journal of Public Administration, Finance and Law (JOPAFL), Special Issue 3/2017, 113 -120, 2017, (0.65c.a.)
3. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E. Deficiențe legale în cadrul consumului de pe piața medicamentelor și produselor farmaceutice, Revista Națională de Drept, nr.6, Chișinău, 2016, p.16- 19, (0,86 c.a.) cat. C;
4. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E. ,Importanța sistemului de farmacovigilență în cadrul protecției consumatorului de medicamente, Revista Națională de Drept, nr.11, Chișinău, 2016, p.10-15, (0,60 c.a.) cat. C;
4. PLOTNIC , O. , CIOCHINA, E. Drepturile pacientului în Republica Moldova în contextul ,drepturilor omului, Revista Națioanlă de Drept , nr.9, 2017, p.3-8. CZU 342.72/.73:614.253.8
5. CIOCHINA, E., Public Health Service in the Republic of Moldova:from indepedence to thepresent, Simpozionul Științific Internațional al Tinerilor Cercetători , Ediția a XVI-a, 27-28 aprilie 2018 Academia de Studii Economice a Moldovei, e-ISBN 978-9975-75-926-7, p.326

7. PLOTNIC, O., CIOCHINA E., Member states' regulatory autonomy in health services within the internal market: the impact of the European law, International Scientific Conference EURINT, 18-19 May, 2018, Alexandru Iona Cuza University, IAȘI, ROMANIA within EURINT conference series, launched by the Centre for European Studies in the frame of the Jean Monnet Life Long Learning Programme Erasmus +, 2018, p.246-256 REFLECTING ON EUROPE'S (DIS)ORDER: SCENARIOS FOR THE EU'S FUTURE, EURINT 2018, Volume 5, ISBN 978-606-714-502-1 ISSN 2393-2384 ISSN-L 2392-8867(0,87 c.a.)
8. PLOTNIC, O., CIOCHINA E., The financial nature of the market of voluntary medical insurance in the countries of the European Union, International Scientific Conference European Financial Regulation –EUFIRE 2018, 3rd edition, 17-18 May, 2018, Alexandru Iona Cuza University, IAȘI, ROMANIA within Jean Monnet Chair project in legal studies at Alexandru Ioan Cuza Univeristy of Iasi, Volume 2, ISBN 978-606-714-492-5 (0,87 c.a.)
9. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E., Consumer Dispute Resolution Online: The Evolution of European Law for Out-Of-Court Redress, International Conference on Law and Economics in the Development of Transition Countries, 25-26 October 2018 (Baku, Azerbaidjan), (0.56 c.a.)
10. PLOTNIC, O., CIOCHINA, E., Common aspects of european union consumer law: evolution and challenges, International Conference on Law and Economics in the Development of Transition Countries, 25-26 October 2018 (Baku, Azerbaidjan)
- 11.COJOCARU, V. CIOCHINA, E. Sănătatea publică și dezvoltarea durabilă în contextual acordului de asociere ale UE și Republicii Moldova. In: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe juridice*. 8-9 noiembrie 2018, Chișinău. Chisinau, Republica Moldova: CEP USM, 2018, pp. 29-34. ISBN 978-9975-142-50-2.
- 12.CIOCHINA, E. Doctrinal approaches in the matter of the rights of the beneficiaries of medical services. In: *Competitivitatea și inovarea în economia cunoașterii*. Ediția a 21-a , 27-28 septembrie 2019, Chișinău. Chișinău Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al ASEM, 2019, pp. 781-786. ISBN 978-9975-75-968-7.
13. PLOTNIC, O., TOFAN., M., CIOCHINA,E. Efficiency of Legal Framework for Corporate Governance in the Republic of Moldova, Corporate Governance in Central Europe and Russia, 2020 ISBN 978-3-030-39503-2

Premii, distincții:

1.Bursa de excelență a Guvernului pentru studenții doctoranzi, anul 2019, în baza HG nr.4 din 18.01.2019 cu privire la acordarea Bursei de excelență a Guvernului și a Bursei nominale (pe domenii) pentru studenții-doctoranzi pe anul 2019. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, din 19.01.2019, nr.22-23, art.15

Competența lingvistică:

Limba română (scris/vorbit) – foarte bine;

Limba rusă (scris/vorbit) – foarte bine;

Limba engleză (scris/vorbit) – foarte bine

Limba spaniolă (scris/vorbit) – bine

Limba franceză (scris/vorbit) – bine

Alte competențe:

Cunoașterea computerului: Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Access, Microsoft Power Point, Internet – foarte bine;

Abilități: comunicabilă, responsabilă, punctuală, energică, devotată, abilități de lucru în colectiv, spirit de inițiativă, calități estetice dezvoltate, creativă.

Interese: limbi străine, pictură, muzică, sport, călătorii, voluntariat.