

9. Danzon P.M. The frequency and severity of medical malpractice claims: new evidence. În: Law and Contemporary Problems, Vol 49, 1986, pp. 57-84.
10. General Accounting Office. Medical malpractice: six states case studies. GAO publication No. HRD-87-21. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1986.
11. Giesen D. International medical malpractice law, Tubingen and Martinus Nijhoff Publishers, 1988, 861 p.
12. Hecser L. Medicină, Drept și Societate: Principii de responsabilitate. Răspunderea medicală în Franța. În: Curentul Juridic Nr. 1-2 (24-25), 2006
13. Hirsh B.D. Medical Liability. În: Journal of American Medical Association, Vol. 205, Nr. 3, 1968, pp. 207-208
14. Legiuirea Caragea. Editura Academiei, București, 1955, 45 p.
15. Mohr J.C. American medical malpractice litigation in historical perspective În: Journal of American Medical Association, 2000, Vol.283, No.13, pp.1731-1737.
16. Pereterskii I.S. Digestele lui Iustinian. Editura științifică, România, 1958.
17. Platon. Legile, traducere Elefterie Bezdechi, Ștefan Bezdechi, Editura Univers Enciclopedic, București, 2010, 398 p.
18. Professional Liability Survey. Chicago, III: American Medical Association, 1963; Republicat în Medical Malpractice: The Patient vs the Physician, Washington, DC: US Senate, Committee on Government Operations; 1969, pp. 980-987.
19. Robertson W.O. Medical malpractice: a preventive approach, University of Washington Press, USA, 1986.
20. Rosoff A.J. Informed consent: a guide for health care providers, Aspen Publications, Rockville, Maryland, 1981
21. Simion R.M. Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate?, Editura Humanitas, București, 2010.
22. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M., Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. În: British Medical Journal, Vol. 322, 2001, pp. 517-519.
23. Walston-Dunham B. Medical Malpractice, Law and Litigation, Ed. Thomson, USA, 2006
24. Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T., Newby L., Hamilton J.D. The quality in Australian health care study. În: Medical Journal of Australia, Vol. 163, 1995, pp. 458-471.

SISTEME DE MANAGEMENT AL MALPRAXISULUI MEDICAL

Andrei Mecineanu

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină
USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Medical malpractice management systems

This paper discusses two main medical malpractice systems - tort liability system and no-fault system. These systems are discussed from administrative issues, deterrence, financing, compensation, and the costs that occur in malpractice cases the quality of care and their impact on health care.

Rezumat

Această lucrare prezintă descrierea a principalelor două sisteme de management al malpraxisului medical – sistemul de răspundere civilă delictuală și sistemul “în lipsa greșelii”. Aceste sisteme sunt discutate prin prisma principiilor de administrare, prevenției, finanțării, compensării prejudiciului și impactul asupra costurilor în sistemul de sănătate.

În funcție de managementul cazurilor de malpraxis medical se pot identifica două sisteme: sistemul „în baza greșelii” și sistemul „în lipsa greșelii” [1;2;3;4]. În majoritatea țărilor, inclusiv Statele Unite, managementul malpraxisului medical se realizează conform sistemului „în baza greșelii” [3;12]. Sistemul „în lipsa greșelii” este implementat în majoritatea țărilor membre OCDE, în special în Suedia, Finlanda, Danemarca, Noua Zeelandă, Australia, etc. [2]. Sistemul „în baza greșelii” presupune că responsabilitatea medicală este bazată pe greșeală, iar aceasta înseamnă că trebuie să se facă probarea și măsurarea greșelii. Pentru ca un pacient, în cadrul sistemului „în lipsa greșelii”, să fie despăgubit în caz de malpraxis medical, nu există sarcina probării greșelii lucrătorului medical în instanță, dar se stabilește dacă o metodă diferită putea fi aplicată și aceasta nu ar fi condus la prejudiciul constatat asupra pacientului. Ambele sisteme de management a malpraxisului medical au ca scop compensarea pacienților prejudiciați și profilaxia asistenței medicale substandard, dar aplicând metode diferite pentru a spori eficacitatea și corectitudinea sistemului, în același timp controlând costurile directe și indirecte ale sistemului de malpraxis medical [2].

Sistemul „în baza greșelii” de management al malpraxisului medical

Sistemul „în baza greșelii” are la bază sistemul de răspundere civilă medicală reflectat de o legislație specifică - legea cu privire la malpraxis medical, prevederile legii ocrotirii sănătății cu privire la responsabilitatea lucrătorilor medicali, prevederi specifice ale Codului Civil cu privire la responsabilitatea medicală. Angajarea răspunderii medicale civile poate avea loc doar în cazul existenței anumitor condiții sau temeuri: conduita ilicită a lucrătorului medical sau farmaceutic, prejudiciul generat asupra pacientului, legătura causală dintre conduita ilicită și prejudiciu, vinovăția subiectului actului ilicit, inexistența cauzelor sau împrejurărilor care înlătură responsabilitatea juridică.

Conduita ilicită a lucrătorului medical sau farmaceutic (producerea greșelii în realizarea actului medical) reprezintă condiția obiectivă a răspunderii medicale civile în cadrul acestui sistem [12]. Următoră condiție este prejudiciul, care constă în efectul negativ suferit de pacient consecință a greșelii medicale și care poate cuprinde dauna nepatrimonială (morală, biologică, existențială) și patrimonială (paguba efectivă și beneficiul nerealizat). La generarea prejudiciului asupra pacientului pot concura mai multe cauze. Acesta poate fi rezultatul activității propriu-zise a lucrătorului medical sau rezultatul serviciilor de sănătate furnizate de personalul medical în echipă, precum și consecință a neglijenței în organizarea activităților în instituția sanitară. Prejudiciul poate avea ca și cauză greșeala de tactică și tehnică a lucrătorului medical în furnizarea serviciilor de sănătate, dar poate fi și consecință prestării serviciilor de sănătate cu respectarea standardelor terapeutice în specialitatea respectivă, însă fără consimțământul informat al pacientului sau cu depășirea limitelor acestui consimțământ. Totodată, trebuie luate în vedere toate persoanele (fizice și juridice) care au contribuit sau care ar fi putut contribui la generarea prejudiciului. Pentru angajarea răspunderii civile a prestatorului de servicii de sănătate nu este suficient să existe o faptă ilicită (greșeala medicală) și un prejudiciu produs pacientului, dar mai este necesar ca între conduita ilicită și prejudiciul produs să fie un raport de cauzalitate, conform căruia fapta ilicită a provocat apariția prejudiciului. Vinovăția titularului actului ilicit are ca element al laturii subiective culpa medicală (profesională). Doctrina evidențiază și condiția de culpă concurentă a pacientului la producerea unui rezultat prejudiciabil, constituită din: atitudinea pacientului prejudiciat, aspectele legate de starea de sănătate a pacientului anterioare bolii cunoscute, dar neelucidate conștient și intenționat, starea de sănătate precară care a influențat negativ actul medical. Acestea, chiar și în condițiile producerii unui prejudiciu, nu vor fi considerate ca fiind concurente la realizarea malpraxisului medical. Totodată, în cadrul sistemului de răspundere civilă este prevăzută condiția în care responsabilitatea poate interveni nu doar în prezența și a constatării unei anumite forme de vinovăție, dar și în absența acesteia – răspunderea obiectivă [5]. Aceasta se instituie în condițiile lipsei, în mod cert, a vinovăției unei persoane, și anume în cazul celor care produc și furnizează echipamente și produse defectuoase sau periculoase pentru sănătate.

În cadrul sistemului „în baza greșelii” producerea greșelii nu este automat subînțeleasă ca malpraxis medical, aceasta fiind o situație cercetată în instanța de judecată. Probarea greșelii medicale include expertiza actului medical prin raportarea la standardele terapeutice, ghidurile de bună practică, protocoalele clinice, etc., iar în lipsa acestora la standardele recunoscute și acceptate de comunitatea medicală. În acest sens cadrul normativ sanitar, în majoritatea țărilor, stabilește obligativitatea existenței unor standarde.

Când malpraxisul medical este dovedit în instanță, legea civilă permite pacientului să beneficieze de despăgubire, inclusiv financiară. Despăgubirile financiare sunt destinate compensării daunelor nepatrimoniale și patrimoniale ale pacienților și familiilor lor, precum și pentru prevenția furnizării serviciilor de sănătate necalitative care pot determina consecințe economice. Procesul de stabilire a responsabilității medicale pentru malpraxis medical, de la intentarea dosarului pînă la decizia instanței, poate dura luni și ani de zile. Totodată, acest sistem prevede tranzația părților, prin reglementarea cazului pînă la instanță, inclusiv stabilirea despăgubirilor.

O caracteristică importantă a acestui sistem este stabilirea unui termen de prescripție pentru actul de malpraxis medical, corelativ momentului depistării prejudiciului și evoluția temporală a consecințelor actului de malpraxis.

Costurile în acest sistem de management al malpraxisului sunt acoperite de prestatorul de servicii de sănătate în mod indirect sau direct. Modalitatea indirectă are loc prin achitarea primelor de asigurare, în cazul existenței asigurărilor de malpraxis medical. În consecință, costurile sunt suportate de către asiguratorii acestui. În țările în care nu sunt instituite sistemele de asigurare obligatorie sau facultativă pentru malpraxis medical, costurile sunt acoperite în mod direct de către prestatorul de servicii de sănătate, prin patrimoniul său. Poate exista și o modalitate mixtă (indirect-direct) de acoperire a costurilor de malpraxis, care se va materializa în condiția când valoarea despăgubirii depășește suma asigurată, prestatorul de servicii de sănătate fiind obligat să achite din sursele proprii diferența ce depășește suma asigurată. Partea din costuri ce vine pe seama cheltuielilor de judecată depind de decizia părților și nivelul la care se limitează acțiunea (înantarea reclamației, procesul de tranzație sau ședințele de judecată) [2].

Sistemul „în lipsa greșelii” de management al malpraxisului medical

Sistemul dat prezintă particularități în organizare și funcționare în țările unde este implementat, dar esența acestuia constă în înlăturarea erorilor sau a delictului din sistemul de compensații, de a obține o echitate considerabilă făcând procedura judiciară mult mai simplă pentru ca pacientul să aibă acces liber la sistem și să poată beneficia de despăgubire pentru prejudicierea sănătății survenite în procesul de prestare a serviciilor medicale [6].

Sistemul „în lipsa greșelii” este un sistem potrivit unui cadru sanitar guvernamental sau cvasi-guvernamental, în care Ministerul Sănătății controlează în majoritate politica sanitară [6].

Sistemul „în lipsa greșelii” are la bază un cadru dublu de obținere a compensațiilor de la prestatorii de servicii de sănătate: cadrul guvernamental reprezentat de fondul de asigurare a pacienților și autoritatea în domeniul responsabilității medicale și cadrul oferit de legislația despăgubirilor pacientului coexistentă cu dreptul civil [6;7].

Acest sistem este structurat în așa fel încât nu este necesar probarea erorii unui anume prestator de servicii de sănătate, dar se trece direct la compensații fără a fi relevant cine, de ce și cum a greșit. Prin urmare, se asigură o bifurcare a acestuia, astfel încât compensația pacientului este clar delimitată de măsurile disciplinare împotriva prestatorului de servicii de sănătate. Totuși, în cadrul acestui sistem se face o singură probă, și anume că o metodă sau procedură diferită putea fi aplicată și aceasta nu ar fi condus la prejudiciul constat. Buna practica medicală (testul Bolam) în specialitate este etalonul de comparare. Filozofia acestui sistem de management a malpraxisului medical, enunțată de Carl Oldertz, spune că: “Atunci cand o anumita procedura putea fi evitata, compensatia trebuie acordata. Eroarea sau greseala devin irelevante.”

Sistemul „în lipsa greșelii” funcționează într-un cadru extrajudiciar. O autoritate în domeniul responsabilității medicale, ce acționează separat de asociațiile medicilor, evaluează reclamațiile pacienților și ia o decizie. Procesul prevede realizarea unei anchete medicale de către un medic desemnat din specialitatea respectivă. În caz că pacientul nu este de acord cu despăgubirea stabilită el este în drept de a ataca decizia în instanță. Deși, apare ca evident faptul ca în multe din aceste cazuri se pot comite erori de examinare prin lipsa unei expertize juridice sau medico-legale specifice, și chiar mai mult a desemnării unui singur expert totuși doar puține dintre aceste cazuri ajung în instanțe pentru a se judeca sau contesta la acest nivel [6].

Conform sistemului dat, prejudiciul pasibil de compensare poate fi acel prejudiciu care survine în urma îngrijirilor medicale sau măsurilor de profilaxie și o acțiune fizică asupra organismului [2]. Decizia de a despăgubi sau nu pacientul se ia în baza principiului eligibilității pacientului. Stabilirea condiției de eligibilitate a pacientului la despăgubire se efectuează în baza criteriilor de prejudiciu din tratamente, stipulate în cadrul sistemului de asigurări a compensațiilor pacientului. Decizia de compensare în baza condiției de prejudiciu din tratamente este fundamentată de trei factori: 1) existența legăturii directe dintre prejudicierea sănătății și actul medical realizat în sistemul de sănătate de către prestatorul de servicii de sănătate, inclusiv medicii privați.; 2) îngrijirile nu au fost justificate din punct de vedere medical; 3) prejudicierea putea fi evitată dacă pacientul era tratat prin alte metode mai efective [2]. Cauzalitatea medicală este o condiție necesară, dar nu și o condiție suficientă pentru despăgubire. Ori, despăgubirile nu se stabilesc pentru prejudicierea inevitabile sau cele care au survenit în urma riscului asumat cu scopul de a evita pericolele asupra vieții și sănătății pacientului. În cadrul sistemului dat, în baza sistemului de asigurări pentru compensarea pacienților, sunt acordate compensații pentru cinci grupuri de prejudicii, și anume: prejudicii din tratamente, prejudicii cauzate de intervenții diagnostice, prejudicii cauzate de diagnosticare incorectă, prejudicii din accidente, prejudicii urmare a infecției [2]. Nu este prevăzută despăgubirea în caz de leziuni minore care necesită 30 zile de absență de la serviciu sau maxim 10 zile de spitalizare, leziuni ce nu puteau fi evitate sau accidentale, evenimente psihologice, infecțiile tractului digestiv sau respirator, prejudicii după tratamente care reprezintă standardul medical acceptat sau recomandat în acel caz.

Schema asigurărilor sociale de bază acoperă costurile medicale și pierderea salariului urmare a bolilor sau prejudiciilor indiferent de cauză. Compensarea pentru malpraxis medical se determină după excluderea compensațiilor concomitente de care pacientul beneficiază din celelalte surse. În cazul prejudiciilor patrimoniale compensarea se realizează conform prevederilor dreptului civil prin evaluarea prejudicierii personale a pacientului. Pierderile nepatrimoniale se stabilesc în dependență de vârsta pacientului și gravitatea prejudicierii. Valoarea despăgubirilor pentru suferințe și dureri este plafonată, iar limita periodic este revăzută.

În linii generale sistemul costurile în interiorul sistemului „în lipsa greșelii” sunt acoperite de către consiliile regionale și se administrează de către fondurile asigurărilor pentru compensarea pacienților [2]. Consiliile regionale acumulează fondurile prin sistemul de impozitare și le depun în aceste fonduri din calculul „*per capita*”. O altă parte din fonduri este alocată din costurile serviciilor medicale și primele achitate de medicii privați și dentiști. Primele de asigurare de răspundere profesională sunt joase și, în consecință, finanțarea despăgubirilor se efectuează în majoritate din impozitele colectate de consiliile locale.

Sumarizând caracteristicile definitorii ale sistemelor de management a malpraxisului medical se poate sublinia că sistemul „în baza greșelii” reprezintă un sistem de asigurare socială a comunității în relațiile de piață în care pacientul este despăgubit când se dovedește că greșeala prestatorului de servicii de sănătate a generat prejudicierea lui, iar sistemul „în lipsa greșelii” este un sistem de asigurare socială de bunăvoință în care pacientul este despăgubit fără necesitatea de a dovedi delictul prestatorului de servicii de sănătate [13].

Eficacitatea sistemelor de management a malpraxisului medical depinde de corespunderea dintre despăgubirea stabilită și prejudiciul cauzat.

Sistemul „în lipsa greșelii” este proiectat pentru a asigura despăgubirea pacientului și nu pentru a preîntâmpina prejudicierea. În caz de reclamații argumentate și achitării despăgubirii,

prestatorul de servicii de sănătate nu poartă răspundere civilă, nu înregistrează pierderi patrimoniale sau nepatrimoniale, nu-și lezează reputația profesională. Prestatorul de servicii de sănătate este obligat să prezinte informația cu referire la complicațiile survenite, pentru a asigura evaluarea mai exactă a valorii despăgubirii. Deci, în scopul majorării probabilității de a depista erorile medicale și cauzele survenirii lor, în scopul de a asigura compensarea prejudiciului în rezultatul acestor erori, sistemul „în lipsa greșelii” a exclus acuzațiile și pedepsele din procesul de despăgubire și cu mult a simplificat procedura de reclamare a despăgubirii.

Sistemul „în baza greșelii” nu este pur și simplu un sistem de compensare, dar este de asemenea, destinat să sporească responsabilitatea lucrătorilor medicali și instituțiilor sanitare și să descurajeze asistența substandard [8]. Aceasta se bazează pe condiția că probabilitatea de fi acționat în judecată ar trebui să determine o anumită prudență în practica medicală și luarea deciziilor menite să îmbunătățească furnizarea serviciilor de sănătate. Sistemul „în baza greșelii” înregistrează și o serie de efecte pozitive. Creșterea numărului de litigii și cauzele acestui fenomen au impulsionat evaluarea amplitudinii prejudiciului generat pacienților. În consecință, se poate argumenta că amenințarea litigiilor de malpraxis a promovat o mai bună comunicare medic-pacient și luarea deciziilor în urma unui proces colaborativ [3].

Sistemul „în lipsa greșelii” înregistrează și o serie de neajunsuri. Cel mai semnificativ din acestea este imposibilitatea de a manageriza costurile pentru despăgubirile de malpraxis [9]. Dacă în sistemul „în baza greșelii” există mai multe pârgii de influență pentru a diminua numărul de reclamații și valoarea despăgubirilor, atunci în sistemul „în lipsa greșelii” aceste pârgii nu există și cheltuielile nu sunt dirijate. Pentru un sistem financiar acest neajuns este critic, deoarece proiecțiile privind responsabilitatea medicală sunt intuitive, dar nu bazate pe modele științifice .

Sporirea cerințelor față de siguranța pacienților și studiul cauzelor erorilor au determinat ca sistemul „în baza greșelii” să fie anacronic și, totodată, un obstacol în calea progresului siguranței pacienților [10].

Necătând la anumite similitudini în plan istoric, sistemul contemporan al malpraxisului medical poate fi înțeles și abordat doar prin prisma unui produs al schimbărilor în sistemul de sănătate determinate de implementarea conceptului de siguranță a pacientului, care trebuie să reprezinte o punte de legătură între politicile în domeniul sănătății și răspunderea medicală [11].

Bibliografie

1. Astărăstoae V. et al. Răspunderea profesională medicală. În: *Medica*, Nr. 17, 2008, p. 12-15.
2. World Bank. *Medical malpractice systems around the globe: examples from the US-tort liability system and the Sweden-no fault system*. Washington DC, 2004.
3. Vincent C. Compensation as a duty of care: the case for „no fault”. În: *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 12, 2003, pp. 240–241
4. Curcă C. Malpraxisul în plasa reglementărilor. În: *Medica*, Nr. 3, 2005, p.12.
5. Walston-Dunham B. *Medical Malpractice. Law and Litigation*, Thomson, USA, 2006.
6. Curcă C. Reglementarea malpraxisului medical într-un cadru coerent este o necesitate în domeniul sanitar. În: *Revista Română de Bioetică*, Vol. 3, Nr. 4, 2005, p.9.
7. Hershberg Adelman S., Westerlund Li. The Swedish Patient Compensation System: A viable alternative to the U.S. tort system? În: *Bulletin of the American College of Surgeon*, Vol. 89, 2004, pp. 25-30.
8. Vincent C.A., Ennis M., Audley R.J. *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993, 208 p.
9. Farrell A.M., Devaney S., Dar A. No-fault compensation schemes for medical injury: A review. *Scottish Government Social Research*, 2010.
10. Studdert D.M., Brennan T.A. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. În: *Journal of American Medical Association*, Vol. 286, 2001, pp. 217-223.

11. Sage William N., Medical Liability and Patient Safety. În: Health Affairs, Vol. 22, No.4, 2003, pp. 26-36.
12. Department of Legislative Services. Negligence Systems: contributory negligence, comparative fault and joint and several liability. Annapolis, Maryland, 2004, 68 p.
13. Ețco C., Malanciuc Iu. Asigurările medicale. Tipografia Centrală. Chișinău, 2007, 450 p.

ASPECTE SPECIFICE ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dumitru Tintiuc, Corina Vicol, Elena Raevschi, Leonid Margine, Vlad Badan
Catedra Sănătate Publică și Management "Nicolae Testemițanu"

Summary

Specific issues of hospital assistance in republic of Moldova

This article presents the general aspects of reforms in domain of hospital assistance in Republic of Moldova. The optimization of the indexes of hospital assistance in Republic of Moldova is an actual problem with which the hospital services are confronted and which affects the access of the population to the hospital services. A transition phase necessary for the regulation of hospital care is improving the infrastructure of hospitals and hospital activity indices in terms of cost - effectiveness of services provided.

Rezumat

Acest articol prezintă aspectele specifice asistenței medicale spitalicești în Republica Moldova. Optimizarea indicilor de activitate spitalicească în Republica Moldova este o problemă actuală cu care se confruntă sistemul spitalicesc și care afectează accesul populației la serviciile spitalicești. O etapă de tranziție necesară pentru reglementarea asistenței medicale spitalicești este îmbunătățirea infrastructurii spitalelor și indicilor de activitate spitalicească prin prisma cost – eficienței serviciilor acordate.

Introducere

Asistența spitalicească este veriga principală în asigurarea serviciilor medicale de calitate pentru populația țării. Spitalul trebuie să ofere servicii adecvate, permanente și de calitate, lipsite de risc. Spitalul reprezintă cea mai complexă organizație multiprofesională care oferă diferite servicii.

Spitalul este instituția medico-sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, publică sau privată, care asigură servicii medicale specializate în condiții de staționar, servind ca centru de instruire a personalului medical;

spital public - este instituția medico-sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, care prestează servicii medicale specializate în condiții de staționar;

spital universitar – spital cu personalitate juridică, în care sînt organizate clinici universitare, ce prezintă baza clinică a instituțiilor de învățămînt medical superior și mediu și asigură acordarea de asistență medicală înalt specializată populației, realizează instruirea universitară, postuniversitară și continuă a personalului medical, asigură condiții pentru efectuarea investigațiilor științifice în domeniu;

institut – spital înalt specializate în care se desfășoară activitate de învățămînt și cercetare științifică medicală, de îndrumare și coordonare metodologică în domeniile lor de activitate, precum și de educație medicală continuă;

spital departamental – spital destinat pentru deservirea unui grup limitat al populației Republicii Moldova;