
Introducere

În mod obișnuit omul se bucură de sănătate fizică și psihică și intră mai rar, în relație cu un medic. În momentul în care apar indiciile unei boli, relația dintre medic și pacient devine, inevitabil, mai strânsă, relație care conduce la nașterea de drepturi și obligații, pentru ambele părți. Încercarea de a stabili natura juridică a relației medic – pacient pleacă de la mai multe premise¹. Astfel relația medic – pacient a existat în toate comunitățile, de la lumea antică la societatea postindustrială. Acordarea îngrijirilor medicale a devenit la fel de importantă pentru individ ca și pentru și pentru comunitatea căreia acesta îi aparține, impunându-se necesitatea reglementării activității medicale. Serviciile medicale s-au diversificat atât ca formă de organizare cât și ca tehnică, existând în prezent un înalt grad de tehnologizare a actului medical. Nu în ultimul rând caracterul inevitabil al acestei relații. Putem afirma că în societatea modernă, primul contact al individului se realizează cu un medic, fie că este vorba de momentul nașterii sau anterior acesteia în timpul vieții intrauterine².

Medicina și dreptul sunt printre cele mai vechi activități umane. În lumina evoluției sistemelor juridice naționale și a reglementărilor specifice activităților medicale, se impune clarificarea raportului juridic dintre medic și pacient. Problema pe care dorim să o clarificăm este dacă relația medic-pacient este una contractuală sau există o obligație legală de a acorda servicii medicale. Importanța clarificării determină și natura juridică a răspunderii civile în cazul încălcării obligațiilor asumate de către medic. Dacă obligația de acordare a serviciului medical, se naște direct din lege, atunci încălcarea acestei obligații va angaja răspunderea civilă delictuală. Dacă obligația de acordare a serviciului medical este una pur contractuală, atunci încălcarea obligației va angaja răspunderea civilă contractuală.

Responsabilitatea medicală a fost din toate timpurile la ordinea zilei. De altfel ea continuă și astăzi „să amenințe” medicii și să contribuie la dezvoltarea artei pledoariei avocatului.

Totuși, perioada în care trăim nu este una nouă în ceea ce privește responsabilitatea medicală. Sunt mai mult de patruzece de secole de când ea există. De exemplu, în antichitate deja, putem constata rigoarea acestei responsabilități prin articolul 218 din Codul lui Hammurabi: „dacă un medic operează un om pentru o rană gravă cu o lanțetă de bronz și cauzează moartea omului sau dacă deschide un abces la ochiul unui om cu o lanțetă de bronz și distruge ochiul omului, el va avea degetele tăiate”. Medicul este chemat așadar să răspundă în fața statului și orice referire la Dumnezeu sau la medicina divină dispăre. Medicul era responsabil pentru actele sale.

¹ Potrivit lui A.T. Moldovan, *Tratat de drept medical*, Ed. All Beck, București, 2002, p. 150, premisele oricărui raport de drept, deci *ipso facto* și ale celui de drept medical, sunt: existența *normei juridice*, care transformă o relație socială într-una de drept, *subiectele de drept* (medic-pacient) și *faptul juridic* care produce consecințe juridice, adică determină apariția, modificarea sau stingerea unui raport juridic.

² Opinii cu privire la existența unui raport juridic anterior nașterii unei persoane, respectiv cu privire la statutul juridic al fătului uman și cu privire la protecția embrionului au fost lansate de M.M. Pivniceru, F.D. Dăscălescu, *Limita inferioară a dreptului la viață între protecția fătului uman, dreptul la avort și progresul științelor biomedicale*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. I, nr. 4, 2005, p. 12.

Ulterior noțiunea de responsabilitate se estompează și urmează o „regresie” a medicinei, referința la Dumnezeu accentuându-se. Medicul devine executantul voinței divine. Noțiunea de eroare medicală și prin urmare de responsabilitate medicală a dispărut. Abia în perioada Renașterii și ulterior a Revoluției franceze, au fost promulgate legile în materie, și anume, Codul civil francez din 1804 și Codul penal francez din 1810 care afirmă responsabilitatea civilă și penală a medicului (art. 317, 319 și 320 din Codul penal și art. 378 și 361 din Codul civil). Medicul a devenit un cetățean ca toți ceilalți, supus aceluiași reguli.

Exista în epocă o lipsă de incriminare a doctorilor în medicină. În Franța o lege din 10 martie 1803 distingea doctorii în medicină pentru care lipsa de responsabilitate era regula, de ofițerii sanitari care erau responsabili. Această inegalitate va dispărea cu ocazia unui proces celebru (Thouret – Noroy contra Guigue) când Curtea de Casație la 18 iunie 1835 a respins recursul doctorului în medicină Thouret-Noroy împotriva hotărârii primei instanțe care îl condamnase pentru neglijență și incompetență. Într-adevăr, el lezase artera unui bolnav în timpul unei sângerări, apoi îl abandonase în suferință¹. Începând cu acest caz responsabilitatea medicală devine principiu, fără nicio distincție.

Totodată până în anul 1936 responsabilitatea medicală nu îmbrăca decât forma răspunderii civile delictuale. Victima, pentru a obține o reparație trebuia să facă dovada culpei medicului precum și că există o relație cauză-efect între prejudiciu suferit și eroarea comisă. A trebuit să se aștepte celebra hotărâre din 20 mai 1936 (dr. Nicholas contra Mercier) pentru a vedea plasarea responsabilității medicale într-un cadru contractual. Cu toate acestea soluția găsită nu excludea posibilitatea de a angaja răspunderea civilă delictuală a medicului, care însă nu mai reprezintă o regulă. Această soluție care consacră contractul dintre medic și pacient în doctrina și jurisprudența franceză, se apropie de doctrina altor state europene (Elveția – unde se vorbește despre contractul de mandat dintre medic și pacient, Belgia – unde se vorbește despre contractul nenumit sau Italia – unde se vorbește despre contractul de prestație de serviciu intelectual).

După acest moment, obligația impusă medicului este, în principiu, o obligație de mijloace și în mod excepțional o obligație de rezultat, iar răspunderea este fundamentată pe greșeală, victima urmând a face dovada culpei medicale. Această soluție se regăsește nu numai în Franța ci și în Canada, Italia, Spania sau Belgia². Necesitatea de a stabili greșeala rezultă din însăși natura misiunii medicului. Aceasta constă în a lupta contra naturii, îndreptând-o prin îngrijiri, tratamente, intervenții³.

Erorile medicale sunt diverse. Poate fi vorba despre o eroare de diagnostic, despre o greșeală terapeutică, de una de supraveghere sau de o eroare de etică medicală. În consecință în sarcina practicianului medical se va naște obligația de a repara prejudiciul cauzat pacientului său prin angajarea răspunderii civile medicale. Este posibil ca atunci când fapta ilicită a medicului întrunește elementele constitutive ale unei infracțiuni (vătămare corporală din culpă, ucidere din culpă etc.) să se angajeze în sarcina acestuia și răspunderea penală. De asemenea, atunci când medicul angajat al unei instituții medicale încalcă anumite reguli administrative sau de conduită profesională în sarcina acestuia se poate angaja răspunderea disciplinară. În sfârșit, în oricare din situațiile anterior expuse poate fi angajată și răspunderea unității sanitare în care s-a prestat serviciul medical.

¹ D. Malicier, A. Miras, P. Feuglet, P. Faivre, *La responsabilité médicale. Données actuelles*, éd. Alexandre Lacassagne, 2e, 1999, p. 26.

² G. Memeteau, *Les aspects actuels ou méconnus de la responsabilité médicale*, Litec, Paris, 1991, p. 79.

³ A. Bernardot et H. Kouri, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, 1980, p. 8.

Trebuie să precizăm că analiza noastră se va limita numai la studiul răspunderii civile a medicului și a celorlalți furnizori de servicii medicale, încercând a surprinde particularitățile acestei răspunderi.

Cadrul legislativ la care vom face referire îl reprezintă Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății¹ care se întregește cu dispozițiile Codului civil român. În materie sanitară, au fost adoptate și următoarele acte normative: Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului², Ordonanța Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale³, Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice⁴, Legea farmaciei nr. 266 din 7 noiembrie 2008⁵, Legea nr. 118 din 2007 privind organizarea și funcționarea activităților de medicină complementară și alternativă⁶. Răspunderea medicului s-a bazat în mod tradițional pe neîndeplinirea obligației de a acorda îngrijiri atente și conștiincioase. Calificarea obligației medicului ca fiind una de mijloace sau una de rezultat a creat controverse în doctrina și jurisprudența franceză cu privire la „obiectivizarea” responsabilității medicale și a alunecării obligației de mijloace înspre o obligație de rezultat⁷. Există o tendință evidentă de a indemniza victimele unui act medical și în absența oricărei greșeli din partea medicului, justificată într-o anumită măsură și printr-o evoluție a mentalităților. Aducând în mod regulat la cunoștința publicului progresele presupuse sau reale ale medicinei, mijloacele media au dat naștere unor speranțe excesive.

În societatea noastră, cetățeanul, actor al solidarității sociale, devine animat de o filozofie a indemnizației, comportându-se cu ușurință ca victima altuia, căutând în riscurile și nedreptățile vieții o sursă de finanțare și retribuție. Venită din SUA și răspândindu-se în întreaga Europă, această ideologie explică în parte evoluția responsabilității medicale⁸. Numai în parte, pentru că această mișcare se conjugă astăzi cu nevoia de securitate încercată de orice persoană. Această nevoie se traduce prin neînțelegerea de către victimă a unui risc, în speță medical, al agravării stării sale fizice ca urmare a unei intervenții chirurgicale sau medicale. Ea nu admite că medicul, care i-a promis o ameliorare a stării sale de sănătate, sfârșește prin a i-o agrava.

Din această cauză s-a dezvoltat ideea unei obligații de securitate-rezultat, urmare a unei „mișcări de victimizare care a condus la o societate de reparație generalizată”⁹. În lumina acestor constatări obiective s-a constatat o bulversare a jurisprudenței franceze din ultimii ani în materie de responsabilitate medicală, care fără niciun dubiu este datorată absenței de reparație a pagubei suferite ca urmare a unui hazard nefavorabil, a unui risc inerent și intrinsec al actului medical.

¹ Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății a fost publicată în M. Of. nr. 372 din 28 aprilie 2006.

² Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului, a fost publicată în M. Of. nr. 51 din 29 ianuarie 2003.

³ Ordonanța Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, a fost republicată în M. Of. nr. 568 din 1 august 2002.

⁴ Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice a fost publicată în M. Of. nr. 589 din 8 august 2002.

⁵ Legea farmaciei nr. 266/2008 a fost republicată în M. Of. nr. 85 din 2 februarie 2015.

⁶ Legea privind organizarea și funcționarea activităților și practicilor de medicină complementară/alternativă, Legea nr. 118 din 2 mai 2007 a fost publicată în M. Of. nr. 305 din 08 mai 2007.

⁷ P. Sargos, *Obligation de moyens et obligation de résultat du médecin*, Médecine et Droit, 1997, 24, p. 2; Y. Lambert-Faivre, *Fondement et régime de l'obligation de sécurité*, Recueil Dalloz Sirey, 1994, 11^e cahier, chron., p. 81.

⁸ Conseil d'Etat, *Raport public, Jurisprudence et avis de 1997, Réflexions sur le droit de la santé*, 1998, p. 241.

⁹ *Ibidem*.

Problema pe care urmează să o analizăm este stabilirea naturii obligației medicului, de mijloace sau de rezultat, în funcție de calificarea aleasă, consecințele fiind diferite atât pentru pacient, cât și pentru medic. Pentru a putea răspunde la această întrebare trebuie să stabilim mai întâi care este obligația model originar impusă medicului, pusă astăzi la îndoială în folosul unei eventuale obligații de rezultat, făcând astfel din excepție principiu, pentru a remarca apoi din analiza mai multor hotărâri recente ale Curții de Casație, că în jurisprudența franceză se afirmă existența unei obligații de securitate-rezultat, destinată să atenueze absența soluțiilor reparatorii în materia riscului terapeutic.

Capitolul I

Raportul juridic medic-pacient

Secțiunea 1

Prezentarea serviciilor medicale

1. Noțiunea de pacient și noțiunea de bolnav

Înainte oricărui demers teoretic se impune definirea termenilor binomului medic – pacient și a relației dintre aceștia indiferent dacă este denumită act medical, manoperă medicală, consultație medicală, asistență medicală, îngrijiri medicale, tratament medical, intervenție medicală, urgență medicală, serviciu medical sau serviciu de sănătate, așa cum sunt reglementate aceste noțiuni în dreptul român.

Prin „*pacient*” se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate¹. Termenul „pacient” a fost ulterior preluat și în alte acte normative. Rezultă că noțiunea de „pacient” este mai largă decât cea de „bolnav”, cuprinzând atât persoanele bolnave cât și persoanele sănătoase care apelează la un serviciu medical. Rațiunea acestei diferențieri este dată de scopul serviciilor de asistență medicală: de păstrare a stării de sănătate, de prevenire și tratare a bolilor și de îmbunătățire a calității vieții². Îmbunătățirea calității vieții presupune absența bolii – adică a calității de bolnav, serviciile fiind acordate de către medic-pacientului, care devine un client, un beneficiar al serviciilor sale.

Distincția bolnav – pacient a fost făcută și în jurisprudența franceză, cu ocazia pronunțării hotărârii Spitalul Joseph Imbert din Arles din 3 noiembrie 1997³. Este vorba despre un băiețel de 5 ani (Djamel Mehratz) care fiind obligat să respecte ritualul circumciziei, este internat la Spitalul Joseph Imbert din Arles, la sfatul medicului de familie. În cursul operației sub anestezie generală, intră în comă profundă urmare a unui stop cardiac. Supraviețuiește un an în comă înainte de a muri. Hotărârea Consiliului de Stat reia cu fidelitate motivarea din cauza Bianchi⁴, însă înlocuiește termenul de bolnav cu acela de pacient. Termenul bolnav (*male habitus* – care se găsește într-o stare rea) face referire la o persoană a cărei sănătate este alterată și intervențiile efectuate sunt în scop terapeutic. Circumcizia a avut însă un scop religios și nu unul terapeutic, prin urmare victima a fost pacient și nu bolnav. Este pacient acela care, chiar fără să fie bolnav, face obiectul unui examen medical sau a unui tratament de confort pentru a evita durerea sau pentru a dobândi o aparență mai agreabilă.

Prin urmare este pacient și cel care se adresează medicului estetician pentru corectarea unui presupus defect sau pentru realizarea unui implant (corecție nas, lipoaspirație, implant mamar etc.). Scopul urmărit de pacient nu este recuperarea sănătății ci ameliorarea unei situații preexistente apreciată ca nesatisfăcătoare de către pacient.

¹ Potrivit art. 1 lit. a) din Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului.

² Art. 2 alin. (3) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

³ CE, 3 noiembrie 1997, RD sanit soc, 34 iulie-septembrie, 1998, p. 519, note de C. Clement, P.A. Lecocq, Les Petites Affiches, 9 ianuarie 1998, nr. 4, p. 16.

⁴ CE 3 aprilie 1997, Les Petites Affiches, 19 mai 1993, nr. 60, p. 15, note Thiriez F.

2. Noțiunea de sănătate

În 1978, Organizația Mondială a Sănătății a declarat¹ că sănătatea este starea de bunăstare fizică, mentală și socială și nu în principal absența bolii sau a unei infirmități. Punctul de vedere modern este acela că, sănătatea are câteva dimensiuni - emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală, fiecare dintre acestea contribuind la condiția de bunăstare a unei persoane. Pentru menținerea unei sănătăți bune, o persoană trebuie să-și examineze fiecare din aceste dimensiuni și să beneficieze de o anumită calitate a vieții nu doar să trăiască o perioadă lungă de timp, fără nicio preocupare pentru calitate.

Starea de sănătate poate fi influențată de sistemul de îngrijiri medicale, de factori de mediu, de factori genetici și de factori comportamentali (stilul de viață).

Dreptul la sănătate va primi cu siguranță o reglementare proprie, dincolo de consacarea sa la nivel constituțional ca drept fundamental al cetățeanului. Codul civil în Cartea I Despre Persoane, Capitolul II denumit „Respectul ființei umane și al drepturilor ei inerente”, reglementează drepturile inerente ale ființei umane (dreptul la viață, dreptul la sănătate, dreptul la integritate fizică și psihică), așa-numitele drepturi ale personalității, care sunt consacrate în acte și documente internaționale (a se vedea, în special, Convenția de la Roma pentru apărarea drepturilor și libertăților fundamentale, precum și Convenția de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina), ca drepturi și libertăți civile fundamentale, prevăzându-se și mijloacele de reparație a încălcărilor aduse acestora, cu scopul de a se asigura cunoașterea facilă și de către toate persoanele fizice a acestora². Acest capitol va avea o secțiune denumită „Drepturile la viață, la sănătate și la integritate ale persoanei fizice” prin care aceste drepturi fundamentale sunt ocrotite și garantate prin lege³.

3. Garantarea dreptului la ocrotirea sănătății

Obligația statului este ca fiecărei persoane să i se asigure accesul echitabil la îngrijirea sănătății, în conformitate cu standardele profesionale de calitate și cu exigențele tehnicilor moderne de diagnostic și tratament. Potrivit art. 34 din Constituția României⁴ dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, statul fiind obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei vor fi reglementate prin lege.

¹ Declarația de la Alma Ata din 12 septembrie 1978, realizată cu prilejul primei conferințe internaționale asupra asistenței primare a stării de sănătate.

² Potrivit Codului Civil (Legea nr. 287/2009 publicată în M. Of. nr. 511 din 24 iulie 2009) art. 58 cu denumirea marginală „Drepturile personalității” are următorul cuprins:

(1) Orice persoană are dreptul la viață, la sănătate, la integritate fizică și psihică, la demnitate, la propria imagine, la respectarea vieții private precum și alte asemenea drepturi recunoscute de lege.

(2) Aceste drepturi nu sunt transmisibile.”

³ Potrivit Codului Civil art. 61 cu denumirea marginală „Garantarea drepturilor inerente ființei umane” are următorul cuprins:

(1) Viața, sănătatea și integritatea fizică și psihică a oricărei persoane sunt garantate și ocrotite în mod egal de lege.

(2) Interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei.”

⁴ Constituția României a fost aprobată prin referendumul național din 18-19 octombrie 2003 și a fost publicată în M. Of. nr. 767 din 31 octombrie 2003, fiind modificată și completată prin Legea de revizuire a Constituției României nr. 429/2003 publicată în M. Of. nr. 758 din 29 octombrie 2003.

Asistența de sănătate publică este garantată de stat, scopul acesteia fiind promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții [art. 2 alin. (9) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006]. Asistența de sănătate publică se realizează prin programe și strategii adresate determinantilor stării de sănătate¹ precum și prin organizarea instituțiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare.

Punerea în practică a dreptului la ocrotirea sănătății implică o dezvoltare a prevenției, accesul egal la îngrijiri al oricărei persoane potrivit stării sale de sănătate, continuitatea îngrijirilor și securitatea sanitară². De asemenea, implică respectarea drepturilor aplicabile domeniului: a dreptului de a accede la cele mai potrivite îngrijiri medicale – potrivit stării sale de sănătate, a dreptului la liberă alegere practicianului sau a instituției sanitare, a dreptului la respectarea demnității, a dreptului la respectarea vieții private, a dreptului de a obține informații medicale, a dreptului de a respecta secretul informațiilor medicale, a dreptului la asigurări sociale de sănătate.

► 4. Furnizorii de servicii medicale

Pacientul este beneficiarul serviciilor medicale, care sunt acordate de medic sau de către unitățile sanitare. Potrivit art. 210 lit. b) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, „furnizorii” sunt persoane fizice sau juridice autorizate oficial și recunoscute de către Ministerul Sănătății pentru a acorda servicii medicale sau pentru a furniza medicamente și dispozitive medicale. Rezultă că medicul este un furnizor de servicii medicale. De asemenea, unitățile sanitare cu personalitate juridică, cum sunt spitalele sunt furnizori de servicii medicale.

Articolul 642 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 definește „personalul medical” ca fiind medicul, medicul dentist, farmacistul, asistentul medical și moașa care acordă servicii medicale. Anterior a fost consacrat expres și termenul de „personal sanitar”³.

Furnizorii de servicii medicale pot fi persoane fizice (medicii) sau persoane juridice (cabinete medicale cu personalitate juridică, spitalele, alte unități cu personalitate juridică).

Cabinetul medical este unitatea cu sau fără personalitate juridică, furnizoare de servicii de asistență medicală umană preventivă, curativă, de recuperare și de urgență, în regim public sau privat. Serviciile de sănătate ale cabinetelor medicale se realizează de medici de medicină generală - medici de familie, medici stomatologi, medici specialiști și alte categorii de personal medical autorizat. Profesia de medic, ca profesie liberală, poate fi exercitată în cadrul cabinetului medical în una dintre următoarele forme⁴:

- a) cabinet medical individual;
- b) cabinete medicale grupate;
- c) cabinete medicale asociate;
- d) societate civilă medicală.

¹ Potrivit art. 4 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, sănătatea publică este starea de sănătate a populației în raport cu determinantii stării de sănătate: socio-economici, biologici, de mediu, stil de viață, asigurarea cu servicii de sănătate, calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate.

² A. Castelletta, *Responsabilité médicale. Droit de malades*, 3 e edition, ed. Dalloz, 2004, p. 105.

³ Potrivit art. 57 din Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătății populației, personalul sanitar era clasificat în *personal sanitar cu pregătire superioară* (medicii, farmaciștii - art. 58, dentiștii - art. 63, biologii, chimiștii - art. 70), *personal sanitar mediu* (surori medicale, laboranți, tehnicieni medicali și alte cadre cu pregătire medie - art. 74) și *personal sanitar auxiliar* (infirmiere, îngrijitori și alt asemenea personal - art. 76).

⁴ Art. 1 din Ordonanța Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale actualizată a fost publicată în M. Of. nr. 568 din 1 august 2002.

Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, cu personalitate juridică, care furnizează servicii medicale¹. Spitalul poate fi public, public cu secții private sau privat. Spitalele de urgență funcționează numai ca spitale publice. De asemenea, există spitale în subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie (exemplu: spitalele militare).

Alături de cabinetele medicale și de spitale mai acordă asistență medicală și centrele de diagnostic și tratament (fostele policlinici), centrele medicale, centrele de sănătate, laboratoarele. Atunci când acestea sunt integrate într-o unitate cu paturi (într-un spital) aceste unități nu au personalitate juridică. În cazul în care aceste unități sunt distincte, independente de spital, au întotdeauna personalitate juridică.

Asistența medicală de recuperare se acordă și prin laboratoare sau ambulatorii de recuperare sau prin societăți de turism balnear și de recuperare – toate aceste instituții având personalitate juridică.

Asistența medicală de urgență se acordă prin unități medicale specializate de urgență, prin unități de transport sanitar și prin structuri de primire a urgențelor.

Profesia de *medic* are ca principal scop asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnăvirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității². Acest scop este atins prin furnizarea de servicii medicale către pacienți.

Reglementarea legală a profesiei de medic, se circumscrie titlului XII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Poate exercita această profesie persoana fizică care este posesorul unui titlu oficial de calificare în medicină³.

Profesia de medic se exercită cu titlu profesional (potrivit calificărilor profesionale obținute) ca medic de medicină generală sau ca medic specialist în una din specialitățile clinice sau paraclinice prevăzute în Nomenclatorul specialităților medicale, medico-dentare și farmaceutice⁴.

Alături de medic acordă servicii medicale medicul dentist⁵ (stomatologul), farmacistul⁶, asistentul medical și moașa⁷, ambulanțierul⁸ sau personalul medical angajat (biolog, chimist, biochimist, fiziokinetoterapeut, psiholog, asistent social, personal auxiliar).

Potrivit Legii nr. 154 din 16 iulie 1998⁹ privind sistemul de stabilire a salariilor de bază în sectorul bugetar și a indemnizațiilor pentru persoane care ocupă funcții de demnitate

¹ Art. 165 din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

² Art. 374 alin. (1) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

³ Potrivit art. 371 alin. (3) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 prin titlu oficial de calificare în medicină se înțelege:

a) diploma de medic, eliberată de o instituție de învățământ superior medico-farmaceutic acreditată din România;

b) certificatul de medic specialist, eliberat de Ministerul Sănătății Publice;

c) diploma, certificatul sau un alt titlu în medicină, eliberate conform normelor Uniunii Europene de statele membre ale Uniunii Europene, statele aparținând Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană;

d) diploma, certificatul sau un alt titlu în medicină, dobândite într-un stat terț și recunoscute de unul dintre statele membre prevăzute la lit. c) ori echivalente în România.

⁴ Art. 380 alin. (1) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

⁵ Profesia este reglementată prin Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

⁶ Profesia este reglementată prin Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

⁷ Profesia este reglementată prin Ordonanța de Urgență nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România publicată în M. Of. nr. 785 din 24 noiembrie 2008.

⁸ Art. 86 lit. g) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății.

⁹ Publicată în M. Of. nr. 266 din 16 iulie 1998.

publică, personalul medical este clasificat în *personal de specialitate medico-sanitar*¹, *personal de specialitate din compartimentele paraclinice*² și *personal auxiliar sanitar*³.

Deși serviciul medical se prestează, de regulă, de către o singură persoană, sunt situații când acesta este acordat de mai multe persoane concomitent, respectiv de o echipă medicală. Termenul de „echipă medicală” este folosit de către legiuitor în Legea nr. 307 din 28 iunie 2004 privind exercitarea profesiei de asistent medical și a profesiei de moașă, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România⁴. În Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice se definește termenul de „echipă terapeutică” ca totalitatea profesioniștilor implicați în asigurarea sănătății unei persoane, în acordarea asistenței medicale și în îngrijirea unei persoane. Echipa terapeutică poate cuprinde atât personal medical cât și personal paramedical. Prin personal paramedical se înțelege un membru component al echipei terapeutice, altul decât medicul sau asistentul medical specializat⁵, fără pregătire medicală, instruit special la diferite niveluri și care utilizează echipamente specifice⁶.

Potrivit art. 11 din Codul de Deontologie Medicală⁷ - în activitatea medicală ce se desfășoară în echipă (secții de spital, proces de învățământ medical tip rezidențiat), răspunderea pentru actele medicale aparține șefului echipei, în limitele atribuțiilor administrative de coordonare, și medicului care efectuează direct actul medical, în limitele competenței sale profesionale și rolului care i-a fost atribuit de șeful echipei. În echipele interdisciplinare, șeful echipei se consideră a fi medicul din specialitatea în care s-a stabilit diagnosticul major de internare, dacă nu există reglementări speciale care să prevadă altfel.

Potrivit art. 4 alin. (1) din Legea privind organizarea și funcționarea activităților și practicilor de medicină complementară/alternativă nr. 118 din 2 mai 2007, activitățile și practicile de medicină complementară sau alternativă pot fi exercitate de următoarele categorii profesionale, în condițiile prevăzute de lege: de către medici, medici dentiști și farmaciști, de către psihologi și de către absolvenți ai altor instituții de învățământ superior. Rezultă că aceste servicii medicale pot fi acordate și de persoane care nu sunt medici ci au o altă formare profesională. Cu toate acestea potrivit art. 7 din aceeași lege, practicarea acupuncturii, a homeopatiei, a apiterapiei, a fitoterapiei, a chiropracticii și a osteopatiei, a medicinei tradiționale orientale este permisă numai medicilor, medicilor dentiști sau, după caz, farmaciștilor.

Activitățile medicale se pot desfășura la sediul cabinetului, la domiciliul pacienților, în centrele de permanență, în alte locații special amenajate și autorizate sau la locul solicitării,

¹ *Personal de specialitate medico-sanitar* - medic, farmacist, fiziokinetoterapeut, bioinginer medical, dentist, asistent medical, tehnician dentar, soră medicală, tehnician sanitar, optician, ofician medical, laborant, operator registrator, moașă, masor, gipsar, autopsier, registrator medical, statistician medical, instructor de cultură fizică medicală, asistent social, cosmetician medical.

² *Personal de specialitate din compartimentele paraclinice* - biolog, biochimist, chimist, fizician, psiholog, logoped, sociolog, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală, asistent social.

³ *Personal auxiliar sanitar* - infirmieră, agent DDD, brancardier, băieș, nămol, spălătoreasă, îngrijitoare, ambulanțier, șofer.

⁴ Potrivit art. 11 din Legea nr. 307 din 28 iunie 2004, activitatea asistenților medicali și a moașelor se desfășoară în cadrul echipei medicale sau independent pentru îngrijiri de sănătate.

⁵ Potrivit art. 5 lit. e) Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice publicată în M. Of. nr. 589 din 8 august 2002.

⁶ Art. 86 lit. f) din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății publicată în M. Of. nr. 372 din 28 aprilie 2006.

⁷ Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România adoptat de Adunarea Generală Națională a Colegiului Medicilor din România în 25.03.2005, publicat în M. Of. nr. 418 din 18 mai 2005, se regăsește pe pagina de internet a Colegiului Medicilor din România la adresa http://www.cmr.ro/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=79

în cazul intervențiilor de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale ori în caz de risc epidemiologic¹.

Medicul nu poate trata un pacient fără a-l examina medical în prealabil, personal. Numai în cazuri excepționale, de urgență sau în cazuri de forță majoră (îmbolnăviri pe nave maritime aflate în mers, pe avioane în zbor, locuri inaccesibile sau în timp util) se vor da indicații de tratament prin mijloace de telecomunicații².

► 5. **Prezentarea tipurilor de servicii de sănătate**

Serviciile medicale

În ce privește serviciile medicale prestate de medic și de celălalt personal medical există o multitudine de termeni folosiți cu același sens. Potrivit Legii nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului, se vorbește despre *servicii de sănătate* [art. 1 lit. a)] și cu exact același înțeles despre *îngrijiri de sănătate* [art. 1 lit. c)]. Serviciile sau îngrijirile de sănătate cuprind: *serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical* [art. 1 lit. c)].

În titlul III din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, serviciile medicale sunt clasificate în *servicii medicale profilactice* [art. 223 alin. (2) și (3) și art. 235], *servicii medicale curative inclusiv servicii de îngrijiri la domiciliu* (art. 227 și art. 234), și *servicii speciale (de transport sanitar și urgențele medicale)* – art. 235.

Serviciile medicale curative se acordă pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței pacientului.

Asistența medicală curativă se clasifică în:

- *asistență medicală primară* (acordată de către medicul de familie),
- *asistență medicală de specialitate* ambulatorie sau în spitale, la indicația medicului de familie, acordată de către medical specialist,
- *asistență medicală de recuperare*,
- *servicii și îngrijiri medicale la domiciliu și*
- *servicii medicale stomatologice*.

Asistența medicală primară presupune furnizarea îngrijirilor de sănătate cuprinzătoare, de prim-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia.

Legea nr. 95 din 28 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății diferențiază asistența medicală în *asistență profilactică* (art. 29) - care cuprinde activități care se adresează comunității sau individului în vederea protecției comunitare, cu scopul prevenirii îmbolnăvirilor, păstrării și promovării stării de sănătate a populației, *asistență medicală curativă* (art. 29) care se asigură prin cabinete medicale ambulatorii ale medicilor de familie și de alte specialități, centre de diagnostic și tratament, centre medicale, centre de sănătate, laboratoare, precum și prin alte unități sanitare publice și private, *activitatea de recuperare medicală* (art. 30), *asistență medicală de urgență* (art. 31), și *asistență medicală de hemotransfuziologie, transfuzie sanguină sau alte servicii și prestații autorizate* se asigură prin unități specializate în acest scop (art. 32).

¹ Art. 73 din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății publicată în M. Of. nr. 372 din 28 aprilie 2006.

² Potrivit art. 21 din Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România adoptat de Adunarea Generală Națională a Colegiului Medicilor din România în 25.03.2005, publicat în M. Of. nr. 418 din 18 mai 2005.