

ASPECTE PRIVIND RĂSPUNDEREA CIVILĂ A MEDICULUI ÎN CONTEXTUL COVID-19

Prof. dr. Călina JUGASTRU
Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu
Facultatea de Drept

Keywords: pandemic, Covid-19, medical staff, malpractice, civil liability, exoneration from liability

Aspects Related to the Doctor's Civil Liability in the Context of COVID-19 Pandemic

Summary

The Covid-19 pandemic occasioned the adoption of normative acts that complement the medical legislation and the common law. The reality inside the health units and the aspects of medical liability interfere, so that there is a need to delimit the legal framework for each working hypothesis. In relation to the particularities generated by Covid-19 (procedures, treatment, medical emergencies), the analysis concerns the obligations of medical staff, the issue of the current level of scientific knowledge and civil liability for malpractice. Situations of disclaimer are studied in the context of common law and legislation adopted during the pandemic.

I. Preliminarii. Răspunderea medicală – o răspundere a profesioniștilor

Pandemia Covid-19 a repus în dezbatere o serie de probleme pentru care doctrina și jurisprudența conturaseră răspunsuri sau oferiseră certitudini¹.

¹ Comunicatul oficial al Organizației Mondiale a Sănătății definește Covid-19 (*CoronaVirus Disease*) ca fiind o maladie respiratorie infecțioasă datorată noului coronavirus (a se vedea, E. Brosset, *Le droit de l'Union européenne des pandémies à l'épreuve de la crise de la Covid-19: entre confinement et déconfinement*, în *Revue trimestrielle de droit européen*, nr. 3/2020 p. 493). Doctrina recentă subliniază faptul că, epoca modernă și contemporană «a dezvoltat termenul de „distanțare socială” sub care au fost reunite măsuri mai vechi (carantina, izolarea bolnavilor, cordonul sanitar) cu măsuri mai noi (închiderea școlilor și a instituțiilor publice, interzicerea evenimentelor care implicau prezența unui număr mare de persoane, recomandarea sau impunerea

Elementele inedite, pe de altă parte, sunt responsabile de interogații, al căror răspuns se profilează, în ton cu actualitatea. Dubla valență a domeniului medical este imediat decelabilă, prin forța împrejurărilor. Pe de o parte, activitatea medicală constituie nucleul dezbaterilor circumscrise pandemiei. Pe de altă parte, activitatea cadrelor medicale este situată la confluența reglementărilor de naturi distincte. Dreptul civil revendică segmente multiple, dintre care menționăm, exemplificativ: drepturile personalității în perioada Covid-19 (dreptul la viață, dreptul la sănătate și la integritate, dreptul la viață privată etc.); răspunderea cadrelor medicale (aspectele privind repararea prejudiciului); contractele și forța majoră. Dreptul procesual civil a făcut dovada adaptării la soluționarea litigiilor prin intermediul mijloacelor specifice, la distanță. Dreptul muncii este larg solicitat în perioada actuală, întrucât raportul juridic de muncă suferă modificările impuse de starea de urgență și de starea de alertă, iar drepturile fundamentale² interferează intens cu contextul pandemic. În zona dreptului penal au fost „resuscitate” infracțiuni specifice perioadelor de epidemie și de pandemie (zădărnicierea combaterii bolilor). Exemplificarea ar putea să continue și – cel mai probabil, noi chestiuni problematice vor fi aduse post-pandemic³. O multitudine de consecințe se profilează (deja) asupra segmentului răspunderii în domeniul medical. Ceea ce ne propunem este abordarea regimului răspunderii civile a cadrelor medicale, din perspectiva unor particularități generate de Covid-19.

Alcătuirea sistemului dreptului român oferă un tablou care se consolidează în tendință ascendentă, din perspectiva profesionistului. De o parte, corpul de norme care întruchiează dreptul medical, a primit o configurație de sine-stătătoare, prin adoptarea Legii nr. 95/2006 cu privire la reforma în domeniul sănătății⁴. Acesta este cadrul în care se antrenează răspunderea personalului

telemuncii etc.)» - în acest sens, M. Floare, *Aspecte juridice privind sănătatea publică în contextul istoric al marilor epidemii*, în *Studia Universitatis Babeș-Bolyai*, Iurisprudentia, nr. 4/2020, p. 291, inclusiv lucrarea indicată la nota 10 de subsol.

² K. Bennoune, „*Lest we Should Sleep*”: COVID-19 and Human Rights, în *The American Journal of International Law*, nr. 4/2020, p. 666-676; W. Gilles, *Droits fondamentaux et urgence à l'ère du numérique et des gouvernements ouverts*, în *Revue Juridique de la Sorbonne*, nr. 2/2020, p. 149-160; S. Pretot, *La personne en période de pandémie: une nouvelle hiérarchie des valeurs? La crise sanitaire et le droit de l'urgence en droit des personnes et de la famille*, brève communication orale du 26 juin 2020, în *Revue Juridique de la Sorbonne*, nr. 2/2020, p. 171-177.

³ Pe tema restricțiilor impuse de statele UE a se vedea și Emanuel Tăvală, *Cultura juridică, libertatea persoanei și constrângerea în vreme de pandemie*, în *AULB*, nr. 1/2020, p. 48-60

⁴ Rolul de unificare a normelor juridice în materie medicală a fost atins. Legea nr. 95/2006 (republicată în M. Of. nr. 652/6.04.2017) a reunit, în formă actualizată, dispozițiile legale aflate în diferite acte normative. Practic, doar Codul deontologic și Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului au rămas separate, toate celelalte probleme regăsindu-se în prezent, în Legea nr. 95/2006 (organizarea sistemului de sănătate, medicul de familie, prelevarea și transplantul de organe, asigurările sociale de sănătate, exercitarea profesiei de medic, răspunderea civilă a personalului medical).

medical („personal medical” înseamnă medicul, medicul dentist, farmacistul, asistentul medical și moașa care acordă servicii medicale – art. 653 lin. 1 lit. a din Legea nr. 95/2006). Alături de legea-cadru și de Codul de deontologie medicală⁵, alte câteva acte normative, alocate unor segmente determinate întregesc *legislația medicală* (de pildă, Legea nr. 46/2003 cu privire la drepturile pacientului). De altă parte, *normele de drept comun vin să completeze reglementarea*. De exemplu, prejudiciile cauzate prin încălcarea dreptului la sănătate, a dreptului la integritate ori a dreptului la imagine (prejudicii consecutive malpraxisului medical) au reglementare în Codul civil. Relația este specie-gen (drept medical-drept civil)⁶, iar, în paralele, sunt aplicabile dispozițiile dreptului penal, dreptului muncii ș.a., după caz (de pildă, fapta ilicită care întrunește caracteristicile malpraxisului și elementele constitutive ale infracțiunii cade sub incidența legislației penale).

Dreptul medical⁷ se consolidează, iar contextul pandemic se pare că a contribuit la multiplicarea actelor normative integrate corpului „de specialitate” (legislației medicale). Avem în vedere actele normative ce reglementează protocoalele de tratament pentru tratamentul Covid-19 (de exemplu, Legea nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic; Ordinul ministrului sănătății nr. 2.054/2020 privind modificarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2) și Ordinul ministrului sănătății nr. 555/2020 privind aprobarea Planului de măsuri pentru pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19, a Listei spitalelor care asigură asistența medicală pacienților testați pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 în faza I și în faza a II-a și a Listei cu spitalele de suport pentru pacienții testați pozitiv sau suspecti cu virusul SARS-CoV-2.

Măsuri referitoare la domeniul sănătății se regăsesc și în acte normative cu caracter general, adresate contextului pandemic. Legea nr. 55 din 15 mai 2020 privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19 (art. 10-15) conține măsuri destinate ocrotirii sănătății publice⁸.

⁵ Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România a fost publicat în M. Of. nr. 981/7.12.2016.

⁶ Cu privire la aceste probleme, a se vedea F.I. Mangu, *Despre răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*, în Pandectele Române nr. 10/2008, p. 53.

⁷ Doctrina franceză subliniază că, răspunderea contractuală și răspunderea delictuală a medicului tind să devină aspecte ale dreptului medical, iar acesta, la rândul său, este văzut ca parte a dreptului sănătății [Ph. Le Tourneau (sous la direction de), *Droit de la responsabilité et des contrats – Régimes d'indemnisation 2021-2022*, Dalloz, Paris, 2020, p. 2617].

⁸ Legea nr. 136/2020 a fost publicată în M. Of. nr. 884/28.09.2020. Ordinul ministrului sănătății nr. 2.054/2020 a fost publicat în M. Of. nr. 1167/3.12.2020. Ordinul ministrului

II. Ipoteze de lucru în Covid-19

Realitatea pandemiei a fost sumbru descrisă în jurnalele vremii. Adevărul și panica, interogațiile și (uneori) lipsa soluțiilor, soluțiile întârziate, zăgăvesc tabloul Începutului. L-am traversat, cu toții, iar iureșul evenimentelor a dus profesioniștii sănătății pe frontul de lucru – presărat, uneori, cu vulnerabilități. Premisa discuției este o situație ce ar putea fi considerată „banală” pentru perioada Covid-19, întrucât unitățile sanitare s-au confruntat și, unele, se confruntă și la acest moment, cu insuficiența personalului medical de specialitate. Este vorba despre situația în care actul terapeutic este efectuat de un medic din altă specialitate decât specialitățile corespunzătoare acestei maladii respiratorii infecțioase. Este cunoscut faptul că, în România, consecințele pandemiei au depășit posibilitățile de care dispun unitățile medicale. De regulă, în temeiul detașării, medici din alte specialități au preluat pacienții, în aria triajului pacienților⁹, diagnosticării și tratamentului.

„Competențe” și „specialități medicale”

Conform art. 642 alin. 4 din Legea nr. 95/2006 „Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește limitele competenței, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are *competența necesară* (s.n.)”. Potrivit art. 643 alin. 2 lit. b din aceeași lege, medicul nu răspunde atunci când acționează cu bună-credință în situații de urgență, cu respectarea *competenței acordate*.

Ordinul ministrului sănătății nr. 482/2007¹⁰ detaliază aceste prevederi, în cadrul Normelor metodologice de aplicare a titlului XV „Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Astfel, „Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” (art. 1); personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește competențele, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are *competența necesară* – s.n. (art. 2 alin. 1).

Termenul care apare, repetitiv și la care se raportează atât cazurile în care răspunderea civilă se angajează, cât și exonerarea de răspundere, este

sănătății nr. 555/2020 a fost publicat în M. Of. nr. 290/7.04.2020 iar Legea nr. 55/2020 a fost publicată în M. Of. nr. 396 din 15.05. 2020.

⁹ Cu privire la posibilele aspecte de răspundere civilă în contextul trierii pacienților Covid-19, în vederea utilizării ventilatoarelor, a se vedea, G. Cohen, A.M. Crespo, D.B. White, *Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During COVID-19 Assessing the Risks and Identifying Needed Reforms*, în JAMA, nr. 19/2020, p. 190.

¹⁰ Ordinul ministrului sănătății nr. 482/2007 a fost publicat în M. Of. nr. 237/5.04.2007.

„competență”. Nu dispunem de o calificare legală a noțiunii „*competență*”, astfel că ne îndreptăm atenția spre explicațiile de dicționar și de doctrină. Vocabularul comun privește „competența” ca fiind capacitatea unei persoane „de a se pronunța asupra unui lucru, pe temeiul unei cunoașteri adânci a problemei în discuție” sau „capacitate a unei autorități, a unui funcționar etc. de a exercita anumite atribuții”. Dimpotrivă, „*a-și declina competența*” înseamnă „a se declara lipsit de autoritate (legală) sau fără pregătirea necesară pentru a judeca o chestiune sau pentru a se pronunța într-o problemă”¹¹.

Apropiat sensului uzual al termenului, textele Legii nr. 95/2006 fac trimitere la competențele profesionale circumscrise specialității medicale în care funcționează medicul. Cu alte cuvinte, fiecare medic va efectua acte terapeutice aferente specialității medicale pentru care deține certificare. În acest sens, Codul de deontologie medicală consacră principiul specializării profesionale: „Cu excepția unor cazuri de urgență vitală, *medicul acționează potrivit specialității, competențelor și practicii pe care le are* (s.n.)”. Cercetarea competențelor profesionale ale cadrului medical conduce, implicit, la identificarea specialității acestuia. Competența se referă la abilitarea conferită de lege, de a avea o anumită conduită, de a efectua anumite acte terapeutice. În accepțiune largă, sub cupola specialităților în medicină se includ, grupa specialităților clinice, grupa specialităților chirurgicale și grupa specialităților paraclinice. Dacă diviziunea are relevanță în organizarea sistemului medical, situația este diferită din perspectiva răspunderii medicale. A avea competența necesară efectuării actului terapeutic înseamnă a fi abilitat, conform legii, pentru specialitatea respectivă din domeniul medical; antrenarea răspunderii medicale nu face diferență între specialități.

„*Competența necesară*” (art. 642 alin. 4) este expresia strictei corelații între competență și specialitate. Accepțiunea textului vizează situația (posibilă în practică, frecventă în pandemia Covid-19) în care, nefiind disponibile cadrele medicale ce dețin competențele necesare – pentru o specialitate anume, este permis ca, în anumite cazuri, actele terapeutice să fie efectuate de medici care aparțin unor alte specialități. De exemplu, în absența persoanelor care au *competența necesară*, vor intra în aria cazului de urgență, medici care dețin alte competențe decât cea solicitată în raport de pacientul Covid-19¹².

Abordăm câteva situații care se regăsesc în practica medicală din România. *Prima situație* privește profesionistul care acordă îngrijiri pacienților Covid-19, acționând în cadrul specialității. El deține cunoștințele, abilitățile – știința necesară pentru a-și exercita drepturile și pentru a îndeplini întregul complex de obligații instituite de legislația medicală. Cu alte cuvinte, medicul se află în aria

¹¹ A se vedea, *Dicționarul explicativ al limbii române*, Ed. Univers Enciclopedic, București, 1998.

¹² „Persoana bolnavă” este persoana care suferă de o boală infectocontagioasă având semne și simptome sugestive specifice definiției de caz sau persoana purtătoare a unui agent înalt patogen chiar dacă nu prezintă semne și simptome sugestive la examenul medical clinic obiectiv, dar prezintă un risc epidemiologic și biologic” [art. 3 lit. i) din Legea nr. 136/2020].

competenței necesare pentru a derula actele terapeutice. *Cea de a doua situație* vizează medicul care depășește sfera specialității – fie în absența detașării, fie în baza competenței acordate (prin detașare).

În perioada pandemiei, detașarea se integrează măsurilor excepționale dispuse în interes public (apărarea sănătății publice) și se fundamentează pe starea de urgență sau de alertă. Actul detașării este realizat pentru a sprijini tratamentul pacienților Covid-19 și, dacă implică schimbarea felului muncii, trasează medicului obligația de a efectua acte medicale ce exced specialității pentru care deține certificările (de pildă, ortopedul care efectuează terapii ce, în mod firesc, se regăsesc în sfera infecționistului).

III. Profesionistul care acționează în cadrul specialității sale („competența necesară”)

1. Antrenarea răspunderii civile pentru malpraxis

Primul palier este cel al competenței conferite de certificarea pe care o deține medicul, pentru o anumită specialitate. În această ipoteză, medicul efectuează actul terapeutic din specialitatea sa și operează prezumția deținerii cunoștințelor, abilităților tehnice aferente. Răspunderea intervine întrucât, deși cazul medical se pliază pe specialitatea medicului, acesta acționează cu neglijență sau imprudență. Așadar, am fi în situația în care cadrul medical deține certificările pentru specialitate, operează prezumția că stăpânește întreg ansamblul de cunoștințe/abilități pentru efectuarea actului terapeutic și, totuși, el „greșește” – generează malpraxis. Să menționăm că, „gradul” de specializare este un criteriu de evaluare a comportamentului prudent și diligent¹³.

Suportul responsabilității este oferit de următoarele prevederi: „Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse din eroare, care includ și neglijența, imprudența sau cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament. Personalul medical răspunde civil și pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor prezentului titlu privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale (art. 642 alin. 2-3 din Legea 95/2006); „Personalul medical răspunde direct în situația în care s-a stabilit existența unui caz de malpraxis” (art. 5 alin. 1 din OMS nr. 482/2007).

Malpraxisul urmează regimul clasic al răspunderii medicale. Cadrul medical răspunde, în condițiile în care sunt întrunite cele patru condiții generale: fapta ilicită, prejudiciul, raportul de cauzalitate și vinovăția (răspundere subiectivă). După caz, va fi antrenată (și) răspunderea unității sanitare publice sau private (răspundere de tip comitent-prepus, care presupune proba condițiilor generale, mai puțin dovada vinovăției prepusului și a condițiilor speciale). Malpraxisul este *eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau*

¹³ P. Deslauriers, S.-E. Chebin, *Perspectives quebecoises sur la responsabilité medicale*, în *Revue du notariat* nr. 2/1999.

medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice (art. 642 alin. 1 lit. b). Eroarea medicală face parte din ceea ce literatura de specialitate numește „evenimente nefavorabile” pentru pacient. Astfel de evenimente sunt consecutive procedurilor, actelor de diagnostic, actelor de tratament, prevenție sau reabilitare. Evenimentul nefavorabil ar putea fi evitat, în măsura în care se poate estima că nu s-ar fi produs dacă îngrijirea ar fi fost în conformitate cu îngrijirea considerată ca satisfăcătoare la momentul apariției sale¹⁴. Îngrijirile medicale trebuie să fie conforme standardelor în materie. Consecutiv erorii profesionale, victima poate introduce acțiune civilă¹⁵ pentru repararea prejudiciului material și/sau moral¹⁶.

2. Obligațiile medicului versus Covid-19

Acordarea îngrijirilor medicale presupune un complex de acte medicale și de obligații asociate acestora. Răspunderea civilă poate să intervină pe oricare palier, de la diagnostic/triaj până la îngrijirile medicale propriu-zise (tratamentul maladiei Covid-19). Totodată, medicul răspunde pentru încălcarea dispozițiilor legale referitoare la confidențialitate (secretul profesional), la consimțământ și la caracterul obligatoriu al asistenței medicale.

Cadrul medical este obligat să ofere îngrijiri medicale începând cu momentul acceptării pacientului. Legea instituie **obligativitatea acordării asistenței medicale**, dacă sunt întrunite cumulativ cerințele expres statuate. Refuzul îngrijirilor este situația de excepție și este strict reglementată. Contextul pandemic solicită, cu deosebire, obligația de diagnostic și obligația de acordare a îngrijirilor medicale. Obligația de acordare a îngrijirilor medicale este expres

¹⁴ F. Latil, *Place de l'erreur médicale dans le système de soins*, în *Acta Endoscopica* nr. 4/2007, p. 510.

¹⁵ În doctrină se subliniază că, „acțiunea civilă trebuie considerată o instituție centrală în jurul căreia gravitează întreaga activitate procesuală a instanței de judecată și a părților” [a se vedea, I. Leș, D. Ghiță (coordonatori), *Tratat de drept procesual civil. Vol. I. Principii și instituții generale. Judecata în fața primei instanțe*, ed. a II-a, Ed. Universul Juridic, București, 2020, p. 150]. Cu privire la acțiunea civilă în repararea prejudiciului generat de malpraxis și cu privire la prejudiciu, ca și condiție esențială pentru angajarea răspunderii civile, a se vedea, L.R. Boilă, *Malpraxis. Propuneri legislative privind despăgubirea victimelor accidentelor medicale*, în *Revista Română de Drept Privat* nr. 5/2012, p. 38-41; ÎCCJ, secția I civilă, decizia nr. 975/202.03.2018, în *Săptămâna Juridică*, nr. 41/2018, p. 8-9; *idem*, secția I civilă, decizi nr. 578/19.02.2014, în *Săptămâna Juridică* nr. 23/2014, p. 8. Procedura de stabilire a cazurilor de răspundere civilă profesională trebuie diferențiată de procedura de stabilire a răspunderii disciplinare a medicului, conform Legii nr. 95/2006. (în acest sens, I. Vida-Simiti, *Procedura de stabilire a cazurilor de răspundere civilă profesională a medicului reglementată de Legea nr. 95/2006*, în *Studia Universitatis Babeș-Bolyai, Iurisprudentia*, nr. 1/2010, p. 100).

¹⁶ Cu privire la principiile și mijloacele de reparare a daunelor morale, a se vedea, L. Pop, *Tratat de drept civil. Obligațiile, Volumul III, Raporturile obligaționale extracontractuale*, Ed. Universul Juridic, București, 2020, p. 502-506.

reglementată: „Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa au obligația de a acorda asistența medicală/îngrijiri de sănătate unei persoane doar dacă au acceptat-o în prealabil ca pacient, criteriile de acceptare urmând a fi stabilite prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi” (art. 652 alin. 1 din Legea nr. 95/2006).

Obligativitatea acordării asistenței medicale se grefează fie pe consimțământ (consimțământul medicului, consimțământul pacientului), fie pe urgența medicală (starea de necesitate). Momentul acceptării pacientului este punctul de plecare al responsabilității cadrului medical. **Criteriile** acceptării unei persoane ca pacient vizează câteva elemente. Întâi, actul medical la care urmează să fie supusă persoana în cauză face parte din specialitatea sau competența medicului. Apoi, se cere solicitarea în formă scrisă a persoanei în cauză (mai puțin atunci când cel în cauză este lipsit de discernământ sau în urgențe medico-chirurgicale) și aprecierea medicului că, prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia i se acordă asistență medicală (aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis).

În raport cu obligația de îngrijiri (și cu obligativitatea acordării asistenței medicale) se impun două **mențiuni**. Odată ce medicul a acceptat pacientul, *întreruperea acordării îngrijirilor nu mai este posibilă, ca regulă*. Excepțiile sunt strict prevăzute și circumscrise unor situații-limită, care fac imposibilă „conviețuirea” celor doi parteneri ai relației medic-pacient – dar care nu periclitează viața ori sănătatea pacientului. Medicul poate întrerupe îngrijirile: odată cu vindecarea bolii sau atunci când pacientul este trimis altui medic, furnizând toate datele medicale obținute, care justifică asistența altui medic cu competențe sporite ori dacă pacientul manifestă o atitudine ostilă și/sau ireverențioasă față de medic. În situația din urmă, pacientul va fi notificat de către medic, cu minimum 5 zile înainte, pentru a-i oferi pacientului posibilitatea de a recurge la o alternativă (renunțarea nu este posibilă dacă ar pune în pericol starea sănătății pacientului¹⁷) – art. 653 din Lege, art. 11 din OMS nr. 482/2007). Apoi, *posibilitatea de a refuza îngrijirile* este atent reglementată, în raport cu discriminarea și cu urgența medicală. Asistența medicală nu poate fi refuzată pe criterii etnice, religioase și orientare sexuală sau alte asemenea criterii, care intră în sfera discriminării¹⁸.

¹⁷ În notificare medicul trebuie să motiveze temeiul refuzului, astfel încât acesta să nu fie unul arbitrar. Notificarea se întocmește în dublu exemplar, unul fiind transmis pacientului cu minimum 5 zile înaintea terminării relației, iar celălalt exemplar urmând să rămână la medic. În notificare se va preciza că terminarea relației în momentul notificării nu pune în pericol viața pacientului (art. 11 alin. 3 din Ordin).

¹⁸ Practica relevă situații în care refuzul de a primi îngrijiri medicale provine de la pacient. Refuzul pentru transfuzia de sânge pe baza apartenenței la cultul Martorii lui Iehova este susceptibilă de a ridica probleme etice pentru medicul care constată că actul transfuzional condiționează supraviețuirea. Pentru explicații pe baza unor spețe, a se vedea, M.C. Dobrilă, *Medicina fără transfuzii de sânge pentru membrii organizației religioase Martorii lui Iehova. Limite și limitări. Discuții privind cazurile de malpraxis*

Apoi, nu poate fi refuzată asistența medicală atunci când pacientul este în situație de urgență, în sensul că, lipsa asistenței medicale ar crea o stare de pericol, grav și ireversibil, pentru sănătatea sau viața acestuia.

Obligația de acordare a îngrijirilor medicale

Îngrijirile medicale acordate pacienților Covid-19 vin pe fondul unei pandemii de „pionierat”, având în vedere noutatea absolută a cauzei generatoare a bolii. Agentul patogen (virusul SARS-CoV-2) este pentru prima dată în atenția specialiștilor – ceea ce se repercutează asupra nivelului actual al cunoștințelor științifice (simptome, evoluție, scheme de tratament). Certitudinile sunt (aproape) imposibile, la acest moment, în individualizarea tratamentului și previzibilității evoluției bolii, în raport cu fiecare pacient. Textul care enunță definiția erorii profesionale este următorul: „Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse din eroare, care includ și *neglijența, imprudența sau cunoștințe medicale insuficiente* (s.n.) în exercitarea profesiei, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament” (art. 642 alin. 2 din Legea nr. 95/2006)¹⁹.

Care este semnificația sintagmei „cunoștințe medicale insuficiente”, în materie de Covid-19? Care sunt reperele aprecierii nivelului cunoștințelor – acesta fiind punctul de plecare în diagnostic și tratament. De principiu, acordarea îngrijirilor medicale trebuie să rezoneze cu standardele științifice recunoscute în specialitatea respectivă și, bineînțeles, să fie conformă nivelului cunoștințelor științifice, la momentul acordării îngrijirilor. Pe de o parte, dispozițiile legale impun *obligația aplicării standardelor terapeutice*, așa cum sunt acestea stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național. În absența materialelor de tip „ghid de practică”, se vor aplica standardele recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective (art. 655 alin. 1 din Legea nr. 95/2006).

Tratamentul Covid-19 este reglementat, în țara noastră, prin acte normative (ordine ale ministrului sănătății, care conțin anexe pentru proceduri și tratamente). Până la acest moment, ordinele de ministru s-au succedat, iar ceea ce diferă este anexa cu proceduri și tratamentul Covid-19. Nu vom intra pe terenul terapiei medicale, întrucât acesta este un domeniu rezervat prin excelență specialiștilor-cadre medicale. Vom avea în vedere doar dinamica tratamentelor și procedurilor – pentru a exemplifica evoluția rapidă a nivelului cunoștințelor de specialitate și, implicit, a conținutului obligației de acordare a îngrijirilor medicale, de la o perioadă de timp la alta. Practic, în decursul unui an de zile au intervenit trei modificări ale schemelor de tratament, așa încât, ipotezele de malpraxis se impun a fi raportate la protocolul în vigoare la data respectivă.

medical, în Analele Științifice ale Universității „Al.I. Cuza” Iași, Științe Juridice, nr. II/2016, p. 317-344.

¹⁹ A se vedea A.-R. Bulcu, *Răspunderea pentru malpraxis în contextul noului Cod civil*, în Revista Universul Juridic nr. 7/2016, p. 34.

Având în vedere împrejurarea că, medici fără specializare, au fost uneori în situația de a acorda îngrijiri bolnavilor Covid-19, am putea distinge două ipoteze, deopotrivă întâlnite în practică. Prima situație este cea în care medicul specialist în tratarea Covid-19 acordă îngrijiri, iar răspunderea civilă se grefează pe cunoștințele sale insuficiente. În acest caz, deși medicul acționează în cadrul specialității, face dovada pregătirii profesionale defectuoase. Ceea ce se poate imputa, este faptul că medicul nu și-a actualizat nivelul cunoștințelor medicale – imperativ clar al contextului pandemic (de pildă, cadrul medical nu este la curent cu faptul că protocolul de tratament aplicabil în unitatea sanitară al cărei angajat este a fost revizuit și anumite antibiotice sunt interzise). A doua situație vizează medicul care acționează în afara competențelor specialității sale și acordă îngrijiri pacienților Covid-19. În mod firesc, cunoștințele pe care este obligat să le dețină sunt cele din specialitatea sa. Altfel, conduita medicului va intra sub incidența prevederilor referitoare la depășirea competențelor. În această secțiune nu tratăm problema responsabilității, ci conținutul obligației de a acorda îngrijiri medicale în Covid-19.

Comisia de Boli Infecțioase a Ministerului Sănătății a elaborat protocolul de tratament a infecției cu virusul SARS-CoV-2, utilizând evidențele medicale internaționale. Prin urmare, standardele terapeutice au fost aprobate inițial prin **OMS nr. 487/14.03.2020**²⁰ și au respectat nivelul cunoștințelor medicale la nivelul lunii martie 2020 (imediat după declararea pandemiei). Ordinul menționează că „Direcțiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, unitățile sanitare publice și private, precum și personalul medical implicat în furnizarea de servicii medicale din specialitățile implicate vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin” (art. 2).

Studiile efectuate la nivel mondial, cercetările de laborator, statisticile fundamentate pe informațiile furnizate de unitățile sanitare au condus la efectuarea unor modificări, în ceea ce privește îngrijirile medicale necesare. Un nou protocol de tratament a fost elaborat și publicat în luna decembrie 2020 – astfel că, standardele terapeutice se raportează, actualmente, la noile prevederi legale (**OMS nr. 2.054/3.12.2020**). Redăm câteva aspecte din *protocolul de tratament revizuit*, edificatoare pentru înțelegerea dinamicii extrem de rapide a nivelului cunoștințelor medicale în materie de Covid-19. Așa cum se arată în preambulul actului normativ publicat în decembrie 2020, **factorii** care au condus la modificarea tratamentului sunt creșterea numărului de cazuri de COVID-19 pe teritoriul României, inclusiv a formelor severe de îmbolnăvire și acumularea de noi date clinice. Principalul element de noutate privește **modificarea**

²⁰ OMS nr. 2.054/2020 privind modificarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 a fost publicat în M. Of. nr. 1167 din 3.12.2020. La elaborarea noului protocol de tratament a fost utilizat sprijinul direct al Comisiei științifice COVID-19 a Ministerului Sănătății din România. Protocolul abordează cazul general al pacienților cu COVID-19, fără a detalia situații particulare. În elaborarea acestui protocol au fost analizate prevederile documentelor emise de OMS și ECDC, ale unor ghiduri terapeutice (1-6) și alte materiale publicate de la realizarea versiunii anterioare.

tratamentului, în sensul eliminării unor antibiotice (care anterior au fost recomandate și s-au administrat în perioada martie-decembrie 2020) și recomandarea utilizării anumitor medicamente doar pentru anumite forme ale infecției. Astfel, se menționează că, până în prezent există date contradictorii privind eficiența clinică a hidroxiclorochinei. În România, „hidroxiclorochina a fost folosită pe scară largă în scop terapeutic și uneori pentru prevenirea apariției de forme severe de COVID-19; datele negative și efectele adverse înregistrate au limitat prescrierea sa. Având în vedere existența de date contradictorii, acest medicament rămâne o alternativă doar pentru formele ușoare și medii și doar în absența unor antivirale mai eficiente, de preferat în cadrul unor studii clinice dedicate acestor categorii de pacienți”. Apoi, utilizarea de azitromicină (și alte antibiotice) și de corticoizi la domiciliu în COVID-19 reprezintă de cele mai multe ori un abuz cu consecințe asupra pacientului și asupra rezistenței bacteriene la nivel macrosocial. Administrarea azitromicinei poate fi considerată inutilă și chiar riscantă, atât în asociere cu hidroxiclorochina, cât și în monoterapie. Remdesivirul se recomandă doar în formele cu severitate medie sau mare (forme severe/critice), pe criterii de disponibilitate, eficiență și riscuri. În premieră, protocolul revizuit include recomandări pentru îngrijirea la domiciliu a persoanelor infectate cu SARS-CoV-2.

Al treilea protocol de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2 (**OMS nr. 533/23.04.2021**) a fost elaborat pe baza acumulării de noi date clinice, pe baza monitorizării și tratării în ambulatoriu a unui număr tot mai mare de pacienți, cu luarea în considerare a rezultatelor cercetării la nivel mondial (documentele emise de Organizația Mondială a Sănătății, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, ghiduri terapeutice și alte materiale publicate de la realizarea versiunii anterioare a protocolului). Se menționează că, monitorizarea pacientului este extrem de importantă, pentru a surprinde o evoluție a bolii din faza inițială de multiplicare virală spre faza inflamatorie, ceea ce impune modificarea atitudinii terapeutice. O serie de precizări privesc faptul că antibioticele nu se utilizează în tratamentul Covid-19 – acestea ar trebui prescrise doar dacă infecția bacteriană este concomitentă infecției Covid-19. Sunt inventariate medicamentele utilizabile, cu precizări foarte detaliate, atât pentru medicamentele care nu sunt recomandate (de exemplu, cele care au eficiență redusă ori efecte adverse semnificative), cât și pentru cele care au avut rezultate (de pildă, un grad de mortalitate redus pentru lotul pacienților care au primit medicamentul, prin comparație cu bolnavii cărora nu li s-a administrat; reducerea simptomatologiei și a modificărilor radiologice). Noul protocol include informații privind managementul coagulopatiei, tratamentul cazurilor spitalizate, dar și o serie de recomandări circumscrise intervențiilor terapeutice controversate.

Nivelul actual al cunoștințelor medicale implică, pe de o parte, verificarea datelor obiective ale științei medicale și, pe de altă parte, demersul medicului de a se perfecționa constant, în domeniul pe care îl profesază (prin formare continuă²¹). Apreciem că, în raport cu noua maladie, se ridică problema

²¹ A.D. Tănase, *Aspecte de ordin juridic privind obligațiile medicului în relația cu pacientul*, în *Analele Universității de Vest din Timișoara, Seria Drept*, nr. 1/2019, p. 90.