

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

**DEFICIENȚELE ASISTENȚEI MEDICALE
CU PROFIL CHIRURGICAL
SUB ASPECT MEDICO-LEGAL**

CHIȘINĂU

2014

0

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Andrei PĂDURE

**DEFICIENȚELE ASISTENȚEI MEDICALE
CU PROFIL CHIRURGICAL
SUB ASPECT MEDICO-LEGAL**

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2014

CZU 617-08+614.253.83(075)

P 12

Aprobată și recomandată pentru publicare de către
Consiliul Metodic Central al IP USMF *Nicolae Testemițanu*;
proces-verbal nr. 5 din 16.05.2013

Autor:

Andrei Pădure – doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar

Recenzenți:

Gheorghe Baciu – profesor universitar, doctor habilitat în medicină

Rodica Gramma – conferențiar universitar, doctor în filosofie, master în
Legislație și Management Sanitar

Lucrarea conține rezultatele unui studiu științific complex al calității asistenței medicale acordate de specialiștii profilului chirurgical, bazat pe analiza literaturii de specialitate și cercetările științifice ale autorului, realizate în cadrul tezei de doctor habilitat în medicină. În lucrare este descrisă situația actuală privind tragerea la răspundere juridică a personalului medical, cauzele și condițiile apariției deficiențelor în activitatea profesională a medicilor cu profil chirurgical, drepturile pacientului, în special la obținerea consimțământului informat și răspunderea juridică a personalului medical pentru faptele reglementate de dreptul penal.

Lucrarea este concepută ca suport informațional pentru cursul de Drept medical și poate fi utilă studenților facultăților de Medicină și Drept, medicilor-rezidenți, legiști și clinicieni, juriștilor.

Redactor: *Stela Russu*

Machetare computerizată: *Iulia Don*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Pădure, Andrei.

Deficiențele asistenței medicale cu profil chirurgical sub aspect medico-legal / Andrei Pădure; Inst. Publ., Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2014. – 235 p.

Bibliogr.: p. 221 (179 tit.). – 150 ex.

ISBN 978-9975-118-43-9.

617-08+614.253.83(075)

P 12

ISBN 978-9975-118-43-9

© CEP *Medicina*, 2014

© Andrei Pădure, 2014

ABREVIERI

abs.	– absolut
art.	– articol
Aviasan	– aviația sanitară
CEMV	– Comisia de Expertiză Medicală a Vitalității
CMF	– Centrul Medicilor de Familie
CML	– Centrul de Medicină Legală
CNȘPMU	– Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență
CP	– Codul penal
D	– dreaptă
F	– formular
gr.	– grad
ICȘOSMșiC	– Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
IMSP	– instituție medico-sanitară publică
î.Hr.	– înainte de Hristos
IO	– Institutul Oncologic
MS	– Ministerul Sănătății
N	– normă
OD	– ochiul drept
ORL	– otorinolaringologie
OS	– ochiul stâng
ROT	– reflexe osteo-tendinoase
S	– stânga
TA	– tensiunea arterială
TCC/D	– traumă craniocerebrală/deschisă
USG	– ultrasonografie

*Pentru a evita greșelile,
trebuie să le cunoști!*

CUVÂNT-ÎNAINTE

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

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

În societatea contemporană, inclusiv în republica noastră, activitatea medicului este reglementată de acte normative, ce stabilesc atât reguli de conduită în anumite situații, cât și sancțiuni pentru nerespectarea acestora. În special, trebuie puse în evidență legile ce stabilesc drepturile pacientului, precum cel la autodeterminare (autonomie), și asigură respectarea principiilor fundamentale, care stau la baza relației actuale medic-pacient. Respectarea drepturilor pacientului devine un imperativ al timpului, deoarece acestea reprezintă Drepturile Omului în sistemul de sănătate. Însă, respectarea drepturilor pacientului poate fi asigurată doar prin cunoașterea lor și schimbarea abordării relației dintre personalul medical și pacient, adică trecerea acesteia la o treaptă evolutivă nouă cum este etica dialogului sau modelul antipaternalist de acordare a asistenței medicale.

Toate aceste reflecții au servit drept bază pentru inițierea cercetărilor științifice, în cadrul catedrei Medicină legală a IP USMF „Nicolae Testemițanu”, în vederea elucidării calității asistenței medicale. Scopul acestor cercetări a fost ameliorarea calității asistenței medicale cu profil chirurgical prin evaluarea clinică, medico-legală și interpretarea juridică a deficiențelor profesionale, sistematizarea cauzelor determinante și elaborarea măsurilor de prevenire a acestora. Deoarece studierea calității asistenței medicale este o activitate nobilă, menită să elucideze principalele cauze generatoare de complicații, deficiențe și iatrogenii, cunoașterea acestor cauze și condiții poate contribui la elaborarea unor măsuri concrete destinate prevenirii mal-praxis-ului medical. Necesitatea cunoașterii cauzelor eșecurilor și deficiențelor este dictată de dezvoltarea continuă a științei medicale, apariția metodelor și principiilor noi de acordare a asistenței medicale, fapt ce modifică structura neajunsurilor, riscurilor și consecințelor activității medicale. De pe aceste poziții, considerăm că studierea calității serviciilor de sănătate va fi întotdeauna actuală pentru știința și practica medicală.

Drept loturi de studiu la realizarea acestei cercetări științifice au servit rapoartele oficiale anuale de activitate a secției expertize medico-legale în comisie a Centrului de Medicină Legală din perioada anilor 1962–2008; rapoartele de expertiză/examinare medico-legală în comisie privind calitatea asistenței medicale acordate de specialiștii profilului chirurgical (226), elaborate în anii 1998–2008, documentele medicale și cele din cauzele penale/civile prezentate pentru expertiză; fișele medicale ale bolnavilor de staționar (formularul 003/e) (439), elaborate în cadrul IMSP spitale republicane, municipale Chișinău și Bălți, raionale din anii 2003–2008; chestionarele (351) completate de medicii cu profil chirurgical. În procesul realizării studiului științific au fost respectate principiile cercetării statistice și socio-logice.

Nu pretindem că prezentul studiu cuprinde toate aspectele calității asistenței medicale, dar nici nu am urmărit acest obiectiv. Din contra, suntem de părerea că acest studiu ar putea fi considerat drept bază și punct de pornire pentru alte studii orientate spre elucidarea altor aspecte ale problemei și ameliorarea calității serviciilor în sistemul sănătății publice. Din aceste considerente, vom fi recunoscători pentru toate sugestiile și propunerile argumentate, în scopul îmbunătățirii studiului și prezentei lucrări.

Autorul

Capitolul 1

ABORDAREA ACTUALĂ A PROBLEMEI CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE

1.1. Calitatea asistenței medicale și amploarea deficiențelor din activitatea profesională

Viața și sănătatea omului sunt valorile sociale și juridice supreme, ocrotite de stat prin intermediul legislației [17]. Mai mult, grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și componenta indispensabilă a dezvoltării și prosperării sociale [45], aflându-se pe primul loc în asigurarea reală a dezvoltării umane în țară [63]. Prin urmare, într-o societate democratică, persoana umană devine scopul suprem [44].

O contribuție directă în ocrotirea acestor valori are asistența medicală oportună și calitativă. În acest sens, art. 36 din Constituția Republicii Moldova [17] garantează fiecărui cetățean dreptul la ocrotirea sănătății, iar art. 20 (1) al Legii ocrotirii sănătății [31] oferă cetățenilor posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă, aceasta din urmă fiind impusă dintotdeauna în calitate de deziderat. Totodată, Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova [45] și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate [53] consideră că accesul populației la servicii de sănătate de calitate este una dintre condițiile indispensabile ale sănătății și o prioritate pentru sistemul sănătății. De fapt, un obiectiv principal al sistemului sănătății este ameliorarea calității în general și a prestațiilor specifice în special [172].

Studierea calității asistenței medicale, a principiilor de evaluare clinică, medico-legală și juridică a acesteia, a cauzelor apariției eșecurilor în activitatea medicală, responsabilitatea personalului medical pentru neajunsurile din activitatea profesională sunt, la momentul dat, unele dintre cele mai actuale și insuficient cercetate probleme medicale, medico-legale și socio-juridice [75, 87, 91, 108 ș.a.]. Evaluarea calității asistenței

medicale este o procedură managerială de estimare a acceptabilității ei sociale, rezultatul căreia are un efect stimulator asupra „actorilor” implicați în acordarea ajutorului medical [125]. Tocmai din raționamentele indicate, studierea problemelor legate de acordarea asistenței medicale apare în știința medico-legală drept o nouă direcție de cercetare, menită să elucideze toate aspectele și eșecurile actului medical [75].

Paralel cu evoluarea științei și practicii medicale, se dezvoltă și analiza deficiențelor medicale profesionale. Acest paralelism este dictat de imposibilitatea preîntâmpinării depline a neajunsurilor din activitatea medicală și necesitatea cunoașterii acestora, de modificarea permanentă a conținutului deficiențelor, determinată de apariția noilor metode de investigare și tratare a pacienților, de perfecționarea continuă a cadrului legislativ ș.a.

Calitatea asistenței medicale și prevenirea greșelilor din activitatea profesională de mult îi preocupă pe savanții medici legiști, medici și juriști, dar studierea lor aprofundată a început în a doua jumătate a sec. XX. Demonstrativ este faptul că în țările occidentale, la acel moment, anume medicii legiști au „bătut alarma” în ce privește gravitatea problemei pentru comunitatea medicală și societate și au început studierea activă a aspectelor medicale și de drept ale asistenței defectuoase [91]. În acea perioadă au prins a apărea și primele lucrări fundamentale bazate pe cercetări științifice [94, 141, 142 ș.a.], cât și monografiile [52, 80, 85, 86, 109 ș.a.]. Printre acestea, merită a fi remarcate lucrările savanților A.P. Grovov (1969, 1976), E. Fronescu (1970), Gh. Scripcaru și coaut. (1979), I.G. Vermeli (1988), S. Ungurean (2001) ș.a.

În ultimii ani, interesul savanților din întreaga lume față de fenomenul dat a crescut simțitor. Mai mult decât atât, după publicarea raportului Institutului de Medicină al Academiei Naționale de Științe a SUA, începând cu anul 1999, comunitatea medicală internațională și-a focusat atenția asupra greșelilor comise în activitatea medicală de pe pozițiile principiului *To Err Is Human* (trad.: *A greși este omeneste*) [173]. Adică, greșeala medicului a fost recunoscută ca un element firesc ce însoțește activitatea medicală. Încă marele savant-chirurg rus N.I. Pirogov spunea că „...greșelile practice, inclusiv cele grave, nu trebuie privite ca un fenomen rușinos, ci ca o situație inevitabilă...” [115]. De aceeași părere sunt și alți savanți [172], care afirmă că medicul care nu comite greșeli este un specialist care nu a activat în viața sa profesională, întrucât el desfășoară, de fapt, o activitate periculoasă, predispusă în sine la risc și

erori; prin urmare, el are capacitatea de a-i produce daune pacientului. Oricât de bine ar fi organizată activitatea medicală, este de neînchipuit un medic care, în procesul acordării ajutorului medical, ar putea să identifice absolut corect orice maladie și la fel de corect să o trateze [71].

Astfel, atât pe vremuri, cât și la momentul actual, comunitatea medicală este îndemnată să nu-și ascundă greșelile, ci să le supună unei analize clinice critice, pentru a trage învățăminte din ele. Însă, pentru ca profesioniștii să înceapă denunțarea propriilor greșeli, ar trebui înfăptuită o schimbare culturală radicală – trecerea de la cultura vinovăției la cea a comunicării și învățării din erorile comise [172]. Prin urmare, studierea cauzelor și condițiilor apariției eșecurilor și deficiențelor în procesul acordării asistenței medicale, cât și a mijloacelor de prevenire a acestora, este o problemă actuală și un imperativ al societății contemporane, aflat în centrul atenției savanților.

Interesul savanților față de această problemă a fost „acutizat” de pretențiile pacienților față de calitatea serviciilor sanitare ce li se acordă [76, 95, 178]. În condițiile economice, sociale și culturale contemporane, pacientul nu este dispus să accepte tratament și îngrijiri medicale de calitate inferioară, ci, din contra, el solicită efectuarea verificărilor și controalelor asupra comportamentului personalului medical, gradului de corespundere științifică a cercetărilor și tratamentului, valabilității rezultatelor obținute. Mai mult, cunoscuta categorie „pacient” a evoluat într-o figură modernă – „beneficiar-client” [162].

În acest context, savanții consideră că interesul pacienților față de calitatea asistenței medicale este determinat de: reformele ce au loc în sistemul sănătății; apariția reglementării juridice a relațiilor dintre medic și pacient; reformarea continuă a cadrului legislativ și dezvoltarea medicinei prin asigurare; cultura juridică în creștere și informatizarea societății ca urmare a activității instituțiilor publice neguvernamentale și mijloacelor mass-media; pierderea încrederii în furnizorii de servicii medicale; numeroase publicații privind răspunderea penală și civilă a personalului medical pentru activitate medicală defectuoasă; sporirea cerințelor față de calitatea asistenței medicale; așteptările excesive ale unui rezultat pe care medicul nu este capabil să-l garanteze; decalajul vădit dintre ritmul rapid de dezvoltare a tehnologiilor contemporane și înzestrarea slabă a instituțiilor medico-sanitare cu aparataj modern [5, 68, 78, 89, 91, 112, 118, 119, 133, 146].

Lucrări științifice în care au descris neajunsurile profesionale medicale și ale principiilor efectuării expertizei medico-legale, în cazurile tragerii personalului medical la răspundere pentru activitate defectuoasă, au publicat și savanții-medici legiști autohtoni, încă pe la mijlocul sec. XX [69, 70], însă o atenție deosebită i s-a acordat acestei probleme doar la finele anilor '90 [4, 21, 58, 59, 60 ș.a.].

Cercetările științifice efectuate pe parcursul mai multor decenii de către savanții din lumea întreagă au abordat diferite aspecte ce țin de asistența medicală – identificarea structurii deficiențelor medicale profesionale și a cauzelor apariției acestora [76, 87, 124, 131, 165], aspectele etice și deontologice ale activității medicale [20, 44, 85, 143, 158, 161 etc.], elaborarea unor principii și mecanisme reale de protecție a medicului în procesul activității sale profesionale [3, 64, 81, 146, 160, 175], organizarea expertizei medico-legale și elaborarea metodologiilor perfecte și unificate de evaluare a curențelor de acordare a ajutorului medical [74, 95, 124 ș.a.].

Împreună cu medicii legiști, de problema calității serviciilor medicale și satisfacției pacientului, mai cu seamă în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, se ocupă, și medicii clinicieni, și organizatorii asistenței medicale [1, 6, 10, 12, 18, 27, 39, 62, 104, 128 etc.].

În majoritatea lucrărilor de specialitate, savanții [52, 54, 80, 87, 125, 150, 166, 167, 174, 177 ș.a.] au o părere unanimă: analiza greșelilor medicale, relevarea celor mai frecvente cauze ale apariției acestora, studierea influenței neajunsurilor asupra sănătății pacienților, discutarea și cunoașterea responsabilității medicului contribuie la cunoașterea aspectelor juridice ale activității medicale, creșterea siguranței pacienților, reducerea riscurilor de apariție a deficiențelor și, în consecință – la ameliorarea organizării și creșterea calității asistenței medicale acordate populației. Mai mult decât atât, analiza unor cazuri de asistență medicală defectuoasă poate ajuta la identificarea direcțiilor prioritare de intervenție, în scopul reducerii erorilor [167].

Procesului de metamorfoză și adaptare la necesitățile științei și practicii contemporane a fost supusă nu doar știința medicală, ci și cea juridică. În sistemul sănătății și în știința medicală s-a dezvoltat principiul, conform căruia sistemul are nevoie de reglementare juridică [65]. În acest sens, teoria și practica juridică s-au îmbogățit cu o nouă ramură distinctă, numită *Dreptul medical*. Această ramură de drept a apărut în urma evoluției societății umane, progresului tehnico-științific și dezvoltării

dreptului internațional în domeniul reglementării relațiilor dintre pacient și lucrătorul medical, care au favorizat apariția pe plan intern a unor reglementări noi în domeniu [42]. Totodată, dreptul medical s-a constituit din necesitatea de a corela problemele medicale cu cele juridice, studiind, în principal, atât incidența legilor asupra actului medical, cât și a faptelor medicale asupra dreptului [44].

În ultimele decenii, în toate țările lumii se observă o creștere semnificativă a activității pacienților, a obiecțiilor lor față de serviciile lucrătorilor medicali prezentate sub formă de plângeri Organului de urmărire penală, pentru a-i trage la răspundere [44, 68, 72, 137, 153, 157, 160, 164]. În asemenea situații, întru clarificarea tuturor circumstanțelor invocate în plângeri, ținându-se cont de necesitatea unor cunoștințe speciale, organul de urmărire penală dispune efectuarea expertizei medico-legale [15] de către o comisie de experți, care să aibă în componența sa un specialist din domeniul medical supus expertizei [48, 70].

Expertizele medico-legale au o importanță prioritară în cercetarea cazurilor de tragere la răspundere a lucrătorilor medicali [138], deoarece ele au menirea exclusivă de analiză științifică a întregului spectru de informații întru depistarea neajunsurilor medicale profesionale, astfel aducându-și contribuția în apărarea drepturilor și intereselor atât ale pacienților, cât și ale medicilor. În cadrul acestor expertize se cercetează și se analizează calitatea asistenței medicale, se pun în evidență neajunsurile, factorii și condițiile ce au provocat apariția unor consecințe nefavorabile, se determină legătura de cauzalitate dintre neajunsurile constatate și consecințele (complicațiile) apărute etc. [124, 137]. Soluționarea problemelor de drept nu este posibilă în lipsa expertizei medico-legale în comisie, în care experții să se expună cu privire la corectitudinea acordării ajutorului medical [96]. Concluziile expertale privind asistența medicală defectuoasă reprezintă probe importante în cercetarea dosarelor penale și civile despre infracțiunile profesionale medicale, expertiza calitativă, fiind un mijloc de ameliorare a asistenței medicale [55, 133, 138]. Mai mult, expertiza medico-legală, în asemenea cazuri, este dova prioritară [137], deoarece părerea experților, expusă în concluzii, stă la baza demonstrării vinovăției sau nevinovăției medicului [80, 132].

În ultimii ani, numărul în creștere al plângerilor adresate organelor de urmărire penală și instanțelor de judecată a determinat sporirea de până la 10 ori a frecvenței dispunerii expertizelor medico-legale [99, 101, 111, 119, 132, 152, 174 etc.]. Mai mult decât atât, savanții consideră că

această tendință se va menține [78]. În structura acestor expertize predomină esențial cele ce vizează activitatea medicilor cu profil chirurgical [84, 87, 97, 101, 111, 120, 139, 150, 174, 178], fapt ce se explică prin caracterul metodelor de diagnosticare și tratament invazive, folosite în activitatea chirurgicală. Datorită particularităților lor, disciplinele cu profil chirurgical sunt supuse cel mai des riscului de apariție a complicațiilor nedorite și a plângerilor ce vizează nivelul serviciilor medicale [149].

Specialiștilor profilului chirurgical din staționare le revin cele mai multe obiecții (69,3–87,5%) și neajunsuri (35%) [68, 84, 87, 88, 97, 139]. Totodată, cea mai înaltă rată a erorilor soldate cu consecințe grave se înregistrează în unitățile de terapie intensivă, sălile de intervenții chirurgicale și departamentele de urgență [173]. O atare situație se explică prin metodele diagnostic-curative specifice, utilizate în specialitățile chirurgicale, și prin condițiile deosebite, necesare în activitatea acestor specialiști, care pot fi oferite, preponderent, în cadrul instituțiilor de tip spitalicesc.

Cât privește specialitățile mai frecvent blamate de asistență medicală de proastă calitate, datele literaturii sunt univoce. Astfel, în majoritatea lucrărilor științifice contemporane se accentuează că cele mai multe obiecții ale pacienților vizează prestația serviciilor medicilor-chirurghi (17,3–61,0%), obstetricienilor și ginecologilor (18,6–56,0%) [78, 87, 97, 101, 111, 120].

E bine cunoscut faptul că medicina este una dintre cele mai complicate, dar și responsabile domenii, iar medicul este pus, în procesul activității sale cotidiene, în situații extrem de dificile [114, 172]. În procesul acordării asistenței medicale, medicii se confruntă cu o serie de dificultăți, determinate de multitudinea de factori care se interpun în diverse combinații, personalizând fiecare caz. În fruntea acestor factori se află pacientul cu toate particularitățile sale anatomo-fiziologice, care reacționează absolut individual la manipulațiile medicale [82]. Aceste condiții încearcă să explice cauzele apariției în practica medicală a complicațiilor nedorite și a consecințelor nefavorabile.

În monografia sa, I. G. Vermeli (1988) menționează că, necunoscând dificultățile profesiei medicale și posibilitățile medicinei, pacienții și rudele lor explică consecințele nefavorabile ale procesului patologic de pe pozițiile acțiunilor incorecte ale personalului medical [80]. Și totuși, în afară de particularitățile individuale ale pacientului și evoluția maladiei, autorul atribuie un rol decisiv, în dezvoltarea consecințelor,

eventualelor deficiențe sau acțiunii incorecte a personalului medical în procesul acordării asistenței medicale. De fapt, greșeli pot fi înregistrate în orice activitate umană, însă în niciun alt domeniu, acestea nu capătă o importanță atât de mare ca în medicină [112]. În acest sens, V. Astărăștoaie și coaut. (2005) atenționează că posibilele consecințele ale greșelii medicale interesează atât pacientul, cât și întreaga comunitate medicală [146].

A. A. Matâșev (1998) consideră drept generatoare de deficiențe medicale profesionale imperfecțiunea cunoștințelor medicale, metodelor de diagnosticare și tratament. Uneori însă, afirmă autorul, neajunsurile au la bază nerespectarea unor norme și principii sau atitudinea neglijentă față de obligațiile profesionale [107]. În această ordine de idei, literatura juridică atenționează: carențele din organizarea asistenței medicale, acțiunile eronate ale personalului medical îl pot trage nu numai la răspundere morală, dar și penală, civilă, administrativă, disciplinară [42, 67].

Chestionând „actorii” implicați în actul de sănătate, R. J. Blendon și coaut. (2002) a constatat că cei mai mulți medici și pacienți conștientizează că serviciile de sănătate sunt potențial periculoase și că erorile apar, uneori, chiar în pofida celor mai profesionale eforturi depuse de personalul medical și instituțiile medico-sanitare [147]. Această constatare ar putea să explice de ce fiecare al doilea pacient din lotul analizat de I.V. Iareoma și coaut. (2006) a admis că oricui i se poate întâmpla să greșească [143]. Însă, trebuie de ținut cont că practic fiecare al cincilea pacient intervievat în acest studiu a fost de părerea că chirurgul nu are dreptul la greșeală și, dacă a comis-o, el trebuie tras la răspundere conform prevederilor legii.

Temeinicia obiecțiilor aduse personalului medical este confirmată în procesul efectuării expertizei medico-legale prin identificarea deficiențelor profesionale. Deficiențele sunt unul dintre indicatorii de bază în estimarea calității asistenței medicale [67]. Dar care sunt dimensiunile deficiențelor (greșelilor) medicale?

Frecvența deficiențelor depistate în activitatea medicală este variată; potrivit unor surse – de 35–100% [68, 78, 84, 91, 97, 101, 112, 167]. Mulți cercetători [143 ș.a.] atrag atenția asupra faptului că, în cazul în care comisia de experți nu a identificat deficiențe în acordarea asistenței medicale, obiecțiile pacienților au fost generate de nerespectarea de către cadrul medical a principiilor eticii și deontologiei.

În literatura științifică medico-legală se întâlnesc mai multe clasificări ale deficiențelor medicale. În ansamblu, acestea se rezumă la deficiențe organizatorice, diagnostice, terapeutice, tactice, tehnice, deontologice [61]. În structura deficiențelor predomină, după observațiile mai multor cercetători [74, 87, 88, 97, 102, 108, 139, 177], cele diagnostice (21–83,3%) și curative (25–75%). În opinia lui R. I. Șmuruș (1999), analiza calității stabilirii diagnosticului este unul dintre factorii cei mai importanți ai îmbunătățirii procesului diagnostico-curativ [140].

O. A. Bâhovskaia (2002) a stabilit o corelație între nivelul acordării ajutorului medical și tipul deficiențelor predominante [76]. Astfel, la nivelul asistenței medicale de ambulatoriu prevalează deficiențele diagnostice (53,9%), iar la nivelul asistenței de staționar – cele curative (54,9%).

Condițiile și cauzele apariției greșelilor în procesul acordării asistenței medicale sunt subiecte aparte ale studiilor științifice. Astfel, V. V. Tomilin, Iu. I. Sosodko (2000) delimitează 3 grupe de cauze ale deficiențelor, considerate și factori de risc în apariția unor consecințe nefavorabile ale tratamentului: 1) încălcarea principiilor organizatorice; 2) imperfecțiunea calităților profesionale și morale ale lucrătorilor medicali sau a acțiunilor (inacțiunilor) lor; 3) circumstanțele obiective, independente de cadrul medical și instituția medico-sanitară: lipsa mijloacelor de diagnosticare și tratament în legătură cu situația economică dificilă din țară; comportamentul inadecvat al pacientului (adresarea tardivă după ajutor medical; refuzul de a se interna, intervenției chirurgicale, examinării; încălcarea regimului; autotratamentul ș.a.) [129]. V. Astărăstoia și coaut. (2005) consideră că apariția greșelilor medicale este influențată de factorii administrativi, incapacitatea de conștientizare a necesității de schimbare, lipsa comunicării între structurile educative și în cadrul lor [146].

În general, în literatura de specialitate, cauzele generatoare de deficiențe în activitatea medicală sunt clasificate în subiective și obiective [61, 97, 119, 125]. În acest sens, V. M. Kazarean (2008) afirmă că factorii obiectivi au o pondere mai mare în structura cauzelor deficiențelor diagnostice [98]. Drept subiective sunt considerate cauzele dependente de capacitățile și aptitudinile medicului. În ce privește latura subiectivă a asistenței medicale defectuoase, E. N. Cerkalina și coaut. (2007) sunt de părerea că studierea acestor caracteristici medicale este importantă pentru sistematizarea evaluării medico-legale a calității asistenței

medicale [138]. Autorii susțin că aceste informații pot fi utilizate în scopul estimării probabilității de apariție a anumitor factori de risc pentru medici de diferite specialități și pacienți suferinzi de anumite maladii. În mod analogic pot fi stabilite specialitățile cu risc minim de apariție a eșecurilor terapeutice. S. O. Rogers et.al. (2006) consideră cauzele subiective drept factori de sistem, cei mai importanți fiind lipsa experienței sau competenței tehnice a chirurgului (41%) și comunicarea eșuată cu pacientul (24%) [167]. Factorii obiectivi nu țin de aptitudinile și capacitățile personalului medical, ci de unele împrejurări, care fac dificilă activitatea diagnostico-curativă. Printre acestea pot fi enumerate raritatea procesului patologic, evoluția atipică a maladiei, patomorfoza firească, combinarea sau concurența formelor nosologice, starea gravă a pacientului, aflarea de scurtă durată a pacientului în unitatea medico-sanitară, lipsa condițiilor de acordare a ajutorului medical în instituția medico-sanitară, gravitatea bolii, reacțiile alergice, masa exagerată, infecțiile cronice, adresarea întârziată după asistență medicală [138]. Un rol aparte în calitate de factor obiectiv în apariția consecințelor nefaste îi revine pacientului însuși [119]. În această ordine de idei, Iu. I. Pigolkin (2004) consideră condițiile obiective drept factori de risc în apariția consecințelor nefavorabile, și nicidecum deficiențe sau greșeli în acordarea asistenței medicale [114]. Autorul subliniază că acești factori necesită o examinare minuțioasă, în scopul identificării tuturor cauzelor consecințelor nedorite și elaborării metodelor de prognozare și prevenire a acestora.

Examinarea insuficientă a pacientului are o contribuție deosebită în generarea deficiențelor din activitatea profesională. În structura cauzelor determinante ale deficiențelor din acordarea ajutorului medical, acest neajuns este identificat de cercetători foarte frecvent (28,4–40,2%) [76, 87, 97, 102].

În contextul acestor indicatori, suntem de părerea că orice medic trebuie să cunoască noțiuni despre responsabilitatea penală prevăzută de art. 213 al Codului penal [16], care interpretează examinarea insuficientă a pacientului drept o încălcare, din neglijență, a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale [8].

Gradul de calificare și instruire a personalului medical este o condiție nu mai puțin importantă în favorizarea apariției deficiențelor diagnostice. Performanțele individuale ale chirurgului influențează în mod direct riscurile și beneficiile oricărei proceduri medicale, iar pericolul de

prejudiciere a pacientului și rezultatele pozitive variază mult printre chirurghi [148]. Calificarea insuficientă a medicului a fost identificată de Iu. D. Kuznețov și V. V. Rubina (2002) drept cauză prevalentă în diagnosticarea întârziată (62%) și nediagnosticarea complicației generatoare de deces (54%) [102]. Aceiași autori au identificat calificarea insuficientă a medicului drept cauză principală a deficiențelor de efectuare a intervențiilor chirurgicale (86%). Este și firească această constatare, deoarece, după cum afirmă R. I. Șmurun (1999), stabilind diagnosticul, medicul construiește o imagine, exactitatea căreia depinde de logica sa, de priceperea de a lega semnificațiile diagnostice ale simptomelor maladiei și de a conchide despre esența procesului patologic la o etapă anumită, prognozei și complicațiilor [140].

Unul dintre factorii determinanți ai riscului de apariție a erorii medicale și importanți în dezvoltarea consecințelor nefaste este vârsta pacientului. Studiile științifice realizate în acest sens de R. M. Wilson și coaut. (1995) au demonstrat existența unui risc avansat de vătămare cauzată de complicații nedorite la pacienții cu vârsta de peste 64 ani față de cei tineri [176]. Autorii motivează această observație prin existența la pacienții vârstnici a maladiilor concomitente. Totodată, autorii au constatat un risc mai înalt de deces și un număr mai mare de complicații la pacienții cu cazuri complicate și boli care necesită o îngrijire urgentă, precum și în cazurile utilizării unor intervenții potențial salvatoare de viață.

O condiție nu mai puțin importantă în apariția erorilor este și durata aflării pacientului la tratament, în special în unitățile medico-sanitare de tip staționar. Astfel, L. B. Andrews și coaut. previn că fiecare zi de aflare în spital crește riscul dezvoltării complicațiilor nedorite, inclusiv a celor generate de asistența medicală defectuoasă (cu 6%) [144].

Spre deosebire de alți savanți, C. Palmiere și coaut. (2004) consideră că erorile medicale din practica spitalicească sunt niște probleme atât de management, cât și de structură, personal și resurse [162]. Autorul afirmă că în cazurile de malpraxis, 48% revin erorii umane, 33% – structurilor (instituțiilor) medico-sanitare și 5,4% – acordării întârziate a ajutorului de urgență. Din aceste raționamente, conchide autorul, nu este corect a considera erorile drept consecință directă a acțiunilor personalului medical, întrucât producerea unui prejudiciu sau a unei leziuni pacientului nu întotdeauna poate fi imputată doar acțiunilor medicului, având la bază cauze organizatorice și condiții latente (managerul instituției,

autoritatea politică, administrativă, de control). Condițiile latente, continuă autorul, prin natura lor sunt mereu prezente în sistemele complexe, concurând, alături de celelalte condiții, în apariția erorilor și consecințelor din practica medicală. După părerea lui C. Palmiere și coaut. (2004), eroarea umană în domeniul sănătății este strâns legată de un complex de factori legislativi, organizatorici și structurali ce creează infrastructura, în care medicul sau personalul medical acționează și ia decizii [162]. S. V. Erofeev și V. P. Novoseolov (2008) mai pun la baza erorilor din practica medicală și discordanța dintre cunoștințele și abordările teoretice contemporane și cele de altădată [91].

O problemă importantă ce stă în fața expertizei medico-legale și cu care urmează să se facă legătura de cauzalitate la estimarea calității ajutorului medical sunt consecințele actului medical și rolul deficiențelor în survenirea acestora [80, 121, 132]. Astfel, în literatura de specialitate, în calitate de consecințe ale activității medicale defectuoase sunt evidențiate: agravarea stării sănătății pacientului; prelungirea tratamentului spitalicesc; decesul pacientului; creșterea costurilor suportate pentru vindecarea pacientului [87, 163, 171].

Analizând 14 179 de fișe medicale din 28 staționare din Australia, R. M. Wilson și coaut. (1995) au stabilit consecințe nedorite în 16,6% din cazuri și consecințe ce puteau fi prevenite – în 51% [176]. Consecințele au constat în dereglarea sănătății pacientului cu o durată de până la 12 luni (77,1%), incapacitate permanentă de muncă (13,7%) și deces (4,9%). În acest context, cercetările efectuate de O. A. Bâhovskaia (2002) au demonstrat că, odată cu creșterea numărului specialiștilor implicați în acordarea asistenței medicale, crește și ponderea consecințelor nefavorabile, în special a decesului [76]. Autorul a identificat următoarele cauze ale decesului: diagnosticarea întârziată, tratamentul inadecvat (cantitatea și calitatea preparatelor medicamentoase), spitalizarea tardivă, transferul prematur al pacientului din Secția de terapie intensivă, controlul și evidența insuficientă a stării pacientului în dinamică, ce au determinat acordarea cu întârziere a ajutorului medical.

1.2. Evaluarea calității serviciilor de sănătate. Termeni și noțiuni

Analiza termenilor utilizați în evaluarea asistenței medicale arată că, odată cu amplificarea tendințelor juridice în medicină, este necesară și utilizarea aceluiași noțiuni medicale [91]. În acest sens, în literatura medico-legală nu există o definiție unică a noțiunilor deficiență în

acordarea asistenței medicale, eroare, greșeală, accident medical, iatrogenie, iatrogenoză. Spectrul interpretărilor noțiunii de greșeală/eroare medicală este atât de vast, încât cuprinde chiar și tratări diametral opuse. De fapt, această incoerență este determinată mai mult de termenii utilizați decât de opiniile științifice dezvoltate de adepții școlilor medicale ruse și occidentale. Astfel, adepții școlii medicale rusești delimitează noțiunile de greșeală și accident medical, iar savanții din școala occidentală operează cu termenii de greșeală și eroare medicală.

Așadar, savanții școlii rusești consideră că greșeala medicală reprezintă un prejudiciu cauzat în mod neintenționat sănătății pacientului prin efectuarea măsurilor diagnostice, curative și profilactice justificate [61, 66, 136]. D. Radoinova, B. Balev (2005) interpretează greșeala drept o faptă imprudentă, comisă de medic în procesul exercitării obligațiilor profesionale, ca urmare a insuficienței cunoștințelor sale medicale, a evoluției atipice a maladiei sau a condițiilor severe în care are loc acordarea ajutorului medical [166]. G. A. Pașinean și coaut. (2008) subînțeleg prin greșeală medicală o cauzare inocentă a unui prejudiciu pacientului, în urma abaterii conștiințioase a medicului în lipsa elementelor de neglijență sau imprudență [113]. S. Ungurean (2001) definește greșeala medicală drept o abatere neintenționată a medicului de la normele științifice și deontologice, comisă în procesul realizării conștiințioase a obligațiilor sale profesionale și care a provocat sau a putut provoca un prejudiciu bolnavului sau societății [61]. O. Iu. Aleksandrova și coaut. (2007) subînțeleg prin greșeală acțiuni sau inacțiuni nejustificate (incorecte, greșite) ale medicului [66].

În ce privește accidentul medical, cercetătorii au aceeași părere: acesta nu este nicidecum o greșeală medicală [162]. S. Ungurean (2001) definește accidentul medical drept o soluție nefavorabilă a intervenției medicale printr-un concurs incidental de împrejurări, pe care medicul nu le-a putut prevedea și evita nici prin cea mai conștiințioasă atitudine față de obligațiunile sale [61]. C. Palmiere și coaut. (2004) susțin că accidentul medical este un incident ce are la bază nerespectarea procedurilor de structură și deosebec accidentul generat de cauze organizatorice, adică de factori independenți de medic, aducând drept exemplu funcționarea proastă a unui aparat, ca urmare a întreținerii lui nesatisfăcătoare [162].

În literatura occidentală de specialitate, savanții diferențiază eroarea de greșeală. Astfel, V. Astărăstoiaie deosebește *eroarea de fapt*, considerată o eroare, și *eroarea de normă*, considerată drept greșeală.

Împărtășind aceleași opinii, M. L. Dressler și coaut. (1997) consideră eroarea medicală ca fiind o posibilitate admisă și recunoscută ca generate de interpretări greșite [26]. Eroarea se poate datora insuficienței elementelor științifice în stabilirea unui diagnostic, unei evoluții cu totul particulare și de așa natură, încât diagnosticul nu era posibil în condițiile date. Autorii atenționează că eroarea poate fi comisă chiar și în condițiile unei activități corecte, spre deosebire de greșeala medicală, care, fiind o culpă profesională, se realizează prin omisiuni de examinare, intervenții inadecvate etc. C. Palmiere și coaut. (2004) definesc eroarea drept incident generat de cauze organizatorice, fiind, totodată, un eșec în obținerea rezultatului prestabilit, cum ar fi, spre exemplu, diagnosticarea sau tratamentul greșit [162]. A. M. Berinde și coaut. (2006) consideră eroarea ca fiind situația în care medicului nu i se poate reproșa conduita aleasă, întrucât orice alt cadru medical ar fi reacționat identic în condiții similare [7]. Pe de altă parte, greșeala este situația când medicului i se poate reproșa producerea prejudiciului. O definiție apropiată este lansată de D. Perju-Dumbravă (1999), care subînțelege prin eroare un rezultat imprezizibil ce survine în contextul unei prudențe și diligențe normale, cel mai frecvent ca o reacție neobișnuită a organismului care de joacă observațiile cele mai minuțioase [44]. Deoarece erorile țin de imperfecțiunea medicinei sau de reactivitatea specifică a bolnavului, ele nu i se atribuie medicului curant. Greșeala, în opinia autorului, este o încălcare a îndatoririlor profesionale, care se stabilește prin comparație cu modul de acțiune al unui alt medic, plasat în aceleași condiții de lucru.

Așadar, după cum observăm, în privința noțiunii de greșeală medicală, adepții diferitor școli medicale au o opinie foarte apropiată. Însă, ceea ce adepții școlii rusești consideră un accident medical, savanții școlii occidentale interpretează drept eroare medicală. În acest sens, în scopul uniformizării terminologiei, împărtășind opinia școlii occidentale, considerăm mai oportună utilizarea termenilor de *greșeală* și *eroare medicală*, deoarece ambele noțiuni presupun apariția unui prejudiciu pacientului în procesul acordării ajutorului medical.

Trebuie să menționăm că legislația penală [8] a Republicii Moldova nu recunoaște, din punct de vedere juridic, noțiunea „greșeală/eroare medicală”, însă interpretează faptele încadrate în acest termen de pe alte poziții. Situația dată este valabilă și pentru legislația penală a altor țări [66, 136].

În contextul expus este de subliniat că în lucrările științifice din ultimii ani a apărut termenul de „deficiență (neajuns) medicală”, care, în viziunea noastră, înglobează în sine eroarea și greșeala medicală. În această ordine de idei, O. Iu. Aleksandrova și coaut. (2007) utilizează noțiunea de deficiență medicală pentru calificarea activității diferitor lucrători ai instituțiilor medico-sanitare, și nu doar a medicilor, presupunând în esență neacordarea sau acordarea necalitativă a asistenței medicale: încălcarea procesului de diagnosticare, tratament sau organizare a ajutorului medical, care a determinat sau a putut condiționa înrăutățirea stării pacientului [66]. Din aceste considerente, autorul crede că noțiunea „deficiență medicală” este identică cu „asistență medicală inadecvată”. Totodată, după părerea aceluiași autor, deficiențele medicale cuprind și acele situații de asistență medicală inadecvată care nu au determinat înrăutățirea stării pacientului, însă ar putea genera asemenea consecințe în cazul nerespectării procesului curativ-diagnostic.

V. V. Tomilin și Iu. I. Sosedko (2000), prin deficiențe în acordarea ajutorului medical, subînțeleg îndeplinirea necorespunzătoare de către personalul medical a obligațiilor profesionale, ce au generat o diagnosticare și un tratament greșite, urmate de consecințe nefavorabile, aflate în legătură causală cu acțiunile medicale incorecte [130]. O definiție complexă a fost formulată de G. A. Pașinean și coaut. (2004), care includ în noțiunea „deficiență medicală” și omisiunile din organizarea asistenței medicale, determinate de necunoașterea, nerespectarea sau nedeplinirea ordinelor și instrucțiunilor; acordarea ajutorului medical greșit; încălcarea normelor informativ-deontologice, care au avut sau au putut avea o influență negativă asupra procesului diagnostic-curativ și a stării sănătății pacientului [112]. Iu.I. Pigolkin (2004) consideră deficiența medicală drept o necorespondere nejustificată a ajutorului medical standardelor și principiilor științifice contemporane [114].

Deci, analiza literaturii medicale denotă că ceea ce subînțeleg unii cercetători prin eroare medicală [61, 113, 134 ș.a.], alții interpretează drept deficiență medicală [84, 97, 107, 138 ș.a.]. Din cele relatate rezultă că noțiunile „eroare medicală”, „greșeală medicală”, „deficiență medicală”, „asistență medicală inadecvată” au, din punct de vedere medical, sensuri foarte apropiate, dacă nu chiar identice, iar din punct de vedere juridic, ele sunt interpretate în mod diferit, în funcție de substratul concret al faptei comise.

Greșeala sau deficiența medicală începe să se manifeste și capătă semnificație juridică doar în cazul cauzării unui prejudiciu real pacientului [66].

În literatura de specialitate găsești puține publicații cu privire la deficiențele comise de personalul medical mediu și inferior [58], deși Codul penal al Republicii Moldova [16] prevede o serie de infracțiuni atribuibile și activității acestui personal.

O problemă mult discutată în zilele noastre sunt iatrogenozele sau îmbolnăvirile produse de medici, farmaciști și cadre medii, consecutive riscului medical previzibil sau imprevizibil, dar necesar de a fi acceptat [26]. În prezent, iatrogenia este considerată una dintre cele mai serioase probleme ale sistemului sănătății, deoarece ea are aspecte nu doar medicale, ci și economice și etice. Iatrogenia poate fi provocată atât de acțiuni medicale incorecte și nejustificate, cât și de o intervenție medicală corectă, argumentată și legală [83]. De aceea, savanții-medici legiști o studiază separat de deficiențele activității medicale [84, 139].

T. K. Osipenkova-Vicitorova (2006), făcând referire la Clasificarea Internațională a Maladiilor (ed. X), este de părerea că drept iatrogenie trebuie considerat orice proces patologic generat de manipulațiile curative [110]. De aceeași părere este și S. Ungurean (2001), care subînțelege prin boli iatrogene maladii, procese și stări patologice datorate activității profesionale a medicului și le clasifică în psihice și somatice (iatropatii) [61].

În acest sens, M. L. Dressler și coaut. (1997) consideră drept cea mai utilă, din punct de vedere practic, următoarea clasificare a iatrogenozelor: de spital; de explorare; chirurgicale; medicamentoase; induse de medic, personalul sanitar și farmacist; juridice-medicale [26]. Dacă iatrogenozele induse de medic, personalul sanitar și farmacist sunt datorate unei conduite nedeontologice sau neconforme principiilor psihologiei medicale, atunci, după părerea autorilor, iatrogenia juridică-medicală determină fapte de inacțiune, omisiune deliberată, „precauție” exagerată din tendința de a evita orice risc și, implicit, orice impact legislativ de ordin penal sau civil. Însă, trebuie să menționăm că între iatrogenia juridică-medicală, în viziunea autorilor, și infracțiune, în modul prevăzut de Codul penal, este un hotar subtil, deoarece infracțiunea, din punct de vedere penal, presupune o faptă prejudiciabilă, realizată prin acțiune sau inacțiune, prevăzută de legea penală, săvârșită cu vinovăție și pasibilă de pedeapsă penală [16], iar Dreptul penal [8] încadrează

inacțiunile medicului, care, în virtutea pregătirii sale profesionale, urmau obligator să fie întreprinse, în „încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale”.

N. D. Lakosina și G. C. Ușakov (1984) delimitează, după origine, următoarele forme de iatropatii: traumatică, toxică, septică și organizatorică [103]. Iatrogenia este un fenomen frecvent întâlnit în activitatea medicală. Dacă urmările cu caracter psihic, induse de acțiunile personalului medical, se estimează cu greu, apoi cele somatice pot fi înregistrate și estimate. Frecvența iatrogeniilor somatice este de circa 15–16%, în funcție de caracteristicile loturilor analizate [84, 139].

Din iatropatiile de origine traumatică fac parte: traumatismul obstetrical, consecințele nefavorabile ale intervențiilor chirurgicale, măsurilor de anestezie și reanimare, injectării preparatelor medicamentoase etc. Iatropatiile toxice sunt cauzate de prescrierea și administrarea incorectă a medicamentelor; iatropatiile septice sunt consecințele nefavorabile ale vaccinărilor, încălcării regulilor sanitaro-epidemiologice ș.a.; iatropatiile de origine organizatorică apar din cauza organizării incorecte a examinării, tratamentului și îngrijirii medicale a bolnavului [61].

În contextul noțiunilor discutate apare o întrebare logică: Ce deosebire există între eroare sau greșeală medicală și iatrogenie? În acest sens, S. Ungurean (2001) menționează că erorile medicale reprezintă doar o mică parte din bolile iatrogene [61], iar Iu.I. Pigolkin (2004) subliniază că iatrogenia nu întotdeauna este o deficiență medicală și nu ar trebui să fie considerată de fiecare dată drept consecință nefavorabilă, întrucât această noțiune nu conține în sine aprecierea corectitudinii acțiunilor medicului nici din punct de vedere medical și nici de pe poziții juridice [114]. Autorul își argumentează părerea prin rezultatele intervențiilor chirurgicale, care, bineînțeles, pot fi privite drept iatrogenii, însă nu pot fi considerate ca activitate defectuoasă atâta timp cât ele (intervențiile) nu întrunesc condițiile unei deficiențe medicale. Din contra, continuă autorul, deficiență medicală ar trebui să fie considerat refuzul de efectuare a intervenției chirurgicale, când această metodă radicală de tratament este indicată.

Atragem atenția că iatrogenia, chiar și în cazul unei asistențe medicale impecabile, este un prejudiciu adus pacientului. Analizând problema maladiilor iatrogenice apărute în tratamentul patologiei chirurgicale acute, R.V. Ceminava (2006) a constatat că iatrogenia a contribuit la deces în tocmai 31,8% din cazuri, iar în 68,1% – a servit drept temei pentru tragerea personalului medical la răspundere civilă [135].

O problemă deosebit de complicată pentru expertiza medico-legală este calificarea iatrogeniei. De pe aceste poziții, T. K. Osipenkova-Vicintomova (2006) propune ca iatrogenia să fie considerată drept complicație, dacă manipulațiile curative au fost întemeiate și corecte [110]. R. V. Ceminava (2006) consideră că definirea și calificarea iatrogeniei trebuie să se bazeze pe câteva criterii: prezența vinovăției, legăturii de cauzalitate și legalitatea riscului medical [135].

1.3. Situația privind tragerea la răspundere juridică a personalului medical din Republica Moldova

Incidența unui fenomen în natură, știință sau societate poate reflecta relevanța și necesitatea studierii acestuia, cu atât mai mult dacă analiza cuprinde o perioadă semnificativă.

Studiul rapoartelor anuale de activitate a Secției expertize în comisie a arătat că în perioada anilor 1962–2008 au fost efectuate 1357 de expertize în care a fost analizat nivelul serviciilor medicale, acestea având o oscilație anuală între 7 și 118 cazuri. În raportul numărului total de expertize în comisie pe cazuri complicate (7749) executate în perioada de referință, cele cu privire la calitatea asistenței medicale acordate populației au constituit în medie $17,51 \pm 1,0\%$, atingând cifra maximă de $64,15 \pm 8,2\%$.

În perioada analizată, numărul absolut al expertizelor referitoare la asistența medicală se află într-o ascensiune stabilă, atingând apogeul în anul 2001, an în care au fost executate 118 expertize. Concomitent, se observă și o creștere esențială a numărului total de expertize în comisie, fapt ce, la rândul său, determină evident micșorarea ponderii expertizelor pe cauze medicale, chiar dacă numărul absolut al acestora este semnificativ.

Analiza dinamicii expertizelor referitoare la calitatea asistenței medicale, calculată după media de grupă cu o periodicitate de 4 ani, denotă o oscilare relativă a acestor expertize în perioada anilor 1960 și 1970, urmată de o creștere continuă, care a atins apogeul între anii 1985 și 1988. După cum se observă din *figura 1.1*, la finele anilor '80 începe o diminuare a incidenței acestor expertize, care durează până în anii 1993–1996, după care pornește o nouă „avalanșă” de asemenea expertize, punctul culminant fiind înregistrat la finele primei decade a secolului XXI.

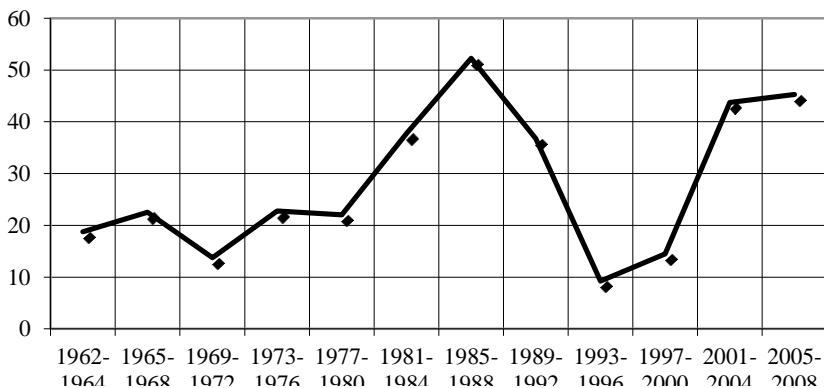


Fig. 1.1. Dinamica expertizelor referitoare la asistența medicală.

Suntem de părerea că această observație ar putea fi considerată drept un barometru al stării socio-economice și al bunăstării populației. Astfel, criza socio-economică înregistrată la începutul anilor 1990 și instabilitatea ce a urmat-o s-au reflectat prin diminuarea frecvenței expertizelor referitoare la calitatea asistenței medicale. După anul 2000, depășind unele probleme economice, populația a început a ridica probleme cu aspect social, acestea căpătând un caracter primordial. Odată cu de-vansarea situației de criză și sporirea accesului populației la informație, inclusiv cu caracter medical și juridic, s-a început, credem noi, o activizare a societății în sensul asigurării dreptului echitabil la asistență medicală de calitate. Problema calității serviciilor medicale acordate populației a revenit în prim-plan după anul 2004, când a fost implementată asigurarea obligatorie de asistență medicală, care a indus relației medic-pacient un aspect economic.

Analiza structurii expertizelor cu privire la calitatea asistenței medicale în perioada cercetată a scos în evidență o incidență mai mare a specialităților cu profil chirurgical. Astfel, față de specialitățile cu profil chirurgical au fost înaintate diverse pretenții referitoare la calitatea serviciilor în 51,29% din cazuri, iar față de specialitățile cu profil terapeutic – în 41,49% (fig. 1.2).

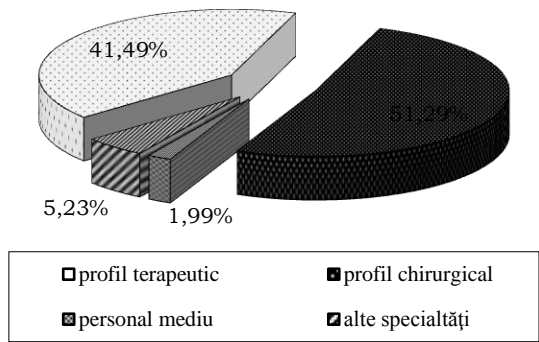


Fig. 1.2. Structura expertizelor pe cauze medicale pe profiluri.

Incidența unor discipline medicale (cardiochirurgie, stomatologie, endocrinologie, dermatovenerologie, psihiatrie etc.) a fost neînsemnată și de aceea ele au format categoria *alte specialități* (5,23%). Se cere evidențiat faptul că în 1,99% din observații, organele de urmărire penală au înaintat întrebări și față de nivelul asistenței acordate de către personalul medical cu studii medii (asistente medicale, felceri, moașe).

O analiză comparativă a pus în evidență o diferență statistică semnificativă între expertizele ce au vizat calitatea asistenței medicale cu profil chirurgical și cu profil terapeutic ($51,29 \pm 1,89\%$ și $41,49 \pm 2,08\%$; $p < 0,001$) (tab. 1.1).

După cum se observă din *tabelul 1.1*, din întregul spectru al specialităților cu profil chirurgical, cele mai multe întrebări au apărut pe marginea asistenței acordate de chirurgii generalişti (25,28%) și medicii obstetricieni-ginecologi (20,19%).

Tabelul 1.1

Frecvența și structura expertizelor pe cazuri medicale în funcție de specialitate

Profil chirurgical			Profil terapeutic		
Specialitatea	abs.	%	Specialitatea	abs.	%
Chirurgie generală	343	25,28	Pediatrie	274	20,19
Obstetrică/ginecologie	274	20,19	Terapie	129	9,51
Neurochirurgie	20	1,47	CEMV	60	4,42
Anestezie	19	1,40	Neurologie	37	2,73
ORL	11	0,81	Boli infecțioase	26	1,92
Urologie	7	0,52	Medicină de urgență	13	0,96
Traumatologie	6	0,44	Ftiziopneumologie	6	0,44

Continuare

Oncologie	6	0,44	Toxicologie	4	0,29
Oftalmologie	5	0,37	Medicină de familie	7	0,52
Total profil chirurgical	696	51,29 ±1,89	Radiologie	3	0,22
Alte	71	5,23	Cardiologie	2	0,15
Personal mediu	27	1,99	Total profil terapeutic	563	41,49 ±2,08
Total expertize	1357	100	t = 3,49	p<0,001	

În contextul expus, suntem de părerea că incidența expertizelor în raport cu specialitățile chirurgicale ar putea fi determinată și de numărul diferit al pacienților care solicită anual asistență medicală de diverse specialități. Această ipoteză este confirmată în mod indirect de numărul diferit de paturi asigurate populației, în funcție de specialitatea chirurgicală. Astfel, din anuarul statistic al Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății [51] rezultă că în anul 2008, populația Republicii Moldova a fost asigurată cu 5,1 paturi chirurgicale, 4,7 paturi obstetricale, 2,8 paturi traumatologice, 2,1 paturi ginecologice, 1,3 paturi otorinolaringologice, 1,3 paturi oftalmologice, 1,1 paturi urologice la 10 mii locuitori.

Prevalarea specialităților de profil chirurgical față de cele terapeutice nu este ocazională și se explică, după părerea noastră, prin specificul activității acestei ramuri medicale, determinat, la rândul său, de procesul patologic chirurgical. Astfel, activitatea medicilor reprezentanți ai specialităților date se bazează, atât în plan diagnostic, cât și curativ, pe utilizarea unor metode și mijloace invazive și traumatice pentru pacient, cauzându-i acestuia o traumă chirurgicală suplimentară. Deoarece intervențiile chirurgicale au un caracter de urgență, îndeosebi în cazul traumatismelor, medicul este silit să ia decizii importante și prompte la masa de operație. Patologia chirurgicală, fiind, de obicei, un proces extrem de acut, are tendință de a se complica și a evolua nefavorabil în timp scurt. Nu pot fi neglijate nici particularitățile individuale ale organismului pacientului: de reacționare și adaptare la trauma chirurgicală. Așadar, particularitățile menționate încearcă să explice doar într-o oarecare măsură frecvența înaltă a complicațiilor și eșecurilor nedorite în practica chirurgicală, ce pot servi drept temei pentru invocarea unor neajunsuri sau deficiențe comise de personalul medical în cadrul activității sale profesionale, chiar și în cazul unei asistențe medicale de nivel impecabil.

În structura specialităților cu profil terapeutic, a prevalat esențial pediatria, cu o frecvență de 20,19%, adică de două ori mai înaltă decât în terapie (9,51%). O atare situație este firească și poate fi explicată cu ușurință prin grija părinților față de sănătatea copiilor.

Analiza expertizelor după cele mai frecvente specialități în cadrul cărora au fost dispuse expertize referitoare la calitatea asistenței medicale a elucidat o scădere în dinamică a frecvenței expertizelor referitoare la calitatea serviciilor acordate de chirurgii generaliști și interniști și o creștere continuă a incidenței expertizelor pe cazuri obstetrico-ginecologice și pediatrice, inclusiv neonatologice. O atare stare a lucrurilor poate fi considerată firească și explicată prin grija populației față de sănătatea mamei și copilului, adică față de elementul fundamental al societății – familia – și viitorul ei.

În continuare prezentăm rezultatele studierii expertizelor medico-legale în comisie, care au estimat nivelul serviciilor medicale acordate de către specialiștii profilului chirurgical, executate în perioada anilor 1998–2008.

Ca urmare a comiterii deficiențelor în activitatea sa profesională, personalul medical poate fi tras la mai multe forme de răspundere [42], cele mai grave fiind forma penală și cea civilă.

În ce privește caracterul răspunderii (penală sau civilă) pentru activitatea defectuoasă, datele literaturii de specialitate sunt diferite. Așadar, o serie de cercetători [87, 111] au constatat o frecvență mai înaltă de tragere a cadrului medical la răspundere penală (64–82,9%), în timp ce alții [68, 78, 93, 120, 139, 164] au stabilit o predominare esențială a acțiunilor civile (54,8–78,6%) ale pacienților și rudelor acestora față de cele penale. A.D. Dillis și coaut. (2006) consideră prevalarea cauzelor penale față de cele civile drept o manifestare a educației juridice joase a populației [87]. Pe de altă parte, interesul deosebit al pacienților față de tragerea medicilor la răspundere civilă, în condițiile asigurării financiare proaste a populației, rezidă în posibilitatea de a obține prin intermediul deciziilor judecătorești, despăgubiri pentru acordarea ajutorului medical insuficient [119, 120]. Această ipoteză este susținută atât de cercetările sociologice, cât și de tendința de majorare a numărului cauzelor civile în contravențiile medicale [91, 162].

Expertizele referitoare la activitatea medicală a specialiștilor cu profil chirurgical au fost dispuse mai frecvent pe cauze penale (68,14%). În 26,11% din observații au fost solicitate examinări medico-legale în

comisie pe materiale de control, concluziile cărora servesc, de obicei, drept temei pentru inițierea sau încetarea urmăririi penale. Urmărirea penală și controalele au fost inițiate preponderent în temeiul art. 213 al Codului penal [16], care vizează încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale. Cu mult mai rar, personalul medical a fost învinuit și de alte infracțiuni profesionale prevăzute de legislația penală, precum provocarea ilegală a avortului (art.159 CP), efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art.160 CP), neacordarea de ajutor unui bolnav (art.162 CP) ș.a.

Analiza comparativă a publicațiilor științifice a arătat că, de-a lungul anilor, structura temeiurilor de tragere la răspundere pentru activitate profesională s-a modificat. Astfel, studiind deficiențele din activitatea obstetricienilor și ginecologilor din RSSM, P. I. Maksimov și N. M. Volkova (1977) au constatat în tocmai 26,19% din cazuri tragerea specialiștilor la răspundere pentru provocarea avortului ilegal [105].

Și doar în 5,75% din cazuri, pacienții sau rudele acestora au solicitat despăgubiri pentru prejudiciul material și moral cauzat prin acțiunile personalului medical, expertizele fiind dispuse de către instanțele de judecată pe cauze civile.

Analizând structura cazurilor sub aspect juridic în perioada investigată, am constatat o tendință stabilă de tragere a medicilor la răspundere penală pentru activitate defectuoasă. Totodată, am observat că urmărirea penală a început, preponderent, după decesul pacientului (60,39%). Controalele, în scopul constatării prezenței elementelor eventualelor infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei sau sănătății publice, au fost efectuate în măsură egală: și ca urmare a decesului pacientului (50,85%), și pe marginea plângerilor depuse chiar de bolnavii nesatisfăcuți de serviciile medicale acordate (49,15%). Acțiunile civile împotriva personalului medical au fost inițiate în toate cazurile (100%) de către pacienți.

Suntem de părerea că, odată cu trecerea la asigurarea obligatorie de asistență medicală, tendința de rezolvare pe cale civilă a conflictului dintre personalul medical și pacient sau apropiații acestuia va căpăta în curând proporții semnificative și în Republica Moldova. Acest proces se va afla, credem noi, în raport direct cu accesul societății la informația juridico-medicală și cu gradul de conștientizare a unei posibile recompense și satisfacții financiare.

Studiul comparativ, după nivelul asistenței medicale, a arătat că în staționare au fost tratați 86,28% din numărul pacienților, în timp ce

5,31% au beneficiat de îngrijiri medicale în condiții de ambulatoriu. În 2,65% din expertize, comisia a analizat prestația personalului medical atât din ambulatorii, cât și din spitale. Totodată, în 5,75% din observații, pacienții au rămas nesatisfăcuți de nivelul serviciilor medicale prestate în cadrul instituțiilor medicale particulare. S-a observat că asemenea expertize au început a fi dispuse din anul 2000. Conform anuarelor statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății pentru anul 2007 [50] și 2008 [51], pe teritoriul republicii, în anul 2005, funcționau 398 de instituții medico-sanitare particulare, iar în anul 2008 – 503. Cele relatate ne permit să afirmăm că, odată cu creșterea numărului instituțiilor medico-sanitare particulare din ultimii ani, va crește și frecvența expertizelor cu privire la calitatea asistenței medicale acordate în aceste instituții.

Predominarea esențială a staționarelor față de alte instituții medicale în structura expertizelor cu privire la malpraxis este firească, deoarece e determinată de specificul specialităților chirurgicale, activitatea cărora este preponderent invazivă și necesită condiții specializate. Însă, în acest context s-a constatat o excepție, caracterizată de o frecvență aproape identică a cazurilor de tragere la răspundere a ginecologilor din staționare (27,27%), ambulatorii (27,27%) și instituțiile medicale particulare (36,36%). Acest fenomen se explică prin posibilitatea acordării unor servicii ginecologice neoperatorii în cadrul ambulatoriului și cabinetelor particulare. Totodată, s-a observat o incidență stabilă a expertizelor ce au vizat calitatea asistenței ginecologice în instituțiile particulare după anul 2001, astfel confirmându-se afirmația cu privire la posibila creștere a incidenței cazurilor provenite din aceste instituții.

Prevalarea staționarelor în structura instituțiilor medico-sanitare, personalul cărora a fost învinuit de acordare a asistenței defectuoase, dictează necesitatea evaluării structurii spitalelor după nivelul lor. Astfel, analiza detaliată a structurii expertizelor după nivelul staționarelor față de colaboratorii cărora au apărut diverse obiecții a relevat o predominare semnificativă a spitalelor raionale, medicii cărora au fost cel mai frecvent învinuiți de malpraxis (*fig. 1.3*).

Din *figura 1.3* se observă că medicilor spitalelor municipale din Chișinău și Bălți li s-au incriminat acțiuni neglijente relativ mai rar. Într-o situație mai favorabilă, în acest sens, a fost personalul medical din staționarele republicane, față de care pacienții au prezentat pretenții relativ mai rar. Destul de rar, s-a analizat nivelul serviciilor acordate

pacienților în mai multe spitale, aceștia fiind transferați, de obicei, din instituții raionale sau municipale în cele de nivel republican.

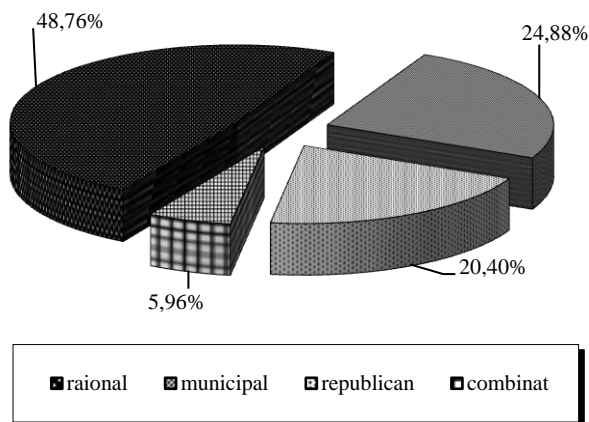


Fig. 1.3. Structura expertizelor după nivelul staționarelor.

Studiul celor mai frecvente specialități chirurgicale învinuite de activitate profesională defectuoasă, în raport cu nivelul staționarelor în care au fost internați pacienții și li s-a acordat asistență medicală, a relevat că în toate cazurile predomină semnificativ spitalele raionale. Drept indicator important al calității serviciilor medicale prestate în staționarele republicii ar putea servi sursa plângerilor referitoare la deficiențe. Astfel, dacă reclamațiile din staționarele raionale (65,31%) și municipale (56%) au provenit îndeosebi din partea rudelor celor decedați, apoi din staționarele de nivel republican (60,98%) au predominat plângerile pacienților, decesul acestora fiind înregistrat mult mai rar.

**DEFICIENȚELE CONSTATATE ÎN ACTIVITATEA
SPECIALIȘTILOR CU PROFIL CHIRURGICAL DIN
REPUBLICA MOLDOVA**

2.1. Frecvența comiterii și structura deficiențelor

Elementele importante ale acestei cercetări sunt existența deficiențelor din activitatea medicală chirurgicală și structura lor, deoarece ele vor confirma sau infirma, în final, justețea și temeinicia obiecțiilor aduse personalului și asistenței medicale. În opinia noastră, justețea pretențiilor pacienților sau apropiaților acestora față de calitatea actului medical poate fi adevărată nu doar de neajunsurile din asistența medicală, ci și de gravitatea acestora, de complicațiile apărute și de legătura de cauzalitate dintre neajunsuri și complicații.

Analiza expertizelor în comisie a constatat că, în majoritatea cazurilor, obiecțiile aduse personalului medical au fost nefondate și nu au avut un substrat obiectiv (*fig. 2.1*).

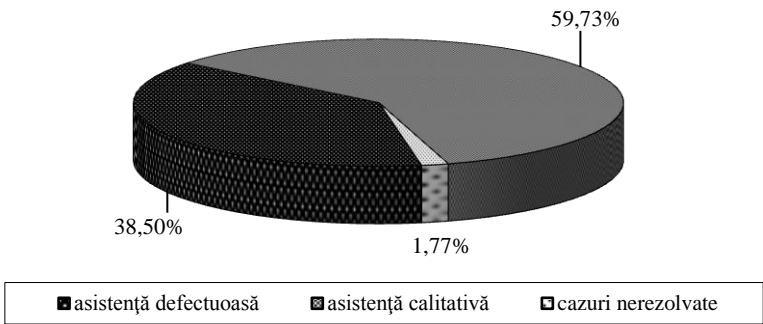


Fig. 2.1. Structura calității asistenței medicale cu profil chirurgical.

După cum rezultă din *figura 2.1*, expertizele în care comisia nu a stabilit derogări de la regulile și metodele de acordare a ajutorului medical, prevăzute de știința medicală și actele normative, au predominat esențial într-un raport de circa 1,5:1 față de cazurile în care neajunsuri în activitatea medicală profesională au fost totuși constatate.

Este de remarcat faptul că, potrivit materialelor cauzelor, drept temei frecvent pentru depunerea plângerilor referitoare la calitatea asistenței medicale, în special în cazurile absenței unor deficiențe, au servit, adesea, încălcările normelor deontologice din partea personalului medical – atitudinea nepăsătoare și chiar brutală, lipsa atenției, receptivității, empatiei și compasiunii față de suferințele bolnavului, aprecierile negative lansate de către medici în prezența pacientului sau rudelor sale cu privire la asistența acordată de către alți colegi, lipsa cooperării medicului cu pacientul în vederea explicării eventualelor riscuri și posibilelor cauze ale eșecului sau complicațiilor apărute ș.a. Asemenea situații determină, chiar de la bun început, apariția dubiilor cu privire la corectitudinea și plenitudinea acțiunilor întreprinse în procesul acordării asistenței medicale. În lotul analizat, într-un număr nereprezentativ de cazuri (17) nu s-au constatat nici deficiențe în acordarea ajutorului medical și nici complicații sau consecințe asupra stării sănătății pacienților. O cauză a apariției plângerilor cu privire la calitatea asistenței medicale putea fi doar încălcarea normelor deontologice.

În acest context subliniem că, pe lângă atitudinea profesionistă față de serviciile pe care le prestează, personalul medical trebuie să respecte principiile eticii și deontologiei medicale și drepturile pacientului, care sunt parte o componentă a actului medical și favorizează procesul de recuperare a bolnavului. Climatul binevoitor, discuțiile și antrenarea activă a bolnavului în luarea deciziilor și procesul diagnostic-curativ sunt garantul unei relații adecvate între medic și pacient sau rudele lui, chiar și în cazul apariției unor complicații nedorite, generate și de unele greșeli ale asistenței medicale. În această ordine de idei, accentuăm necesitatea comunicării dintre personalul medical și pacient sau rudele acestuia, mai cu seamă în cazul refuzului motivat de internare în staționar, deoarece explicațiile incomplete sau brutale vor genera nemulțumiri, apoi plângeri la adresa organelor de resort. Toate acestea sunt prevăzute și în dreptul pacientului la informare, promovat de Legea ocrotirii sănătății [31] și în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36]. Aceste afirmații sunt valabile mai ales în cazul unor specialități

medicale cu profil chirurgical, în care riscul apariției complicațiilor este înalt. Și din contra, ignorarea discuțiilor cu pacientul în vederea explicării tacticii de tratament și specificului manoperelor medicale, neglijarea pacientului în calitate de participant activ la realizarea actului medical, nu numai reprezintă o încălcare a drepturilor pacientului, dar pot determina și apariția unor suspiciuni și, respectiv, învinuiri nejustificate la adresa personalului medical.

În figura 2.1 se evidențiază că într-un număr neînsemnat de observații (1,77%), din cauza insuficienței materialelor prezentate spre cercetare, comisia de experți nu a putut soluționa problemele ridicate de organul de urmărire penală. În acest sens, Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova [15] (art. 88) obligă comisia de experți „să refuze de a face concluzii dacă întrebarea pusă depășește cadrul cunoștințelor de specialitate sau dacă materialele ce i s-au pus la dispoziție nu sunt suficiente pentru prezentarea concluziilor”. Așadar, putem afirma că doar în fiecare a treia expertiză au fost constatate anumite neajunsuri, spectrul acestora fiind diferit – de la caz la caz și de la o specialitate la alta a profilului chirurgical.

Un interes aparte îl reprezintă structura neajunsurilor comise de specialiștii profilului chirurgical în funcție de tipul instituției medico-sanitare. Astfel, indicii obținuți atestă faptul că, în funcție de nivelul instituției medico-sanitare, în activitatea specialiștilor din staționările de nivel raional se constată mai multe deficiențe (tab. 2.1).

Tabelul 2.1

Existența deficiențelor în funcție de nivelul instituțiilor medico-sanitare

Nr. crt.	Tipul instituției medico-sanitare	Deficiențe						Total	
		Prezente		Absente		Nestabilite		abs.	%
		abs.	%	abs.	%	abs.	%		
1.	Staționar republican	3	7,32	38	92,68	–	–	41	100
2.	Staționar municipal	18	36,00	31	62,00	1	2,00	50	100
3.	Staționar raional	54	55,10	41	41,84	3	3,06	98	100
4.	Combinat	4	33,33	8	66,67	–	–	12	100
5.	Ambulatoriu/IMS privată	8	32,00	17	68,00	–	–	25	100
Total		87	38,50	135	59,73	4	1,77	226	100

Așadar, în instituțiile republicane, neajunsurile au fost identificate în 7,32% din observații, în cele municipale – în 36%, iar în spitalele

raionale – tocmai în 55,10%. În acest context, credem că indicii reflectați în *tabelul 2.1* ar putea fi convingători doar în raport cu numărul paturilor înregistrate în staționările republicii. Astfel, potrivit anuarului statistic al Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății [51], în anul 2008, în Republica Moldova erau înregistrate 8224 de paturi în instituțiile republicane, 3470 – în cele municipale și 8303 – în cele raionale. După cum observăm, numărul de paturi în instituțiile medico-sanitare republicane și raionale este același, în timp ce frecvența deficiențelor comise în aceste instituții este cu totul diferită. În baza indicilor menționați s-a dedus că, în staționările republicane, un caz tratat cu deficiențe revine la circa 2741 de paturi, în cele municipale, un asemenea caz revine la 192 de paturi, iar în cele raionale – la 153 de paturi. Prin urmare, putem afirma cu certitudine că frecvența joasă a expertizelor în comisie pe marginea asistenței medicale acordate în spitalele republicane în raport cu alte instituții medico-sanitare și a deficiențelor comise de personalul acestor instituții caracterizează calitatea înaltă a serviciilor prestate în acestea.

Noi am sistematizat și clasificat deficiențele stabilite în practica chirurgicală în: organizatorice, diagnostice, tactice, curative, tehnice și documentare (*tab. 2.2*). În scopul unei reflectări reprezentative, frecvența deficiențelor a fost estimată din numărul de cazuri în care s-au constatat neajunsuri (87).

Tabelul 2.2

Frecvența și tipul deficiențelor constatate în asistența chirurgicală

Nr. crt.	Deficiențele	Frecvența		t	p
		abs.	P _± ES%		
1.	Organizatorice	11	12,64 _± 10,02	1,3	p>0,05
2.	Diagnostice	48	55,17 _± 7,18	7,7	p<0,001
3.	Tactice	49	56,32 _± 7,09	7,9	p<0,001
4.	Curative	60	68,97 _± 5,97	11,5	p<0,001
5.	Tehnice	16	18,39 _± 9,69	2,0	p>0,05
6.	Documentare	29	33,33 _± 8,75	3,8	p<0,001

Astfel, conform indicilor din *tabelul 2.2*, frecvența neajunsurilor arată, spre regret, o predominare semnificativă a celor de ordin diagnostic (55,17_±7,18%, p<0,001), tactic (56,32_±7,09%, p<0,001) și curativ (68,97_±5,97%, p<0,001). În acest context, ținem să subliniem că principiile generale de acordare a asistenței medicale constau anume din

stabilirea diagnosticului clinic, elaborarea tacticii curative și aplicarea măsurilor de tratament. Tocmai din această cauză, considerăm că situația constatată este alarmantă, deoarece neajunsurile afectează în mod evident însăși esența actului medical și ridică o serie de probleme referitoare la calitatea procesului diagnostico-curativ. Totodată, indicii obținuți demonstrează că în fiecare caz de acordare a asistenței medicale defectuoase s-au comis mai multe genuri de neajunsuri. Acest fapt ne permite să presupunem că între diverse deficiențe există o corelație. Adică, unele deficiențe determină în mod direct și consecutiv apariția altora.

2.2. Deficiențele organizatorice

Neajunsuri de ordin organizatoric a comis atât administrația instituțiilor medico-sanitare, cât și personalul medical propriu-zis. Au fost identificate neajunsuri în cadrul angajării personalului medical (lipsa ordinelor de angajare), informaționale (neinformarea conducerii instituției medicale despre apariția unor situații sau cazuri excepționale), neexpedierea pieselor chirurgicale înlăturate pentru examen morfopatologic, nerespectarea ordinelor ce reglementează modul și principiile de efectuare a unor intervenții medicale, pregătirea inadecvată a echipei de intervenție chirurgicală, neorganizarea transportării pacientului într-o instituție medicală de nivel mai înalt, lipsa coordonării dintre ambulatoriu și spitalul raional ș.a.

În acest context, considerăm oportună prezentarea unui caz de organizare defectuoasă a asistenței medicale ginecologice.

Cazul 1. *Pacienta D., 30 ani, la termenul sarcinii de 10–11 săptămâni a solicitat medicul-ginecolog C. din policlinica raională pentru efectuarea avortului. Medicul-ginecolog nominalizat, contrar ordinului Ministerului Sănătății, nu a îndreptat pacienta în spitalul raional, ci a executat, pe data de 08.10.2003, în condiții de ambulatoriu, chiuretajul uterin. Pe 10.10.2003, în legătură cu apariția durerilor violente în abdomen și febrei (38,9°C), bonava D. este internată în regim de urgență în spitalul raional, unde se stabilește diagnosticul clinic: „Stare după avort. Perforație uterină. Hemoperitoneu. Pelvioperitonită”. La indicații vitale, i s-a efectuat histerectomie subtotală. Analizând materialele cazului, comisia de experți a conchis următoarele: „... Pacienta D. a fost internată în spital pe 10.10.2003, ora 11.35 minute, cu diagnosticul „Hemoragie uterină”. Examenul clinic a depistat perforația uterului – consecință a chiuretajului uterin efectuat cu ocazia avortului pe 08.10.2003 în condiții de ambulatoriu, intervenție interzisă de ordinul Ministerului Sănătății. Leziunea menționată prezintă pericol pentru viața pacientei și se califică drept vătămare corporală gravă. Pe 10.10.2003, la indicații vitale (hemoragie uterină), pacienta a*

suportat o intervenție chirurgicală – înlăturarea uterului perforat, care a fost o consecință directă a avortului din 08.10.2003”.

Așadar, din acest caz rezultă că medicul-ginecolog a comis o deficiență organizatorică, încălcând ordinul Ministerului Sănătății ce interzice efectuarea avortului medical în condiții de ambulatoriu. În concluziile sale, comisia de experți a identificat neajunsul, complicația survenită, a apreciat gravitatea vătămării produse prin acțiunile incorecte și a stabilit o legătură directă de cauzalitate între deficiențe și complicații. Drept urmare, neajunsul organizatoric în cauză a servit drept temei pentru inițierea urmăririi penale și calificarea juridică a acțiunilor medicului-ginecolog drept provocare ilegală a avortului (art. 159 CP).

De menționat că și deficiențele organizatorice din cadrul intervențiilor chirurgicale sunt periculoase, uneori chiar fatale pentru pacient. Încă E. V. Smirnov (1976) semnala că indicațiile corecte pentru operație, estimarea termenului efectuării acesteia, organizarea anesteziei și selectarea metodei intervenției chirurgicale au o semnificație decisivă [126]. Prin urmare, chirurgul operator trebuie să țină cont de o serie de factori și condiții importante – gravitatea procesului patologic, maladiile asociate, particularitățile individuale ale bolnavului în momentul în care elaborează tactica curativă și determină componența echipei de intervenție. În așa mod, chirurgul asigură pregătirea echipei operatorii pentru orice complicație eventuală, care ar putea apărea în procesul efectuării operației, în vederea înlăturării ei. Încrederea exagerată a chirurgului (în lipsa stării de extremă necesitate și a riscului întemeiat) în succesul operației, pentru care nu are suficientă experiență și pregătire, este considerată, în literatura juridică [8] și legislația penală (art. 213 din Codul penal [16]), drept una dintre condițiile ce caracterizează latura subiectivă a infracțiunii de încălcare, din neglijență, a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale.

În această ordine de idei, D. Perju-Dumbravă (1999) consideră că rezultatele oricărei intervenții chirurgicale depind de: boală, amploarea intervenției, starea generală a bolnavului, calificarea, experiența, competența, organizarea și conștiinciozitatea echipei, precum și de elementele neprevăzute, riscante [44].

Una dintre deficiențele organizatorice, stabilite frecvent de comisiile de experți, este asigurarea insuficientă a colaborării dintre asistența chirurgicală și cea morfopatologică. Așadar, în unele cazuri, după efectuarea intervențiilor chirurgicale cu extirparea țesuturilor și organelor

(apendice vermiform patologic modificat (ex.: cangrenos), țesut placentar etc.), acestea nu au fost expediate pentru cercetări morfopatologice. Asemenea neajunsuri se răsfrâng direct asupra diagnosticului clinic, care, în final, nu poate fi confirmat prin investigații morfopatologice, fapt ce nu permite justificarea acțiunilor chirurgului și aprecierea corectitudinii acestora. Mai mult decât atât, asemenea neajunsuri pot fi tratate de către organul de urmărire penală drept tentativă de mușamalizare a unor deficiențe grave în acordarea asistenței medicale chirurgicale, mai ales în cazurile de deces al pacientului în scurt timp după intervenție.

Menționăm: coordonarea dintre diferite instituții medicale și organizarea eficientă a asistenței de divers nivel pot fi decisive în evoluția procesului patologic și apariția complicațiilor. Asistența medicală dezorganizată duce inevitabil la târăgănarea acordării ajutorului calificat și pierderea timpului oportun de intervenție.

Prin urmare, pericolul neajunsurilor organizatorice constă în faptul că acestea periclitează, chiar de la bun început, asistența medicală și o sortesc unui eșec. De aceea, este extrem de important și chiar vital ca asistența medicală cu profil chirurgical să fie organizată competent și adecvat patologiei chirurgicale acute.

2.3. Deficiențele diagnostice

Identificarea procesului patologic este una dintre cele mai importante misiuni ale medicului, deoarece tactica tratamentului și orientarea acțiunilor curative vor depinde în totalitate de corectitudinea acestui proces. În acest context, este sugestivă părerea lui R. I. Șmurun (1999): stabilind diagnosticul clinic – viziunea proprie asupra maladiei și pacientului – medicul structurează o imagine, corectitudinea căreia depinde de logica și priceperea sa, iscusința de a lega semnificația diagnostică a simptomelor și a realiza o concluzie cu privire la esența procesului patologic, evoluția și prognosticul acestuia, după cum și la complicații [140]. Prin urmare, stabilirea diagnosticului clinic depinde nu doar de existența unor simptome, ci și de capacitatea medicului de a evalua situația clinică, a propune măsuri de concretizare și a interpreta în comun informațiile obținute. Doar prin prisma acestor condiții putem vorbi despre o gândire clinico-diagnostică adecvată a medicului.

După datele noastre, deficiențele din procesul stabilirii diagnosticului clinic au fost identificate în $55,17 \pm 7,18\%$ din cazuri ($p < 0,001$). Spectrul cauzelor ce au determinat apariția unor deficiențe și probleme

de ordin diagnostic a fost semnificativ. La analiză, cauzele au fost clasificate în două categorii: subiective și obiective (tab. 2.3).

Cauzele subiective ale deficiențelor comise în procesul stabilirii diagnosticului clinic au fost identificate mai frecvent. Deși cauzele obiective s-au înregistrat mai rar, ele, totuși, au contribuit la apariția dificultăților de diagnosticare. Cauzele obiective ale dificultăților de diagnosticare a procesului patologic sau traumei au fost determinate de apariția unor impedimente legate de evoluția clinică a patologiei și existența unor maladii sau stări concomitente care au „mascat” manifestarea „clasică”, iar cele subiective au fost condiționate în totalitate de „factorul uman”, și anume de capacitatea medicului de a-și aplica în practica diagnostică cunoștințele și aptitudinile.

Tabelul 2.3

Cauzele deficiențelor de diagnosticare și frecvența lor (48)

Nr. crt.	Cauzele subiective	Frecvența		t	p
		abs.	P±ES%		
1.	De apreciere a datelor subiective (anamneză, acuze)	12	25,00±12,50	2,0	p<0,001
2.	De examinare clinică	23	47,92±10,42	4,6	p<0,001
3.	De apreciere a datelor paraclinice	25	52,08±9,99	5,2	p<0,001
4.	Subestimarea gravității patologiei	12	25,00±12,50	2,0	p<0,001
Cauzele obiective					
1.	Evoluție atipică a bolii/stare gravă a pacientului	13	27,08±12,33	2,2	p<0,001
2.	Manifestare atenuată a maladiei/timp insuficient	16	33,33±11,79	2,8	p<0,001
3.	Stări ce maschează tabloul clinic	15	31,25±11,97	2,6	p<0,001

Este lesne să deducem că: cauzele obiective nu pot fi preîntâmpinate, nu depind de „factorul uman” și deci nu-i pot fi atribuite medicului în calitate de obiecție, în timp ce cauzele subiective pot și trebuie să fie interpretate drept neajunsuri în procesul de acordare a asistenței medicale. Chiar dacă afirmația în cauză este una destul de categorică și „dură”, ea are totuși dreptul la existență, deoarece tactica curativă și metodele de tratament vor depinde direct de calitatea și plenitudinea diagnosticului clinic. Raționamentul dat mai este susținut și de una dintre cauzele

subiective – „omiterea consultațiilor” –, care, credem noi, se află la limita dintre diagnosticare și tactică, deoarece, pe de o parte, consultațiile altor specialiști orientează și corijează diagnosticul clinic, astfel realizându-se principiul dialectic de diagnosticare, iar pe de alta, acestea fac parte din tactica diagnostico-curativă generală. Cu toate acestea, considerăm că omiterea consultațiilor altor specialiști este un neajuns de diagnosticare, întrucât orientarea lor fundamentală rezidă în completarea și corijarea diagnosticului clinic.

În structura deficiențelor de diagnosticare referitoare la aprecierea datelor subiective ($25 \pm 12,5\%$, $p < 0,001$) s-au regăsit neajunsuri în aprecierea anamnezei (41,67%) și în estimarea acuzelor (58,33%).

Deficiențele diagnostice legate de anamneză au constat în subestimarea (80%) și supraestimarea (20%) datelor anamnezei. În acest context, accentuăm că informațiile de anamneză sunt foarte importante în identificarea procesului patologic, diferențierea lui de alte patologii și orientarea medicului în direcția diagnosticului corect. De ele trebuie să se țină cont, cu toate că sunt niște informații subiective cu caracter primar, iar diagnosticul se bazează pe date obiective. Elaborarea diagnosticului în baza informațiilor clinice și paraclinice obiective este un postulat susținut de întreaga castă a savanților-medici. În această ordine de idei, Iu. N. Stempurski și coaut. (1986) consideră drept condiție fundamentală, în stabilirea diagnosticului, reflectarea obiectivă a stării pacientului [127]. Autorul susține că diagnosticul își poate îndeplini funcțiile cognitivă și practică doar atunci când corespunde cerințelor adevărului obiectiv. Prin urmare, putem conchide că diagnosticul este un adevăr, care urmează a fi descoperit și demonstrat de medic, având o bază obiectivă. Cu toate acestea, atât subestimarea, cât și supraestimarea datelor de anamneză se răsfrâng negativ asupra diagnosticării maladiei. Astfel, neglijarea anamnezei bolii poate fi un eșec informațional destul de semnificativ, mai ales în cazul unor procese patologice cu un debut și o evoluție specifice, cum ar fi, spre exemplu, debutul „abdomenului acut” prin durere violentă sub formă de „lovitură de pumnal”, simptomul Kocher în apendicită, perioada lucidă în traumele craniocerebrale ș.a.

Supraestimarea datelor anamnezei este la fel de periculoasă, deoarece orientează medicul pe calea unui diagnostic eronat, situație ce, în ultimă instanță, determină necesitatea diferențierii mai multor stări patologice și, drept urmare, pierderea oportunității intervenției medicale. Concomitent, supraaprecierea anamnezei maladiei poate condiționa

realizarea unor eforturi nejustificate, care, mai ales în condițiile speciali-
tăților chirurgicale, pot fi și destul de vătămătoare și chiar primejdioase
pentru pacient.

Pe lângă anamneză, și acuzele pacientului sunt indispensabile reali-
zării procesului gnoseologic, care este prejudiciat de neglijarea acestora.
În lotul nostru de cercetare, în 58,33% din cazurile cu deficiențe de
diagnosticare s-a determinat subaprecierea acuzelor. Trebuie de subliniat
că neglijarea sau culegerea insuficientă a datelor subiective îl defavori-
zează pe medic în cadrul diagnosticării și îl plasează într-o poziție
similară cercetătorilor „orbi”, lipsiți de avantajul oferit de cunoașterea
originii, debutului și evoluției procesului cercetat [127].

Din cele relatate rezultă că, acuzele și anamneza trebuie privite
critic, mai cu seamă în cazul copiilor, întrucât capacitatea pacientului de
a reproduce și analiza senzațiile proprii, a le expune desfășurat și consec-
utiv depinde nu doar de vârstă, ci și de o serie de alți factori – cunoș-
tințele generale, experiența proprie, nivelul contactului cu medicul și în-
crederea în acesta, capacitatea de a-și expune senzațiile în termeni adec-
vați și pe înțelesul medicului etc. Deci, pentru o prezentare adecvată a
informației subiective, necesare medicului pentru o primă imagine asupra
procesului patologic, pacientul trebuie să posede un anumit nivel de cu-
noștințe medicale, deoarece unele simptome și informații, care pentru
bolnav sunt inutile sau lipsite de importanță, pot fi de fapt decisive în pro-
cesul de diagnosticare. Spre regret însă, pacienți care ar putea reproduce
adecvat senzațiile și trăirile proprii se înregistrează extrem de rar. De
aceea, medicului îi revin funcțiile de a stabili un contact corespunzător cu
pacientul, a-i câștiga încrederea și a analiza critic și selectiv informațiile
comunicate, după cum și rezultatele „autodiagnosticării” bolnavului [127].

Una dintre cauzele subiective ale deficiențelor de diagnosticare a
procesului patologic, se referă la examinarea clinică a pacientului
($47,92 \pm 10,42$, $p < 0,001$), care a fost divizată în trei categorii: examenul
clinic insuficient (30,43%), interpretarea inadecvată a datelor clinice
(21,74%) și omiterea consultațiilor specialiștilor cu profil îngust (13,04%).
Totodată, s-au constatat și diverse combinații (34,78%) ale acestor trei
categorii.

Examenul clinic inițial al pacientului este sursa primară de informații
obiective, care, împreună cu cele subiective, va forma o primă imagine
a medicului asupra esenței procesului patologic și va determina necesi-
tatea realizării anumitor consultații și cercetări instrumentale/de labora-
tor în vederea completării și rectificării diagnosticului clinic. Deoarece

baza diagnosticului o formează datele obiective, omiterea sau „superficializarea” examenului clinic va avea urmări catastrofale. Analiza minuțioasă la acest compartiment a scos în evidență 30,43% de observații în care dificultățile de diagnosticare a procesului patologic au fost determinate de examinarea clinică insuficientă a pacientului la prima etapă de acordare a asistenței medicale. Deci, de pe pozițiile științei medicale, neajunsul în cauză limitează chiar de la bun început „câmpul de vedere” al medicului, reducându-i, astfel, șansele în stabilirea corectă și oportună a diagnosticului clinic. Trebuie însă să știm că, din punctul de vedere al științei juridice penale [8], examinarea insuficientă a bolnavilor și neefectuarea examenelor diagnostice speciale (complementare) sunt unele dintre cele mai frecvente modalități faptice ale acțiunii (inacțiunii) de încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale.

O cerință ce nu poate fi nicidecum neglijată și care amenință grav procesul cognitiv-diagnostic reprezintă capacitatea medicului de a interpreta adecvat rezultatele examenului clinic. Cercetările noastre au identificat o serie de neajunsuri comise de personalul medical în procesul de apreciere și interpretare a rezultatelor investigațiilor clinice. Astfel, din 21,74% de observații cu deficiențe de interpretare a examinărilor clinice, în 72,73% medicii au subestimat, în 18,18% au supraestimat valoarea acestor informații, iar în 9,09% cazuri au interpretat chiar eronat datele clinice. În acest context, literatura de specialitate [80] avertizează că diagnosticul clinic, din punct de vedere dialectic, nu este static, ci variabil în diferite perioade ale actului medical, ceea ce presupune o permanentă analiză și sinteză a tuturor informațiilor obținute la diferite etape ale evoluției bolii și tratamentului.

Suntem de părerea că una dintre cauzele posibile ale supraestimării valorii datelor obiective în procesul diagnosticării ar putea rezida în încrederea exagerată a medicului în aceste informații, în detrimentul celor subiective. Într-adevăr, analiza minuțioasă a acestui coraport a relevat că aproape în fiecare al treilea caz (28,57%), în care datele subiective (acuzele) au fost subapreciate, s-a înregistrat supraestimarea valorii informațiilor cu caracter obiectiv (examinărilor clinice). Spre regret, cercetările întreprinse nu au putut elucidăa posibilele cauze ale subestimării importanței rezultatelor examinărilor clinice ale pacienților.

În procesul diagnosticării, un rol important le revine consultațiilor specialiștilor cu profil îngust, care vor confirma sau infirma existența maladii ce ține de profilul lor, participând astfel la realizarea diagnosticului

diferențial și concretizarea celui clinic definitiv. Deci, putem afirma că sfaturile altor specialiști sunt menite să interpreteze întregul spectru de informații „oferite” de către pacient și, în așa mod, să contribuie la deplina identificare a procesului patologic. Este evident faptul că neglijarea consultațiilor va prejudicia corectitudinea diagnosticului clinic și va lipsi pacientul de îngrijirile corecte și oportune, generând astfel complicații nedorite, și va încălca dreptul pacientului la opinie alternativă. Analiza deficiențelor din procesul de diagnosticare a arătat că în 13,04% de observații medicii-chirurghi au neglijat părerea și rolul altor specialiști cu profil îngust în evaluarea procesului patologic – nu le-au solicitat consultațiile. Spre regret, informația conținută în materialele acumulate de organul de urmărire penală nu a permis stabilirea posibilelor cauze ale omiterii consultațiilor altor specialiști. Însă, s-a observat că în 71,43% din aceste cazuri s-au înregistrat omiterea investigațiilor complementare, executarea incompletă și întârziată a acestora, situație ce, în ansamblu, determină dificultăți și deficiențe de diagnosticare.

Cazul 2. *Pacienta P., 29 ani, s-a adresat, în anul 2003, la policlinica de sector pe motivul apariției unor eliminări sanguinolente în timpul rapoartelor sexuale. După consultație, medicul-ginecolog i-a prescris pacientei tratament hormonal. În anul 2004, pacienta P. a fost diagnosticată cu „Leucoplachie simplă a colului uterin” și dispensarizată. Având în vedere lipsa efectului curativ, în anul 2005, pacienta a solicitat consultație altui medic, care, după examinare, a îndreptat-o la Institutul Oncologic, unde a fost diagnosticat cancerul de col uterin și i s-a efectuat o intervenție chirurgicală – înlăturarea uterului și anexelor. Din această cauză, pacienta P. a adresat o plângere, prin care a solicitat tragerea la răspundere a medicului-ginecolog. Din concluzia comisiei de experți: „Evoluția cancerului colului uterin la bolnava P. a fost de lungă durată și acesta este o consecință a stării precanceroase a colului uterin, diagnosticată în anul 2004. Cancerul colului uterin putea fi diagnosticat în perioada anilor 2003–2005 de către medicul ginecolog, dacă în acest răstimp se efectua colposcopia. După stabilirea diagnosticului „Leucoplachie simplă a colului uterin”, a fost necesară consultația în Institutul Oncologic. În asemenea circumstanțe, diagnosticul stabilit și neconfirmat a condiționat tratamentul conservator inutil. Dacă pacienta ar fi fost consultată în această perioadă în Institutul Oncologic, înlăturarea uterului și anexelor putea fi evitată”.*

Deci, neajunsurile identificate la cazul dat, manifestate prin omiterea examenului colposcopic și a consultațiilor oncologilor, au determinat în comun diagnosticarea întârziată a cancerului de col uterin, fapt ce

a dictat necesitatea unei intervenții chirurgicale radicale și lipsirea pacienței tinere de posibilitatea de procreare.

Alături de datele examenelor clinice ale pacienților, rezultatele investigațiilor paraclinice (cercetările de laborator și cele instrumentale) vin să completeze șirul surselor obiective de informație și, astfel, să asigure cunoașterea esenței procesului patologic de către medic. La etapa actuală, medicina dispune de posibilități mai avansate și sofisticate de cercetări paraclinice (tomografia computerizată, rezonanță magnetică nucleară), care, prin intermediul tehnicii contemporane de calcul, devin mult mai obiective în raport cu rezultatele interpretărilor medicului, obținute prin prisma senzațiilor sale (palpație, percuție). În medicină, situația dată este o parte componentă a procesului evolutiv. Prin urmare, rezultatele cercetărilor instrumentale și de laborator obțin o valoare informațională în continuă creștere, fundamentând și argumentând astfel procesul firesc de cunoaștere diagnostică. Tocmai din aceste raționamente, neglijarea posibilității de argumentare paraclinică a diagnosticului clinic poate reduce esențial din eforturile medicului, depuse anterior.

Din *tabelul 2.3* observăm: cauzelor subiective ale deficiențelor legate de interpretarea rezultatelor cercetărilor paraclinice le-au revenit $52,08 \pm 9,99\%$ ($p < 0,001$). Structura acestor deficiențe a fost relativ vastă, cuprinzând mai multe motive: omiterea cercetărilor (68%), realizarea incompletă sau cu întârziere a lor (câte 8%), imposibilitatea efectuării cercetărilor (8%), subestimarea și supraestimarea rezultatelor cercetărilor (câte 4%). Așadar, structura deficiențelor diagnostice determinate de cercetările paraclinice a fost dominată esențial de omiterea acestora (68%). Adesea, în procesul diagnosticării, medicii au omis posibilitatea de identificare a maladiei prin realizarea cercetărilor instrumentale și de laborator, în pofida necesității real-existente a acestora pentru concretizarea diagnosticului.

În încercarea de a explica motivele omiterii cercetărilor paraclinice, neajunsul dat a fost analizat în raport cu cauzele obiective ale deficiențelor diagnostice. Astfel, s-a stabilit că cercetările paraclinice nu au fost indicate în 50% din cazurile pacienților aflați în stare gravă (critică), cu boli sau stări concomitente, ce au „mască” procesul patologic ca atare; în 16,67% din observațiile cu evoluție atipică a maladiei și în 21,43% din cazurile însoțite de manifestare clinică atenuată a patologiei. Prin urmare, cauzele omiterii cercetărilor paraclinice și apariției unor deficiențe subiective de diagnosticare au fost obiective.

În structura cauzelor deficiențelor diagnostice determinate de cercetările complementare, pe locul doi, după frecvență, s-a plasat imposibilitatea efectuării acestor cercetări și realizarea parțială sau întârziată a acestora (câte 8%). Imposibilitatea întreprinderii cercetărilor paraclinice a fost determinată de lipsa timpului necesar, ca rezultat al adresării și spitalizării tardive a pacienților, și de starea gravă a acestora cooperarea bolnavului în vederea reușitei examenului complementar fiind importantă. Drept cauză a prescrierii parțiale a cercetărilor complementare a fost identificată evoluția atipică a maladiei de bază, fapt ce, posibil, a orientat medicul într-o direcție eronată, iar el, fără vreo intenție, a omis o parte din cercetările paraclinice necesare pentru stabilirea corectă a diagnosticului. Concomitent, s-a observat că în toate cazurile de efectuare incompletă a cercetărilor complementare au fost subapreciate informațiile cu caracter subiectiv. Această observație accentuează o dată în plus rolul incontestabil al datelor subiective în calitate de sursă primară de informații și orientare diagnostică.

Interpretarea eronată prin subestimarea sau supraestimarea rezultatelor cercetărilor complementare, în structura cauzelor deficiențelor diagnostice determinate de cercetările complementare, a fost înregistrată destul de rar (câte 4%), însă acest fapt nu subminează rolul neajunsurilor menționate în stabilirea defectuoasă a diagnosticului clinic, care, la rândul său, va determina un tratament imperfect.

Cazul 3. *Pacientul M., 33 ani, a fost internat în regim de urgență pe 19.05.2003, ora 07.30, în secția chirurgie. La internare acuza slăbiciune generală, vertije, dureri în abdomen, grețuri și uscăciune în gât. Din anamneză s-a constatat că acuzele au apărut de 9 zile; până la internare a avut accese convulsive și a căzut. Obiectiv: TA – 80/50 mmHg, puls 100 – bătăi/minut, frecvența respirațiilor – 20 mișcări/minut. Abdomenul – mărit în volum din contul ascitei, la palpare – moale, sensibil în regiunea hipocondrului drept, ficatul – mărit, semnele peritoneale – negative. USG abdominală a depistat: ficatul – moderat mărit în dimensiuni, contur neregulat, structură eterogenă, ecogenitate mixtă; splina – ușor mărită; în cavitatea abdominală – lichid liber. Din analiza generală a sângelui: hemoglobină – 126 g/l, eritrocite – 3,7 mil. S-a stabilit diagnosticul: „Hipertensiune portală. Ciroză hepatică decompensată. Ascită. Hepato-splenomegalie. Insuficiență hepatică gr. II.”. Starea generală – în continuă agravare și la ora 09.00, cu obnubilare profundă și fără contact verbal, pacientul a fost transferat în secția terapie intensivă. La 12.00 s-a constatat anemie severă: hemoglobină – 76 g/l, eritrocite – 2,4 mil, hematocrit – 0,22. Cu toate măsurile terapeutice intensive întreprinse și transfuzia a 142 ml de masă eritrocitară, starea pacientului continua să se agraveze și la 16.45 s-a constatat moartea.*

La examinarea cadavrului, pe lângă leziunile țesuturilor moi ale abdomenului (nefixate, de altfel, în fișa medicală), s-au depistat ruptura splinei cu hemoperitoneu de 2500 ml, ciroză hepatică cu dilatare varicoasă a venelor esofagiene. S-a conchis că moartea cet. M. a survenit în urma șocului hemoragic. Comisia de experți a concluzionat: „Diagnosticul clinic la pacientul M. a fost stabilit incorect din următoarele motive: prezența maladiei preexistente – ciroză hepatică decompensată – care a servit ca fundal camuflator pentru maladia principală – ruptura de splină complicată cu hemoragie intraabdominală; evoluția rapidă a hemoragiei, care s-a încadrat, prin semnele sale clinice, aproape perfect în evoluția unei come hepatice; tratarea insuficientă a rezultatelor investigațiilor de laborator: prezența lichidului liber în abdomen la USG și scăderea continuă și severă a indicilor hemoglobinei și eritrocitelor sângelui. Toți factorii indicați au favorizat o greșeală de diagnosticare, care, la rândul ei, a condiționat și o greșeală de tactică în investigare și tratament – a fost aplicat un tratament necesar pentru ciroza hepatică decompensată, dar nu s-a făcut nimic, cu excepția transfuziei de masă eritrocitară, pentru înlăturarea sursei hemoragiei – laparocenteză diagnostică și intervenție chirurgicală urgentă (înlăturarea splinei lezate)”.

Suntem întrutotul de acord cu concluziile comisiei de experți și considerăm că, deși au existat dificultăți obiective de diagnosticare (maladii preexistente, lipsa semnelor de iritare a peritoneului), stabilirea corectă și oportună a diagnosticului clinic a fost totuși posibilă. Diagnosticarea eronată a avut la bază nu numai neglijarea rezultatelor cercetărilor paraclinice, ci și incapacitatea medicilor de a analiza aceste informații în comun cu cele clinice (TA, pulsul), care le-ar fi permis să suspecteze măcar o eventuală hemoragie, cu atât mai mult că pacientul a fost internat cu suspiciuni la abdomen acut.

O cauză subiectivă nu mai puțin periculoasă în generarea neajunsurilor de diagnosticare și tratament este subestimarea gravității procesului patologic, care a fost înregistrată în $25 \pm 12,5\%$ ($p < 0,001$) din observații (tab. 2.3). Acest neajuns ține, credem noi, de capacitatea medicului de a analiza, sinteza și interpreta rezultatele cercetărilor clinice și complementare. Prin urmare, subestimarea gravității maladiei poate avea la bază insuficiența informațiilor clinice și paraclinice și/sau imperfecțiunea gândirii clinice a medicului.

Analiza acestui neajuns, în raport cu altele, de origine subiectivă, a relevat o legătură reciprocă evidentă. Astfel, subestimarea gravității maladiei a fost determinată de subestimarea datelor subiective (33,33%), de examinarea insuficientă a pacientului și subaprecierea datelor clinice (câte 33,33%), de omiterea sau prescrierea parțială a cercetărilor

paraclinice (41,67%) și de omiterea consultațiilor altor specialiști (16,67%). Totodată, s-a stabilit că la originea subestimării gravității procesului patologic au stat și cauze obiective – evoluția atipică a maladiei (33,33%), manifestarea clinică atenuată a patologiei, starea gravă a pacientului și stările concomitente mascante ale tabloului clinic (câte 16,67%). Din cele prezentate rezultă, totuși, o predominare esențială a cauzelor subiective față de cele obiective în geneza subestimării gravității procesului patologic sau traumei.

Cauzele obiective ale deficiențelor de diagnosticare a maladiei sunt determinate de particularitățile evolutive ale procesului patologic, adică de factori ce nu depind de voința sau capacitățile medicului. Cu toate că acestea au reprezentat minoritatea, în structura motivelor neajunsurilor diagnostice, rolul lor în apariția deficiențelor menționate nu poate și nu trebuie să fie subestimat. Cazul 3 reflectă elocvent dificultățile cu care se confruntă medicul în procesul diagnosticării patologiei, dacă există factori obiectivi ce influențează deciziile și concluziile sale, dirijându-le pe o cale greșită.

În lotul de studiu, cauzele obiective ale deficiențelor legate de diagnosticarea proceselor patologice au avut o frecvență foarte similară (*tab.* 2.3). În această ordine de idei, printre cauzele obiective s-au constatat dificultăți create de starea gravă a pacientului, devierea tabloului clinic „clasic” al maladiei ($27,08 \pm 12,33$, $p < 0,001$). O cauză obiectivă nu mai puțin importantă, ce poate prejudicia corectitudinea evaluării procesului patologic, este și manifestarea clinică redusă a acestuia, mai cu seamă în cazurile adresării tardive după asistență medicală chirurgicală ($33,33 \pm 11,79$, $p < 0,001$). Asemenea factori au o semnificație maximă mai ales pentru procesul chirurgical acut, timpul fiind una dintre cele mai decisive condiții în reușita realizării actului diagnostico-curativ. Stărilor ce au mascat tabloul clinic le-a revenit cea mai mică frecvență ($31,25 \pm 11,97$, $p < 0,001$), însă acest fapt nu le subminează nicidecum rolul în apariția dificultăților obiective de diagnosticare. În structura acestora au fost identificate maladii concomitente (66,67%) și stări patologice mascante de tratamentul simptomatic inițiat (33,33%). Stările mascante domină și „șterg” oarecum tabloul clinic al maladiei de bază, care și servește drept motiv real pentru adresare după asistență medicală. În acest context, menționăm că multe dificultăți s-au înregistrat la diagnosticarea traumelor craniocerebrale pe fundal de ebrietate alcoolică. Pentru procesul de diagnosticare, rolul negativ al stărilor mascante este mult mai evident îndeosebi în cazul asocierii acestora cu

manifestarea clinică atipică a maladiei (ea a fost identificată în 50% din cazurile cu stări patologice mascante).

Așadar, cauzele obiective ale deficiențelor de diagnosticare nu permit descoperirea datelor subiective, limitează medicul în examinarea clinică a pacientului prin lipsa cooperării acestuia, se răsfrâng negativ asupra hotărârilor privind necesitatea consultațiilor altor specialiști și cercetărilor complementare, creează impedimente și dificultăți în realizarea diagnosticului diferențial și, în așa mod, în identificarea veritabilului proces patologic etc. Dar, pericolul cel mai mare de apreciere eronată a diagnosticului clinic apare în cazul asocierii mai multor cauze obiective. În lotul analizat, o atare asociere a cauzelor obiective a fost totuși înregistrată, însă într-un număr nesemnificativ de expertize, în care au fost identificate neajunsuri diagnostice.

Cu toate că cercetările similare ale unor savanți [139] au scos în evidență, în calitate de cauză obiectivă a dificultăților și neajunsurilor de diagnosticare, raritatea unor procese patologice, în lotul de referință, asemenea cauze nu au fost identificate. Așadar, putem afirma că diagnosticul clinic, în esență, este o totalitate și o sinteză a tuturor informațiilor de ordin subiectiv și obiectiv, obținute în procesul investigării pacientului și cunoașterii procesului patologic, precum și diferențierii lui de alte maladii. Este evident că omiterea unora dintre ele va determina apariția dificultăților și deficiențelor de diagnosticare și va prejudicia, în așa mod, calitatea actului medical.

În stabilirea diagnosticului clinic, medicul trebuie să respecte câteva cerințe principale: corectitudinea, plenitudinea și oportunitatea identificării procesului patologic [127]. Din aceste considerente, în vederea aprecierii sub toate aspectele a valorii diagnosticului clinic, acesta a fost analizat meticolos de pe pozițiile corectitudinii, plenitudinii și oportunității (tab. 2.4).

Tabelul 2.4

Caracteristicile diagnosticului clinic în cazurile cu deficiențe în asistența medicală

Caracteristicile diagnosticului											
Corect, complet, oportun		Corect, complet, inoportun		Corect, incomplet, oportun		Corect, incomplet, inoportun		Incorect		Total	
abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
39	44,83	19	21,84	18	20,69	3	3,45	8	9,10	87	100

Astfel, analizând în ansamblu observațiile în care au fost identificate diverse neajunsuri, s-a constatat că în majoritatea cazurilor, diagnosticul clinic a fost stabilit corect, complet și într-un termen optim (44,83%), pentru a întreprinde măsuri adecvate de tratament.

Conform acestei structuri, în spectrul diagnosticelor cu deficiențe au predominat cele stabilite corect și complet, însă inoportun (21,84%), fiind urmate de cele cu neajunsuri la capitolul *plenitudine* (20,69%). Pericolul major al identificării cu întârziere a procesului patologic constă în inițierea tardivă a măsurilor curative, mai cu seamă în patologia chirurgicală acută, creându-se astfel premise de apariție a unor complicații nedorite. În acest sens, cercetările efectuate de V. Cazacov și coaut. (2007) au arătat că întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12 ore crește de 3 ori riscul decesului, iar cu mai mult de 24 ore – de 9 ori [10]. Această afirmație rezultă mai cu seamă din specificul patologiei chirurgicale acute sau al traumei, care dictează necesitatea începerii cât mai operative a procedurilor de tratament

Spre regret, fiecare al zecelea caz (9,10%) de acordare defectuoasă a asistenței medicale a avut la bază stabilirea incorectă a diagnosticului clinic. Deși este lesne a deduce că, și cazul 3 demonstrează acest fapt, un diagnostic eronat determină o tactică greșită și un tratament inutil. În cel mai bun caz, un atare tratament nu dăunează pacientului, dar nici maladia de bază nu o tratează; pe un asemenea substrat, ea evoluează în continuare, agravând starea bolnavului și sporind riscul apariției complicațiilor. În acest sens, I. G. Vermeli (1988) afirmă: „...Diagnosticarea este un proces de cunoaștere și identificare treptată a esenței manifestărilor patologice, iar diagnosticele primare și cele „intermediare” nu întotdeauna reprezintă o viziune greșită asupra maladiei” [80]. Autorul subliniază că aceste diagnostice sunt, deseori, adevăruri relative, care, în procesul supravegherii și examinării bolnavului, se pot completa, concretiza, dar nicidecum anula. Incorect poate fi considerat doar acel diagnostic clinic care nu corespunde realității și nu orientează asistența medicală în direcția celui mai eficient tratament.

2.4. Deficiențele tactice

Una dintre componentele de bază ale esenței actului medical este tactica diagnostico-curativă elaborată de medic. De corectitudinea acestui proces va depinde esențial atât continuitatea diagnosticării, cât și volumul măsurilor curative întreprinse în vederea vindecării pacientului,

adică, calitatea ajutorului medical acordat. Tocmai din aceste considerente, unii cercetători [137, 139] nu fac o delimitare strictă între deficiențele tactice de cele diagnostice și curative, prezentându-le drept tactico-diagnostice și tactico-curative. Această abordare este și firească, deoarece principiile tactice sunt indispensabile actului medical și, totodată, stau la baza procesului diagnosticării maladiei și tratării pacientului.

În cercetările noastre, deficiențele tactice au fost identificate în $56,32 \pm 7,09\%$ ($p < 0,001$) din cele înregistrate în asistența medicală. Analiza minuțioasă a acestor observații a permis stabilirea structurii deficiențelor tactice (tab. 2.5).

Din tabelul 2.5 rezultă că deficiențele tactice au fost comise la diferite etape ale asistenței medicale: la internare și diagnosticare, în procesul acordării ajutorului medical și la externare. Frecvența înaltă a diferitor deficiențe tactice este un argument convingător că în unele cazuri au fost comise, concomitent, mai multe deficiențe legate de strategie.

Tabelul 2.5

Frecvența deficiențelor tactice

Nr. crt.	Deficiențele tactice	Frecvența		t	p
		abs.	P \pm ES%		
1.	De spitalizare	13	26,53 \pm 12,24	2,2	p<0,001
2.	De consultare	14	28,57 \pm 12,07	2,4	p<0,001
3.	De intervenție chirurgicală	25	51,02 \pm 10,00	5,1	p<0,001
4.	Altele	19	38,78 \pm 11,18	3,5	p<0,001

În lotul analizat, deficiențele tactice legate de spitalizarea pacienților (26,53 \pm 12,24; p<0,001) au vizat, aproape în aceeași măsură, internarea întârziată (53,85%) și cea realizată în secții sau instituții de alt profil decât cel necesar conform maladiei de bază (46,15%). În acest sens, oportunitatea măsurilor curative depinde mult de internarea la timpul potrivit a pacientului. Orice ezitare poate târăgăna momentul inițierii procedurilor de tratament, situație ce poate să se soldeze cu urmări dezastruoase pentru pacientul cu patologie chirurgicală acută sau cu traumă.

Este de menționat că spitalizarea întârziată sau nerealizată, perfecționarea înainte de termen a formularelor de ieșire a bolnavilor din spital sunt considerate de dreptul penal [8] ca cele mai frecvente modalități faptice ale acțiunii (inacțiunii) de încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale.

Internarea cu întârziere poate avea drept cauză neajunsurile din acordarea asistenței atât la nivel prespitalicesc (ambulatoriu sau de urgență), cât și spitalicesc. În cercetările noastre au predominat cazurile de internare întârziată determinată de acțiunile și deciziile personalului medical al staționarelor.

Cazul 4. *Din ordonanța de dispunere a expertizei medico-legale rezultă că pe 20.08.1998, în jurul orei 19.20, la spitalul satului R., cu un automobil de ocazie, a fost adus cet. S., 40 ani, fără cunoștință, de la care mirosea intens a alcool. Personalul medical, examinându-l superficial, a stabilit diagnosticul de stare de ebrietate și l-a scos afară din secția de internare a spitalului, culcându-l pe iarbă. Pe la orele 20.00–21.00, pacientul a fost adus din nou la același spital. Asistenta medicală de serviciu, bănuind o traumă craniocerebrală, l-a internat în secția neurologie și l-a sunat (la domiciliu) pe medicul de gardă, anunțându-l despre internarea pacientului. Medicul însă nu a venit să consulte pacientul, recomandându-i asistentei să-l lase în secție până se va trezi. În jurul orelor 01.00–02.00, starea pacientului s-a agravat. La o solicitare repetată, medicul de gardă s-a prezentat totuși în secție și a îndreptat pacientul la spitalul raional, unde a fost internat la ora 04.15, iar la 06.45 a decedat. La autopsie s-a depistat o traumă craniocerebrală închisă cu fractură înfundată a oaselor parietal și occipital pe dreapta și cu hematom subdural de 150 ml.*

În acest caz, personalul medical nu era în drept, nici de pe poziții normative, nici moral-profesionale, să refuze internarea pacientului inconștient, chiar dacă acesta prezenta simptomele unei ebrietăți alcoolice, cu atât mai mult să nu-l supună unui examen clinic și paraclinic minuțios după spitalizare în vederea stabilirii diagnosticului clinic și aplicării măsurilor de tratament. Din materialele cauzei penale a rezultat că, nici fișa medicală a bolnavului staționar nu a fost perfectată.

În viziunea noastră, drept temei pentru internare întârziată pe motivul refuzării spitalizării anterioare ar putea servi cauzele subiective – culegerea incompletă a acuzelor și datelor de anamneză, examinarea clinică superficială a pacientului, omiterea cercetărilor complementare – și cele obiective – stările concomitente camuflatoare, evoluția atipică și slab manifestată a procesului patologic. În această ordine de idei, este de remarcat faptul: cauzele subiective menționate trădează o atitudine nepăsătoare și neglijentă a personalului medical față de îndatoririle sale de bază, care se poate solda cu consecințe juridice.

Nu mai puțin periculoasă pentru viața bolnavului este și internarea acestuia într-o secție de alt profil decât cere patologia de bază, deoarece confuzia creată va condiționa inevitabil pierderea timpului, atât de

necesar în vederea asigurării oportunității măsurilor curative, lipsindu-l pe pacient de îngrijirile medicale necesare. Importanța acestei afirmații devine incontestabilă mai ales atunci când în pericol este pusă viața a câtorva pacienți (spre exemplu, a femeii și a pruncului).

Cazul 5. *Pacienta P., 31 ani, asistentă medicală, cu sarcină la termen de 29-30 săptămâni, s-a adresat pe 03.12.06, ora 18.00, la maternitatea municipală pe motivul durerilor în epigastru cu iradiere în regiunea iliacă dreaptă. A fost examinată de către medicul-obstetrician de gardă, care a constatat în anamneză cicatrice a uterului după miomectomie (2005), clinic și obstetrical fără particularități și cu diagnosticul „Sarcină 29–30 săptămâni. AOC (cicatrice pe uter). Apendicită acută?”. Medicul a îndreptat-o la consultația medicului-chirurg. La 21.38, pacienta a fost internată în secția chirurgie. Obiectiv: Respirație veziculară. Zgomote cardiace ritmice, clare. TA – 110/70 mmHg, pulsul – 110 bătăi/min. Limba – uscată, saburată. Abdomenul – mărit în volum din cauza uterului, participă limitat la respirație; la palpate – moale, dureros în regiunea mezogastrică dreaptă și iliacă, moderat dureros în epigastru. Uterul – la ½ distanță dintre ombilic și xifoid. Semnele excitației peritoneului – pozitive? A fost stabilit diagnosticul: „Apendicită acută? Sarcină de 29–30 săptămâni” și s-a indicat tratament de dezintoxicare și antiseptice. La ora 24.00 s-a efectuat USG, care a constatat: „bazinul mic e dificil de examinat din cauza sarcinii” și a concluzionat „colecisto-pancreatită cronică”. Pe 04.12.06, ora 03.00, durerile în abdomen se intensifică, indicii vitali se alterează și sunt stabilite semne peritoneale pozitive pe întreaga arie abdominală. La ora 04:30 este convocat consiliul medical, care conchide despre necesitatea intervenției chirurgicale la indicații vitale. Între 05.35 și 07.30 este efectuată laparotomia, în cadrul căreia a fost depistată dehiscența cicatricei localizate la fundul uterului, a fost extras fătul mort cu rigiditate cadaverică și depistate semne de dezlipire a placentei inserate în regiunea cicatricei. Intraoperator, s-a luat decizia de înlăturare subtotală a uterului. Comisia de experți a conchis următoarele: „În asistența medicală acordată pacientei P. au fost constatate deficiențe tactico-diagnostice. Așadar, după consultația primară, efectuată de medicul-obstetrician, pacienta necesită internare urgentă în centrul perinatalogic cu invitarea chirurgului și a altor specialiști. Această acțiune ar fi urgentat acordarea ajutorului medical specializat. Ținând cont de prevederile ghidurilor obstetricale și de caracterul rupturii uterine, constatată intraoperator, considerăm că la momentul efectuării intervenției nu existau indicații absolute și vitale pentru înlăturarea uterului. Având în vedere prezența în anamneză a intervenției chirurgicale pe uter cu formarea cicatricei, pentru concretizarea diagnosticului și elaborarea tacticii ulterioare, în perioada 24.00-03.00 (04.12.2006) era necesară invitarea medicului-ginecolog și monitorizarea mai frecventă în dinamică a pacientei. Toate investigațiile prescrise bolnavei de către chirurg*

au fost necesare, corecte și efectuate la timp. Totodată, pentru concretizarea diagnosticului mai era necesară laparoscopia diagnostică.

Manifestările clinice ale patologiei, solicitarea întârziată a ginecologului pentru consultare și neefectuarea laparoscopiei diagnostice au determinat executarea întârziată a intervenției chirurgicale. Monitorizarea obstetricală a pacientei ar fi permis suspectarea precoce a suferinței fetale cu intervenție mai rapidă și, posibil, extragerea unui făt viu. Având în vedere anamneza obstetricală agravată la pacienta P., posibilitatea apariției rupturii de uter la termenul sarcinii de 30 săptămâni putea și trebuia să fie suspectată de obstetrician și chirurg. Ținând cont atât de prematuritatea fătului, rata înaltă a mortalității perinatale a feșilor născuți la un asemenea termen, cât și de deficiențele tactico-diagnostice admise în asistența medicală, comisia nu poate aprecia care dintre acești factori a fost decisiv în survenirea morții fătului. Din aceste considerente, nu poate fi stabilită o legătură certă de cauzalitate între deficiențele admise în asistența medicală acordată pacientei P. și decesul fătului ei. Însă, între efectuarea întârziată a intervenției chirurgicale și înlăturarea uterului există o legătură de cauzalitate directă”.

Din cazul prezentat rezultă că, cunoscând gravitatea și pericolul complicațiilor patologiei chirurgicale acute, medicii preferă, în cazul celor mai mici suspexții la „abdomen acut”, să orienteze pacientul pentru consultația chirurgului. Spre regret, acest procedeu, în lipsa unui examen clinic minuțios, poate duce la erori tactice. Așadar, prima eroare tactică a fost comisă de către medicul-obstetrician, care trebuia să interneze pacienta cu termenul avansat al sarcinii și anamneza ginecologică agravată în spital și să solicite consultațiile altor specialiști, inclusiv a chirurgului. În așa mod, ar fi fost posibilă monitorizarea concomitentă și continuă a stării femeii, dar și a fătului, fiind astfel cu puțință stabilirea oportună a momentului apariției complicațiilor, sub formă de dezlipire a placentei și rupturii uterului, și respectiv – efectuarea intervenției chirurgicale în timp util. Totodată, și medicul-chirurg a comis o greșeală tactică: internând femeia cu termen avansat al sarcinii și anamneză ginecologică agravată, trebuia să monitorizeze pacienta mai frecvent și să solicite consultația medicului-obstetrician pentru supravegherea stării fătului. O dovadă a intervenției întârziate este și rigiditatea cadaverică la făt. Deci, neajunsurile tactice au determinat diagnosticarea întârziată a complicațiilor și intervenția chirurgicală inoportună, care s-au soldat cu moartea fătului, înlăturarea uterului și lipsirea femeii tinere și fără copii de capacitatea de procreare.

Rolul indubitabil al consultațiilor altor specialiști în procesul acordării asistenței medicale și realizării continuității actului diagnostico-curativ a fost deja scos în evidență și discutat. În acest context, considerăm că omiterea consultațiilor este un neajuns atât diagnostic, cât și tactic, întrucât acesta ține de strategia generală de acordare a asistenței medicale, bazată pe capacitatea medicului de a supune unei analize și sinteze serioase întreg spectrul de informații obținute la caz. Capacitatea în cauză, numită „gândire clinică”, determină deciziile și acțiunile medicului, care și formează în ansamblu tactica medicală. Consultațiile sunt necesare nu numai pentru stabilirea și concretizarea diagnosticului, dar și pentru elaborarea și aplicarea celor mai adecvate măsuri de tratament. Așadar, consultațiile tactice pot fi realizate prin convocarea consiliilor, prin solicitarea părerii și ajutorului colegilor mai experimentați (ex.: pe linia Aviasan) etc. Ansamblul acestor măsuri va avea menirea să elucideze toate aspectele unui caz dificil, pentru o bună realizare a ajutorului medical specializat și calificat.

În continuarea ideilor expuse, dicționarul explicativ al limbii române [25] definește tactica drept „o totalitate a mijloacelor și procedeele necesare pentru atingerea unui scop”. În sens medical, scopul constă în ameliorarea stării generale și vindecarea pacientului, condiții ce pot fi atinse doar printr-o strategie bine chibzuită.

Analiza lotului de cazuri cu deficiențe tactice a scos în evidență neajunsuri legate de consultații în $28,57 \pm 12,07\%$ ($p < 0,001$) (tab 2.5). Dintre acestea, 57,14% le-au revenit consultațiilor efectuate cu întârziere, iar 42,86% – omiterii consultațiilor.

Decizia cu privire la necesitatea efectuării intervenției chirurgicale poate fi luată numai după realizarea cercetărilor diagnostice. Deci, rezultatele acestor cercetări dictează și argumentează o atare decizie. Nu trebuie însă neglijat nici faptul că, adeseori intervențiile chirurgicale se execută nu doar cu scop curativ, ci și cu scop diagnostic, pentru a exclude sau a confirma prezența procesului patologic. Din tabelul 2.5 observăm că deficiențele legate de decizia cu privire la intervențiile chirurgicale au fost înregistrate în $51,02 \pm 10\%$ ($p < 0,001$) din observațiile cu neajunsuri. Aceste deficiențe tactice s-au exprimat prin efectuarea cu întârziere a intervenției chirurgicale și neîndeplinirea acesteia.

Așa cum decizia despre necesitatea intervenirii pe cale chirurgicală depinde de rezultatele diagnosticării, între aceste elemente ale actului medical trebuie să existe și o legătură de cauzalitate. Cercetările efectuate

În acest scop au arătat că decizia greșită cu privire la intervenția chirurgicală a fost determinată în 32% de un diagnostic incomplet, în 40% – de un diagnostic stabilit cu întârziere și în 20% – de un diagnostic incorect. Deci, nediagnosticarea maladiilor sau a complicațiilor acestora se răsfrânge cel mai mult asupra deciziei privind necesitatea operației și este cauza cea mai frecventă a acestei erori tactice.

În cursul acordării asistenței medicale, chirurgii au comis și alte deficiențe tactice ($38,78 \pm 11,18\%$, $p < 0,001$), în structura cărora au fost identificate neefectuarea unor măsuri necesare (52,63%), înlăturarea nejustificată a organelor interne (21,05%) și externarea timpurie din instituția medicală (26,32%).

În procesul acordării asistenței, medicii întreprind diferite acțiuni de ordin strategic, care, împreună cu stabilirea diagnosticului și elaborarea tacticii de tratament, reprezintă esența actului medical. În structura altor deficiențe tactice, în 52,63% din cazuri au fost identificate neajunsuri legate de neefectuarea anumitor măsuri necesare în scopul prevenirii apariției complicațiilor, rezolvării cazurilor dificile etc. – neefectuarea probelor prealabile de sensibilitate individuală, obligatorii pentru anumite remedii medicamentoase; omiterea convocării consiliilor clinice; omiterea solicitării ajutorului pe linia Aviasan; neaplicarea forcepsului pentru finisarea rapidă a nașterii complicate și prevenirea suferințelor pruncului; neefectuarea unor cercetări paraclinice (ex.: USG, examen bacteriologic), necesare elaborării tacticii curative ș.a.

În contextul relatat, literatura medicală [73, 122] abordează pe larg problema reacțiilor alergice, ce se dezvoltă în urma administrării diverselor preparate medicamentoase. Ținând cont de frecvența înaltă a complicațiilor alergice, unele medicamente (ex.: novocaina, reopoliglucina ș.a.) se administrează doar după efectuarea probei individuale de sensibilitate. În cazurile anamnezei alergice agravate, logica impune necesitatea efectuării probei individuale de sensibilitate chiar și la unele medicamente, administrarea cărora nu prevede această probă. De menționat că nerespectarea acestei cerințe obligatorii poate genera reacții anafilactice și pune în pericol viața pacientului. Din punctul de vedere al dreptului penal [8], administrarea incorectă a preparatelor medicale atrage după sine responsabilitate juridică, mai ales dacă substanța medicamentoasă se administrează fără probă prealabilă, fapt ce generează șoc anafilactic și decesul bolnavului.

În procesul intervenției chirurgicale, medicul acumulează tot mai multe informații obiective despre procesul patologic, care îi orientează sau corijează diagnosticul clinic preoperator. Volumul informațional în creștere solicită analiza imediată a acestuia și corijarea permanentă a tacticii prin luarea noilor decizii. Aflându-se în plină intervenție, chirurgul are puțin timp pentru analizare și decideră, fapt ce poate, în funcție de experiența și aptitudinile lui, de unele împrejurări, să influențeze calitatea deciziilor luate.

În structura altor deficiențe tactice, în 21,05% din cazuri, comisiile de experți s-au referit la lipsa unor indicații absolute sau vitale pentru înlăturarea viscerelor în cadrul intervențiilor chirurgicale. Prin urmare, putem vorbi despre o extirpare nejustificată a organelor interne. În lotul analizat, toate aceste cazuri au avut loc în procesul acordării asistenței medicale femeilor gravide, realizându-se extirpări neîntemeiate ale uterului și înlăturări ale ambelor ovare, situații calificate de către comisiile de experți drept vătămare corporală gravă, în baza criteriului de pierdere a organului sau funcției acestuia. Așadar, toate aceste cazuri s-au finisat cu castrarea neargumentată a femeilor și lipsirea acestora de posibilitatea de procreare. Aceste cazuri sunt o dovadă în plus a dificultăților cu care se confruntă chirurgul și a însemnătății deciziilor pe care trebuie să le ia în cadrul intervențiilor chirurgicale. Totodată, cazurile sunt și un argument convingător în favoarea necesității examinării depline a pacientului și dezvoltării gândirii clinice desfășurate a medicului, bazată pe informațiile subiective, dar în special pe cele obiective.

În afară de internarea întârziată, și externarea timpurie a pacientului prezintă un pericol ascuns. În lotul cazurilor cu alte deficiențe tactice, 26,32% de bolnavi au fost externați prematur (*tab 2.5*). Considerăm că externarea pacientului poate fi admisă doar după stabilirea diagnosticului, stabilizarea și ameliorarea stării generale prin măsuri curative, excluderea riscului apariției complicațiilor. Pacientul cu un diagnostic incert, clinic și instrumental incomplet cercetat, fără dinamică pozitivă a stării generale pe fundal de tratament, cu existența pericolului de apariție a complicațiilor, nicidecum nu poate fi externat. Dar, dacă totuși pacientul insistă asupra externării premature și situația, în aparență, permite acest lucru, medicul este dator să-l informeze în scris, cu contrasemnătură în fișa medicală, despre pericolul acestei decizii. În așa mod, medicul trece răspunderea pentru această decizie asupra

pacientului. De altfel, bolnavul nu trebuie oprit forțat; el poate părăsi de sine stătător instituția medicală, fără acordul personalului medical.

2.5. Deficiențele curative

După stabilirea diagnosticului și elaborarea tacticii diagnostico-curative, urmează, evident, tratamentul, care, în specialitățile cu profil chirurgical, cuprinde măsuri conservatoare și chirurgicale.

În observațiile cu asistență defectuoasă, neajunsurile curative au fost înregistrate în $68,97 \pm 5,97\%$ ($p < 0,001$). În structura acestora, deficiențele operatorii au predominat esențial (63,33%), iar cele legate de administrarea tratamentului conservator au fost înregistrate ceva mai rar (21,67%). Totodată, în unele cazuri (15%), comisiile de experți au constatat neajunsuri, și în tratamentul operatoriu, și în cel conservator.

Cazul ce urmează este elocvent pentru neajunsurile tactico-curative comise în acordarea asistenței de chirurgie generală.

Cazul 6. *Pacientul B. a fost internat în secția chirurgie a spitalului raional pe 03.08.2005 și diagnosticat cu „Plagă scalpată a plantei pe stânga. Stare de ebrietate avansată”. Din spusele însoțitorilor s-a stabilit că a suferit un accident rutier, fiindu-i traversată planta piciorului cu roata microbuzului. Local, s-a constatat o plagă scalpată masivă în regiunea călcâiului pe stânga, cu vizualizarea osului calcaneu și tendonului Ahile, cu hemoragie moderată, murdară de nisip, iarbă, băligar, diferite gunoaie. După spălare cu apă oxigenată și furacilină, plaga a fost suturată și s-a aplicat pansament aseptice. S-a recomandat tratament simptomatic și antibioterapie. Pe 04–05.08.2005 a apărut febră inconstantă până la 39°C, iar local, s-a observat cianoză și edem pronunțate pe un sector masiv adiacent plăgii, cu necrozarea marginilor acesteia. S-au efectuat necrectomia și prelucrarea cu iod și apă oxigenată. Pe 06.08.05, ora 19.00, medicul-chirurg de gardă a constatat agravarea bruscă și considerabilă a stării generale a pacientului, manifestată prin obnubilare, apariția mișcărilor haotice, transpirație rece, alterarea marcată a hemodinamicii. Local, s-au depistat edem pronunțat și pigmentația pielii pe gamba stângă. S-au recomandat perfuzii cu sol. Glucoză (5%) – 500 ml, sol. NaCl (0,9%) – 500 ml și tratament simptomatic. La următoarea vizită, efectuată doar la 23.00, s-a stabilit agravarea în dinamică a stării generale a pacientului și s-a recomandat consultația reanimatologului (?!). Pe 07.08.2005, la ora 00.05, în lipsa supravegherii, s-a constatat decesul pacientului. La autopsia medico-legală, drept cauză a decesului pacientului B., a fost indicată gangrena gazoasă a membrului inferior stâng.*

Din cazul elucidat rezultă clar că chiar la internare, chirurgul a comis o eroare tactico-curativă – a suturat plaga impurificată, creându-se, astfel, condițiile necesare dezvoltării infecției anaerobe. Totodată, după agravarea stării generale a pacientului, măsurile curative (administrarea medicamentelor, supraveghere) și cele tactice (consultații, consiliu) au fost evident insuficiente gravității procesului patologic. În acest caz, neajunsurile curative au determinat apariția complicațiilor nediagnosticate, care, la rândul lor, rămânând netratate, au încheiat cercul vicios. Prin urmare, între deficiențele diagnostice și cele curative există și o relație inversă de dependență.

După cum rezultă și din observația prezentată, în lotul cercetat, deficiențele curative au fost determinate de supravegherea insuficientă a pacientului, dificultățile operatorii tehnice și neajunsurile legate de intervenția chirurgicală ca atare.

În procesul aplicării măsurilor curative este importantă monitorizarea în dinamică a stării bolnavului, iar informațiile obținute vor permite observarea reacției organismului la tratament și intervenirea, în caz de necesitate, pentru diagnosticarea precoce a complicațiilor și corijarea tratamentului. Totodată, dinamica pozitivă a stării generale a pacientului va caracteriza în mod indirect calitatea diagnosticului stabilit și a tratamentului aplicat.

În lotul deficiențelor curative, supravegherea insuficientă a pacienților s-a constatat în 23,33% din observații. Monitorizarea insuficientă a bolnavilor a fost înregistrată mai frecvent în cazul aplicării măsurilor conservatoare de tratament (50%) decât a celor legate de intervenții chirurgicale (14,29%). Această observație denotă o atenție mai sporită a chirurgilor față de pacienții care suportă intervenții chirurgicale. Însă, suntem de părerea că omiterea evoluției în dinamică a stării pacientului poate fi fatală în cazul patologieilor chirurgicale acute, cu desfășurare fulminantă. În această ordine de idei, în 35,71% din deficiențele curative mixte (conservatoare și chirurgicale) s-a stabilit monitorizarea insuficientă a pacienților. Drept rezultat, în 71,43% din cazurile de supraveghere insuficientă s-a înregistrat decesul pacientului, în 14,29% – moartea pruncilor, iar în a câte 7,14% – agravarea stării generale a bolnavilor și consecințe combinate, precum pierderea uterului concomitent cu decesul fătului.

Cazul 7. *Din ordonanță rezultă că, cauza penală a fost pornită în baza plângerii pacientei J., care consideră drept cauză a morții fătului ei acordarea*

incompetență a asistenței medicale. Din documentele medicale s-a stabilit că ea a fost internată în maternitatea raională pe 17.11.2004, ora 22.00, cu sarcină 40–41 săptămâni. La internare s-a constatat: capul fătului este angajat la intrare în bazinul mic, bățile cordului fetal sunt clare, ritmice, 140 băți/min., canalul cervical – permeabil pentru vârful degetului, punga amniotică – intactă. S-a luat decizia de a supraveghea gravida. Pe 18.11.2004, ora 08.00, starea gravidei a fost apreciată drept satisfăcătoare; capul fătului – fixat la intrare în bazinul mic, bățile cordului fetal – sonore, ritmice. S-a recomandat supravegherea gravidei. Pe 19.11.2004, ora 09.00, medicul a fost chemat de urgență pe motivul dispariției băților cordului fetal. Obiectiv, s-a constatat col uterin șters, cu margini subțiri, dilatarea orificiului uterin cu 4 cm, în vagin – anse ale cordonului ombilical. S-a efectuat operația cezariană și s-a extras fătul macrosom mort.

Din concluziile expertizei medico-legale: „Moartea fătului pacientei J. a survenit intrauterin în perioada dintre 18.11.2004, ora 8.00 și 19.11.2004, ora 9.00, în urma hipoxiei cerebrale acute, apărută din cauza prolăbării cordonului ombilical și comprimării lui de oasele bazinului. Până la naștere, în perioada de la 18.11.04, ora 08.00 și până la 19.11.04, ora 09.00, gravida J. nu s-a aflat sub supravegherea medicului, ci a fost observată de moașă, care nu a determinat timpul apariției activității de naștere. Concluzia despre existența activității de naștere este confirmată de caracterul șters al colului uterin și deschiderea până la 4 cm. În timpul ruperii membranelor fetale și eliminării premature a lichidului amniotic a avut loc prolăbarea cordonului ombilical în vagin, fapt ce a servit drept cauză directă a hipoxiei acute și decesului fătului. Aceste circumstanțe nu au fost stabilite de nici unul dintre lucrătorii medicali. Astfel, conchidem că decesul fătului se afla în legătură cauzală directă cu neacordarea asistenței medicale necesare (complicația nu s-a diagnosticat la timp, nu s-au întreprins manipulații pentru extragerea urgentă a fătului)”.

Acest caz confirmă încă o dată că stabilirea diagnosticului este un proces dinamic și depinde de evoluția stării morbide. Supravegherea pacientului în dinamică oferă informațiile necesare pentru completarea diagnosticului și pentru aplicarea măsurilor adecvate de tratament. În așa mod, și diagnosticul clinic, și tratamentul capătă un caracter dinamic.

Dacă supravegherea insuficientă a bolnavului este o cauză subiectivă a deficiențelor curative, atunci dificultățile tehnice, cu care se confruntă chirurgul intraoperator, pot fi considerate cauze obiective. Asemenea circumstanțe „atenuante” au fost identificate în 10,53% din deficiențele curative operatorii.

Corelația dintre deficiențele de diagnosticare și calitatea tratamentului administrat pacientului se subînțelege de la sine. Deci, deficiențele

diagnostice, determinate atât de cauzele subiective, cât și de cele obiective, se vor răsfrânge negativ asupra calității și eficacității tratamentului. În acest context, calitatea tratamentului administrat pacienților a fost studiată după următoarele caracteristici: adecvație, plenitudine și, evident, oportunitate. Analizând concluziile expertizelor medico-legale, s-a observat că, în majoritatea cazurilor, comisiile de experți au apreciat tratamentul drept adecvat, complet și oportun (tab. 2.6).

Tabelul 2.6

Caracteristicile tratamentului în cazurile cu deficiențe în asistența medicală

Caracteristicile tratamentului											
Adecvat, complet, oportun		Adecvat, complet, inoportun		Adecvat, incomplet, oportun		Adecvat, incomplet, inoportun		Inadecvat		Total	
abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
37	42,53	11	12,64	26	29,89	2	2,30	11	12,64	87	100

Spre regret, tratamentul a fost considerat inadecvat (prin urmare, incomplet și inoportun) practic în fiecare al 8-lea caz din spectrul observațiilor în care s-au constatat neajunsuri.

Indicele înalt al tratamentului inadecvat denotă o relație de cauzalitate între neajunsurile curative și cele de alt ordin, în primul rând, considerăm, cele diagnostice. Astfel, analiza comparativă a caracteristicilor diagnosticului și tratamentului (tab. 2.4 și 2.6) arată o incidență foarte apropiată a acestora. Diagnosticul corect, complet și oportun a fost stabilit în 44,83% din observații, iar tratamentul adecvat, complet și oportun – în 42,53%. Diferența de 2,3% în defavoarea tratamentului poate fi explicată, după părerea noastră, prin influența unor factori suplimentari asupra calității măsurilor curative. Prin urmare, un diagnostic stabilit corect, complet și la timp nu este încă garanția deplină a unui tratament corespunzător.

Totodată, indicii din tabelele 2.4 și 2.6 arată că diagnosticul clinic a fost apreciat drept incorect în 9,10% din cazuri, în timp ce tratamentul a fost estimat drept inadecvat mai frecvent, în 12,64%. Indicii obținuți și diferența acestora confirmă încă o dată implicarea unor factori adăugători în lanțul causal „diagnostic clinic – tratament”. În acest sens, probabil tactica, cunoștințele, aptitudinile și atitudinea medicului ar putea fi, pe lângă calitatea diagnosticului, factorul de influență a nivelului tratamentului.

2.6. Deficiențele tehnice

Una dintre componentele obligatorii ale reușitei intervenției chirurgicale este respectarea cerințelor tehnice. Dacă dificultățile tehnice pot fi acceptate drept cauze obiective ale deficiențelor curative operatorii, atunci neajunsurile tehnice din cadrul intervențiilor chirurgicale pot fi interpretate doar în calitate de cauze subiective. În acest context, deficiențele tehnice au fost identificate în $18,39 \pm 9,69\%$ ($p < 0,001$) din cazuri (*tab. 2.2*): lezarea viscerelor (50%), aplicarea insuficientă a unor măsuri operatorii (31,25%), lăsarea corpurilor eterogeni în țesuturile și cavitățile corpului (6,25%) și încălcarea cerințelor tehnice (12,5%).

Majoritatea cazurilor de lezare a viscerelor au fost înregistrate în acordarea asistenței medicale obstetricale-ginecologice (37,5%) și endoscopice (25%) – perforarea peretelui uterin (și chiar a intestinului) în timpul chiuretajului și extragerii steriletului, lezarea organelor prin tehnica endoscopică intraoperatorie. Lezarea viscerelor a fost înregistrată și în activitatea chirurgilor-generalști, oftalmologilor și neurochirurgilor. În lotul de observații analizat, măsurile operatorii insuficiente au constat în revizia și prelucrarea chirurgicală incompletă a plăgilor, aplicarea inadecvată a suturilor, efectuarea incompletă a chiuretajului uterin ș.a.

Încălcarea cerințelor tehnice, ca neajuns tehnic, s-a înregistrat destul de rar (12,5%) – examinarea insuficientă a intestinelor în cadrul laparotomiei (soldată cu omiterea diverticulului Meckel, care, de altfel, nu s-a manifestat nici clinic, fiind astfel o cauză obiectivă a omiterii), aplicarea incorectă a forcepsului în timpul extragerii fătului (soldată cu traumă craniocerebrală și vertebro-medulară gravă, ce cauzează decesul). Lăsarea unui corp străin a fost înregistrată foarte rar (6,25%), fiind vorba de un ciob mic de masă plastică, care nu a fost observat în timpul intervenției chirurgicale și a necesitat reoperare.

2.7. Deficiențele documentare

Fișa medicală a bolnavului de staționar este un document cu semnificație juridică [138], întocmit de personalul medical și servește la înregistrarea informațiilor referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat. Ea reprezintă o bază informativă pentru alte cercetări curative și de recuperare, întreprinse după externarea pacientului din staționar. Totodată, documentele medicale, inclusiv fișele, adesea servesc drept surse de informații pentru expertizele medico-legale, în special în cazurile de

traumatisme sau probleme ce țin de calitatea asistenței medicale de care a beneficiat pacientul. Concluziile expertizei medico-legale rezultă dintr-o analiză minuțioasă a tuturor informațiilor conținute în fișele de staționar și în alte acte medicale. Prin urmare, fișa de staționar, reprezentând un document important în procedura judiciară, trebuie să fie și o sursă de informații veridice și precise; ea nu trebuie să admită falsificări și distorsiuni ale informațiilor și faptelor veridice. Și nu este întâmplător faptul că legislația în vigoare a Republicii Moldova (art. 332 și 361 ale Codului Penal [16]) prevede pedeapsă penală pentru asemenea încălcări.

Din cele relatate anterior rezultă o legătură strânsă între volumul și calitatea informațiilor incluse în fișele medicale, pe de o parte, și posibilitatea rezolvării problemelor ridicate de organul de urmărire penală în fața expertizei medico-legale, pe de altă parte. Deci, documentele medicale sunt o verigă decisivă a lanțului pacient–medic curator–medic legist–organ de urmărire penală.

Dacă informația cuprinsă în fișa medicală este succintă și nu reflectă pe deplin volumul asistenței acordate, nici personalul medical, nici expertiza medico-legală nu pot argumenta corectitudinea și plenitudinea îngrijirilor medicale. De aici reiese că o fișă medicală perfectată corect, cuprinzând toate etapele actului medical, poate proteja medicul în activitatea sa. În condițiile actuale, medicul poate demonstra nivelul calității asistenței medicale doar prin intermediul actelor perfectate corect.

Rezultatele cercetărilor noastre demonstrează că mulți medici nu au acordat atenția cuvenită fișei medicale a bolnavului de staționar, deoarece absolut toate fișele (100%) au conținut mai multe sau mai puține neajunsuri, pe care le-am divizat în semnificative și nesemnificative. Drept nesemnificative au fost considerate neajunsurile lipsite de orice consecințe și care au vizat, de regulă, completarea inadecvată a unor compartimente prevăzute de forma statistică 003/e.

Tabelul 2.7

Frecvența neajunsurilor nesemnificative în fișele de staționar

Nr. crt.	Neajunsurile	Frecvența	
		abs.	P±ES%
1.	Completarea necorespunzătoare a compartimentului „Diagnostic”	134	30,52±3,98
2.	Omiterea complicațiilor și a maladiilor concomitente în diagnosticul definitiv	114	25,97±4,11

După cum rezultă din *tabelul 2.7*, s-au constatat neajunsuri în completarea necorespunzătoare a compartimentului „Diagnostic” de pe anchetul fișei de staționar ($30,52 \pm 3,98\%$); de asemenea, au fost omise maladiile concomitente sau complicațiile maladiei de bază în diagnosticul definitiv ($25,97 \pm 4,11\%$). Într-un număr nereprezentativ de cazuri (4), s-au observat epicrize prescurtate, conținând informații inexistente în fișă, abreviere nejustificată a informației.

Spre regret, pe lângă cele nesemnificative, au fost stabilite și diverse neajunsuri calificate drept semnificative, deoarece acestea, în viziunea noastră, pot avea consecințe nefaste asupra actului medical, argumentării diagnosticului clinic, evaluării calității serviciilor medicale, calificării medico-legale a gravității vătămării corporale etc. Asemenea neajunsuri au vizat toate compartimentele fișei medicale de staționar: examenul primar la internare, intervențiile chirurgicale, consultațiile specialiștilor cu alt profil, manipulațiile curativ-diagnostice, evidența zilnică a pacientului ș.a. (*tab. 2.8*).

Tabelul 2.8

Frecvența neajunsurilor semnificative în fișele de staționar

Nr. crt.	Neajunsurile	Frecvența	
		abs.	P \pm ES%
I.	<i>Generale</i>		
1.	Înscrieri indescifrabile	163	37,13 \pm 3,78
2.	Corectări	143	32,57 \pm 3,92
3.	Descrieri/simptome înlocuite prin concluzii/sindroame	118	26,88 \pm 4,08
4.	Înlocuirea descrierilor prin expresia „în normă”	85	19,36 \pm 4,29
5.	Informații contradictorii	36	8,20 \pm 4,57
II.	<i>Examenul pacientului la internare</i>		
1.	Neglijarea datelor subiective (acuze, anamneză)	71	16,17 \pm 4,37
2.	Stare generală neargumentată	45	10,25 \pm 4,52
3.	Descriere somatică insuficientă	48	10,93 \pm 4,50
4.	„Status localis” descris insuficient/sau deloc	331	75,40 \pm 2,37
5.	Neindicarea tuturor leziunilor	61	13,90 \pm 4,43
6.	Lipsa planului de investigații și tratament	120	27,33 \pm 4,07
7.	Acordul pacientului lipsește/este nesemnăt	146	33,26 \pm 3,90
8.	Consultații deficiente	132	30,07 \pm 3,99

III.	<i>Intervenții chirurgicale (309 cazuri)</i>		
1.	Lipsa epicrizei preoperatorii	37	11,97 \pm 5,34
2.	Neajunsuri ale managementului anestezic	58	18,77 \pm 5,13
3.	Proba de sensibilitate la novocaină lipsește	103	33,33 \pm 4,64
4.	Anestezicul folosit pentru anestezie locală nu este indicat	34	11,0 \pm 5,37
5.	Protocolul intervenției chirurgicale incomplet/lipsește	64	20,71 \pm 5,07
6.	Diagnosticul postoperatoriu lipsește	109	35,28 \pm 4,58
IV.	<i>Evoluția în dinamică</i>		
1.	„Zilnice” prescurtate	209	47,61 \pm 3,45
2.	Deficiențe în reflectarea evoluției procesului (lipsa evoluției neurologice, supraveghere rară, absența datei/orei vizitei sau consultației, completare defectuoasă a foii de temperatură)	48	18,00 \pm 4,32

Analizând în ansamblu frecvența depistării diferitor deficiențe în fișele medicale (*tabelul 2.8*), constatăm, spre regret, că fiecare fișă a conținut concomitent mai multe tipuri de neajunsuri. În această ordine de idei, este de menționat că, ținând cont de importanța fișei medicale a bolnavului de staționar în calitate de document oficial, admiterea mai multor neajunsuri într-o singură fișă poate să denote o calitate necorespunzătoare a asistenței medicale, dar și să manifeste un impact economico-financiar negativ, ca în cazul următor.

Cazul 8. *Pacientul N., f/m nr.1043/a, a fost internat în spitalul raional după ce vecinul îl lovide cu cuțitul. La internare s-a constatat: „...în regiunea coapsei stângi – o plagă cu marginile ascuțite, efectuate de două momente cu lungimea 4–5cm...” și, fără a se face revizia plăgii, s-a efectuat tamponarea ei. La a șasea zi după internare, din plagă a apărut hemoragie activă. După revizia acesteia, s-a stabilit lezarea arterei femurale circumflexe (fără indicarea laturii ei), care a fost ligaturată, iar plaga – suturată. Cu toate că pacientul era examinat în dinamică regulat, evoluția stării lui nu era elucidată de fișa medicală, care conținea în „Zilnice” doar „Dinamică pozitivă. Schimb de pansament. Tratament după fișă”. După 30 de zile, pacientul a fost externat. Pe marginea cazului au fost efectuate 3 expertize medico-legale, în cadrul cărora, plaga a fost calificată după gravitate în mod diferit, drept factor de confuzie servind datele incomplete despre starea pacientului atât la internare, cât și pe parcursul aflării lui în staționar. Drept urmare, organul de urmărire penală a fost silit să dispună efectuarea unei expertize medico-legale în comisie.*

Din acest caz rezultă o prejudiciere evidentă a bugetului de stat, întrucât, pentru stabilirea gravității vătămării corporale, organul de urmărire penală a trebuit să dispună mai multe expertize medico-legale, inclusiv una în comisie, cu toate că problema dată putea fi soluționată doar printr-o singură expertiză.

Fiind un document oficial, fișa medicală de staționar trebuie completată cît se poate de corect, fără corectări și adăugări. Înscrierile indescifrabile nu numai că demonstrează atitudinea neglijentă și neconștiințioasă a medicului, dar și fac dificilă, iar uneori chiar imposibilă, aprecierea rezultatelor cercetărilor clinice, paraclinice și a altor investigații.

Atenție! Nivelul corespunzător al serviciilor medicale acordate în baza unor consemnări neclare nu poate fi demonstrat. În prezentul studiu, $37,13 \pm 3,78\%$ din fișe au conținut, în diverse compartimente, înscrieri indescifrabile. Din păcate, acestea au cuprins modificările locale (*status localis*), protocolul operațiilor și altele manopere, evidența zilnică a pacientului, rezultatele cercetărilor complementare, făcând imposibilă, adesea, argumentarea diagnosticului, aprecierea evoluției în dinamică a traumei și, respectiv, calificarea medico-legală a leziunilor, fapt ce s-a răsfrânt negativ asupra părții vătămate. Subliniem că au fost înregistrate și fișe unice, în care toate înscrierile erau totalmente indescifrabile. Asemenea situații pot genera interpretarea greșită de către medicul legist a înscrierilor din fișe.

Corectările și adăugările în fișele medicale nu sunt bine venite, deoarece pot fi interpretate de către organul de urmărire penală drept intervenții post-factum și chiar tentativă de falsificare a actelor publice, infracțiuni (faptă) cu caracter penal. Asemenea intervenții au fost constatate în $32,57 \pm 3,92\%$ din fișele de observație, interesând data și ora vizitelor/consultațiilor, indicii vitali la internare și pe parcursul tratamentului, partea (dreapta/stînga) anatomică sau membrul traumatizat, dozele medicamentelor administrate pentru anestezie, riscul intraoperator calculat de către anestezist, confirmarea administrării medicamentelor, volumul și caracterul lichidelor patologice extrase din cavitățile anatomice ș.a.

Cazul 9. Pacienta B. (cartelă de ambulatoriu)

посещения	на дому (писать)	жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Названия и отметки о выдаче листа нетрудоспособности
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

Fișa de staționar trebuie să reflecte în detalii evoluția procesului patologic în dinamică. De aceea, înlocuirea descrierilor detaliate prin expresii generale și concluzii, a simptomelor maladiiei prin sindroame este inadmisibilă. În 26,88±4,08% din fișe s-au constatat diverse substituirii, îndeosebi în compartimentele privind starea locală și neurologică a pacientului. Astfel, în *status localis*, descrierea morfologică a plăgilor adesea a fost înlocuită cu diagnosticul respectiv. Spre exemplu, în lipsa fixării caracterului marginilor, capetelor, fundului și formei plăgilor, în *status localis* se menționa prezența unei plăgi contuze, tăiate, înțepate ș.a. Este evident că asemenea descriere succintă și incompletă a leziunilor nu permite argumentarea diagnosticului, stabilirea mecanismului de producere și identificarea corectă a obiectului vulnerant, care, din punct de vedere juridic, este un corp delict ce a servit la comiterea crimei și are o valoare probatorie maximă. Totodată, menționăm că doar noțiunile diagnostice, în lipsa datelor obiective, nu pot fi acceptate în calitate de dovezi credibile.

S-a observat că în cazul leziunilor produse prin obiecte ascuțite, medicii adesea le confundă și nu le deosebesc între ele (plăgi tăiate, înțepate, înțepat-tăiate, despicate etc.), aceste leziuni fiind fixate concomitent în diferite diagnostice la același pacient. În unele fișe, aceiași

medici au înregistrat în diagnosticul postoperatoriu *plagă înțepat-tăiată*, iar în diagnosticul clinic definitiv – *plagă tăiată*.

Destul de frecvent, leziunile mecanice – echimozele și excoriațiile – au fost înlocuite cu diagnosticul *contuzia țesuturilor moi*. Bineînțeles că în asemenea situații, medicul legist nu poate concretiza tipul leziunii depistate pe corpul pacientului și, respectiv, nu poate soluționa problemele ridicate de organul de urmărire penală privind mecanismul producerii, vechimea, caracterul și gravitatea leziunii etc. Diagnosticul clinic *contuzia țesuturilor moi* în lipsa leziunilor este considerat neargumentat și nu poate fi supus calificării medico-legale, fapt ce nu-i permite organului de urmărire penală să ia măsuri adecvate împotriva autorului agresiunii. În așa mod, partea vătămată ajunge victimă dublă: a agresiunii și a neglijenței (sau a incompetenței) medicului.

Cazul 10. *Pacientul M., f/m nr.6843/621, a fost internat în secția chirurgie II a CNȘPMU. La internare, pacientul acuza dureri în regiunea abdomenului. Din anamneză s-a constatat că a suportat un traumatism. Status localis a fost descris incomplet, leziunile fiind înlocuite prin „contuzia țesuturilor moi ale abdomenului”. A fost stabilit diagnosticul: „Traumă închisă a abdomenului. Contuzia țesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior”.*

În astfel de cazuri apare o întrebare logică cu privire la justificarea necesității de internare a pacientului în staționar, fapt confirmat indirect prin externarea timpurie (a 2-a – a 3-a zi) a pacientului sau părăsirea secției fără învoirea personalului medical.

Înlocuirea indicilor ce reflectă activitatea sistemelor de importanță vitală prin expresii generale (*hemodinamica stabilă, diureza adecvată* ș.a.), în lipsa indicatorilor concreți ai acestora, prezintă un pericol iminent pentru posibilitatea de stabilire obiectivă a stării pacientului, cât și a evoluției ei în dinamică, mai ales în traumele însoțite de lezarea organelor interne.

În practica neurochirurgicală s-au constatat înlocuiri ale simptomelor neurologice prin sindroame (ex.: *asteno-vegetativ, depresiv* etc.) atât la internarea pacientului în staționar, cât și pe parcursul tratamentului. În asemenea situații nu poate fi argumentat diagnosticul și apreciată starea reală a pacientului la toate etapele tratamentului.

Descrierea deplină a procesului patologic în fișă este o cerință importantă, care trebuie să cuprindă toate manifestările maladiei (traumei). Înlocuirea descrierilor detaliate prin expresia *în normă* este inadmisibilă, deoarece *normă* este o noțiune relativă, fiind individuală pentru fiecare

subiect în parte. În lotul cercetat, acest neajuns a fost determinat în $19,36 \pm 4,29\%$ din fișe. Asemenea neajunsuri au o influență nefastă asupra posibilității de apreciere a stării pacientului la internare și de oglindire a ei în dinamică, după cum și asupra argumentării diagnosticului clinic. Drept exemplu indubitabil de impact al expresiei *în normă* asupra volumului informațional poate servi „cazul 11”.

Cazul 11. *Minora M., f/m nr.5204, după o heteroagresiune, a fost internată în secția neurochirurgie a Spitalului Clinic de Copii, pe 03.06.2007, în stare apreciată drept comă de gr. I. Rezultatele examenului clinic la internare au fost fixate într-o formă standard, menită să faciliteze înregistrarea informațiilor. Din acest examen rezultă: masa corpului – 46 kg; starea generală – adecvată; conștiința lipsește; memoria N; dispoziția N; vorbirea N; nervii cerebrali – OD neclar OS; ROT D neclar S; sindromul meningeal – abs.; înălțimea N; constituția N; țesutul adipos cutanat – 1,2 cm; forma craniului – ovală; extremitățile N; coloana vertebrală N; sistemul muscular N; organele senzitive – nasul N; aparatul respirator N; organele circulației sangvine: TA – 110/70, zgomotele cardiace – fără zgomote (?!); organele digestive: limba – umedă, dinții N, abdomenul – moale; statutul local – contuzia țesuturilor moi ale nasului. Concluzie: Traumă asociată. Contuzie cerebrală de gr. II. Trauma organelor interne.*

Este evident că informația prezentată în cazul de mai sus nu permite aprecierea stării pacientului la internare și evoluția ei în dinamică, stabilirea prezenței și particularităților leziunilor, argumentarea diagnosticului, elaborarea și justificarea tacticii diagnostico-curative. În asemenea situații apare o întrebare logică: A fost oare pacienta în genere examinată?

Concomitent, $8,20 \pm 4,57\%$ din fișe conțin diverse informații contradictorii. Acestea au vizat în special tipul plăgii (contuză/tăiată), localizarea leziunilor pe partea anatomică a corpului sau a membrilor (pe dreapta/stânga), prezența sau absența semnelor peritoneale, meningiene, patologice, dereglărilor sfincteriene, stării de ebrietate ș.a. Bineînțeles că informațiile contradictorii nu permit argumentarea diagnosticului și derutează recenzentul fișei respective. Astfel, în $36,11\%$ din fișele cu informații contradictorii, diagnosticul era parțial sau total neargumentat.

Examenul primar al pacientului la internare îi oferă medicului importante și variate informații cu caracter subiectiv și obiectiv, ce stau la baza stabilirii și argumentării diagnosticului clinic, justificării internării pacientului și aplicării metodelor corespunzătoare de diagnosticare și tratament. Totodată, informațiile menționate permit aprecierea dinamicii

stării generale a pacientului și a eficienței măsurilor diagnostico-curative întreprinse.

În acest context, un rol important, în calitate de sursă de informații, le revine datelor subiective. Analiza acestui compartiment a relevat în $16,17 \pm 4,37\%$ din fișele medicale o serie de neajunsuri inexplicabile, ce denotă neglijarea informațiilor subiective în procesul diagnosticării. Astfel, cu toate că pacienții erau conștienți și contactul verbal era posibil, în $4,22\%$ din cazuri, la internare nu au fost consemnate acuzele, iar în $2,82\%$ – anamneza bolii; în $19,72\%$ din fișe nu a fost indicată anamneza vieții (inclusiv maladiile preexistente), iar în $73,24\%$ – anamneza alergică. Aceste date demonstrează, spre regret, că medicii nu acordă suficientă atenție fișelor medicale – importante surse de informații.

În unele fișe au fost înregistrate acuze, ce reflectau unitatea nozologică, și nu plângeri. Spre exemplu: *acuză prezența plăgii/fracturii/hemoragiei*. Într-o serie nesemnificativă de fișe, la capitolul „Acuze” s-a înregistrat *plagă în regiunea...*, iar la status localis – *dureri în regiunea...* În acest context, cum pot fi interpretate *acuzele la patologia de bază, acuze legate de traumă, acuzele au devenit subiective?! După părerea expusă de Iu. N. Stempurski și coaut. (1986), „...specificul gno-seologic al diagnosticării îl avantajează pe medic, față de oricare alt cercetător, prin posibilitatea cunoașterii anamnezei – metodă suplimentară importantă de aflare a debutului maladiei și de apreciere a particularităților individuale ale pacientului, condițiilor nefavorabile de trai și activitate...” [127]. Prin urmare, omiterea informațiilor subiective, ce trebuie luate în considerație la elaborarea diagnosticului clinic și a tacticii curative, va defavoriza medicul, va prejudicia și diminua valoarea procesului cognitiv, lăsând o „amprentă” negativă asupra calității diagnosticului și tratamentului.*

Examenul obiectiv, la internare, începe cu stabilirea stării generale a pacientului, ce rezultă din modificările organice constatate la el. În $10,25 \pm 4,52\%$ din cazuri, starea generală la internare nu a fost argumentată prin modificările obiective pe sisteme. Oare cum poate fi interpretată starea generală *nesatisfăcătoare, relativ nesatisfăcătoare, satisfăcătoare-grav-medie, relativă sau relativ-gravă?* Totodată, starea de *șoc hipovolemic de gr. IV* nu poate fi confirmată dacă tensiunea arterială la internare este de $128/80$ mmHg, iar pulsul – de 80 bătăi pe minut! În $10,93 \pm 4,50\%$ din fișe, descrierea obiectivă pe sisteme a fost apreciată drept insuficientă, lipsind, în acest sens, rezultatele examinării organelor

a 1–2 sisteme. Este evidentă legătura dintre aceste două neajunsuri, deoarece examinarea incompletă a pacientului nu permite argumentarea stării reale a sănătății acestuia la momentul adresării după asistență medicală, mai ales atunci în cazul în care este apreciată drept gravă sau critică. Drept exemplu de examinare insuficientă a pacientului la internare poate servi „cazul 12”.

Cazul 12. *Pacientul B., f/m nr.2223 a fost adus la spital cu transport de ocazie. Din spusele altora, acesta a căzut de la înălțime și s-a lovit cu capul de o suprafață dură. La momentul examinării, bolnavul este în cunoștință, fiind parțial neadecvat. Bolnavul răspunde la întrebări unitip, uneori incorect. Agitat psihomotor efectuează mișcări în membre în plin volum, dar mâna stângă – fractura antebrăului. Pupilele D=S. Din gura bolnavului – miros puternic de alcool. Plagă contuză în regiunea fronto-parietală pe stânga. Diagnostic: „Traumatism craniocerebral asociat, catatraumă. Contuzie cerebrală, fractura osului fronto-parietal. Plagă contuză regiunea fronto-parietală pe stânga. Fractura antebrăului stâng”.*

În acest context, este exemplificativ studiul întreprins de I. N. Bogomolova și D. V. Bogomolov (2006), care a demonstrat că examinarea insuficientă a pacienților a avut drept consecințe erori diagnostice, ce au generat, la rândul lor, complicații iatrogenice [75].

Cele mai multe neajunsuri și erori s-au constatat la descrierea modificărilor locale (*status localis*), fiind identificate în $75,40 \pm 2,37\%$ din fișe. În structura acestora a predominat esențial (78,25%) descrierea insuficientă a leziunilor, fiind neglijate prevederile schemei de cercetare și descriere a lor. În acest context, ținem să accentuăm importanța respectării schemei menționate la descrierea leziunilor constatate pe corpul pacientului. Caracterul morfologic al leziunilor ne permite să argumentăm diagnosticul clinic, să soluționăm întrebările organului de urmărire penală, să stabilim circumstanțele de producere a traumatismului, să confirmăm sau infirmăm diverse mărturii etc. Prin urmare, omiterea descrierilor morfologice lipsește organul de urmărire penală de informații obiective prețioase și diminuează semnificativ calitatea deciziilor judiciare. Totodată, la descrierea leziunilor se folosesc noțiuni medicale, ce nu pot fi înlocuite prin alți termeni, cum ar fi: *multiple excoriații și liveziuni pe față, în regiunea temporală se determină cruste*.

S-a observat că în cazul leziunilor produse prin armă de foc, descrierile acestora nu au permis argumentarea originii balistice a traumei, aprecierea distanței tragerii, localizării orificiului de intrare și a celui de ieșire, direcției canalelor de rănire și a altor circumstanțe (poziția victimei

în raport cu agresorul etc.) importante pentru deplina și corecta desfășurare a urmăririi penale.

Cazul 13. *Pacienta A., f/m nr.3870/349. Diagnosticul clinic: „Plagă prin armă de foc a gâtului”. Status localis: „În regiunea cervicală pe dreapta, la nivelul cartilajului tiroid – o plagă superficială, excoriații cu o echimoză pe o lungime de 0,7x0,5cm”.*

În majoritatea cazurilor, descrierile leziunilor produse prin obiecte ascuțite nu au permis argumentarea diagnosticului (descrierea morfologică nu corespundea tipului plăgii indicate în diagnostic), aprecierea tipului agentului traumatic și particularităților sale. Uneori, descrierea plăgilor cuprindea 3 dimensiuni, fără a clarifica care dintre ele reprezintă lungimea, lățimea și profunzimea.

Cazul 14. *Pacienta J., f/m nr.5401/576. Diagnosticul clinic: „Plagă tăiat-înțepată a hemitoracelui stâng”. Status localis: „În spațiul intercostal V pe linia medioclaviculară pe stânga este o plagă de 2,0x1,0”.*

Menționăm că valoarea informației incluse în fișele medicale la capitolul *status localis* este pregnantă, deoarece caracterul primar al leziunilor poate fi pus în evidență doar de către medicul-chirurg până la prelucrarea prim-chirurgicală a plăgilor. În acest context, este semnificativ faptul că într-un număr mic de cazuri (13), caracterul morfologic al plăgii descrise în *status localis* nu a corespuns tipului plăgii indicate în diagnostic. Aceste observații pun la îndoială capacitatea medicului nu doar de a diferenția tipul plăgii în funcție de agentul traumatic, dar și de a argumenta diagnosticul clinic.

Cum poate fi explicată includerea în diagnosticul clinic a mai multor leziuni decât cele descrise în *status localis* (situație constatată într-o serie de fișe)? În multe cazuri, la pacienții diagnosticați cu traumă închisă a toracelui, însoțită de fracturi ale carcasei osoase, nu au fost înregistrate leziuni corporale superficiale (chiar nici în perioada caldă a anului), cum ar fi, echimozele, care ar confirma acțiunea unei forțe traumatice. Aceste neajunsuri influențează negativ posibilitatea soluționării problemelor ridicate de către organul de urmărire penală (vechimea traumei, mecanismul formării leziunilor ș.a.) față de expertiza medico-legală.

Concomitent cu descrierea insuficientă a leziunilor, la internare, în 21,75% din fișe, *status localis* a lipsit cu desăvârșire, cu toate că, potrivit altor înscrisuri medicale și diagnosticului clinic, leziuni pe corpul pacientului au existat. Prin urmare, putem afirma că pacientul a fost examinat incomplet la internare.

În $13,90 \pm 4,43\%$ din fișe, în *status localis* au fost indicate doar leziunile localizate pe porțiunile de corp, ce țin de profilul specialității chirurgicale, fiind neglijate leziunile cu o altă localizare. În acest context, în fișele cercetate am observat că neurochirurgii fixează preponderent leziunile localizate pe față și pe partea piloașă a capului, traumatologiei – pe aparatul locomotor, chirurgii generaliști – pe torace și abdomen, urologii – pe regiunea organelor genitale etc. Același fenomen a fost stabilit și vis-a-vis de latura subiectivă a examenului medical (acuzele, anamneza etc.). Trebuie menționat faptul că limitarea competenței doar la cadrul de profil și omiterea informațiilor din altă specialitate chirurgicală mărginește medicul în obținerea tuturor datelor necesare pentru stabilirea unui diagnostic deplin, care să cuprindă toate patologiile existente la pacient. Considerăm că astfel are loc restrângerea capacității de analiză și gândire clinică desfășurată a medicului. Totodată, în lipsa unui examen minuțios la internare, medicul responsabil poate omite neintenționat necesitatea consultațiilor specialiștilor de alt profil, stabilind un diagnostic incomplet. Este însă mult mai gravă ratarea momentului apariției unor complicații „neprevăzute”, care, în cazul unui examen deplin, le-ar putea preîntâmpina în timp util.

Cazul 15. *Pacienta S., f/m nr.8434/505, a fost internată pe 07.05.2007 în secția neurochirurgie după un traumatism de transport. Pacienta a fost examinată la internare de medicul-neurochirurg, care a omis descrierea leziunilor corporale. La internare, a fost stabilit diagnosticul „Traumă craniocerebrală închisă. Comoție cerebrală. Fractura pubisului pe stânga”.*

Din cauza examinării incomplete a pacientei la internare (lipsește status localis) și limitării examenului clinic doar la profilul neurochirurgical, examenul radiologic al gambei stângi, care a fost efectuat abia pe 11.05.2007, a scos în evidență prezența fracturii fibulei pe stânga, iar consultația traumatologului a fost solicitată doar pe 14.05.2007, fiind diagnosticat suplimentar un hematom (cca. 220 ml) al țesuturilor moi ale coapsei stângi.

Prin urmare, mărginirea examenului obiectiv, la internare, la limitele unei specialități chirurgicale se răsfrânge negativ asupra posibilităților de diagnosticare corectă, deplină și oportună și, respectiv, de elaborare a tacticii adecvate de tratament.

După examinarea primară la internare, medicul trebuie să elaboreze tactica de diagnosticare și tratament, fixând, la finele acestui compartiment, planul de investigații și tratament. Această informație este deosebit de utilă în demonstrarea juridică a corectitudinii tacticii elaborate,

adică a măsurilor diagnostico-curative întreprinse în vederea stabilirii corecte a diagnosticului și tratamentului pentru ameliorarea suferințelor pacientului. În studiul de față s-au constatat 27,33±4,07% de fișe fără plan de investigații și tratament. Este îmbucurător faptul că cea mai înaltă pondere le-a revenit anilor 2003 și 2004; în anii 2005–2008, acest neajuns s-a observat mult mai rar.

În unele staționare, la internarea bolnavilor, se întocmesc procese-verbale pentru stabilirea stării de ebrietate în baza examinării clinice, mai ales în cazul victimelor traumatismelor de transport și agresiunilor. Cu toate că aceste informații au un caracter subiectiv, ele sunt luate în considerație de medicii-legiști la soluționarea întrebării cu privire la starea de ebrietate (cu mențiunea *clinic*) a pacientului la momentul internării. Cazuistic, au fost identificate fișe (2), în procesul-verbal pentru stabilirea stării de ebrietate al cărora s-au constatat informații clinice opuse celor reale, consemnate în diagnosticul clinic definitiv.

Cazul 16. *Pacientul S., f/m nr.446, a fost internat în secția traumatologie după un accident rutier. Potrivit procesului-verbal pentru stabilirea stării de ebrietate, întocmit la internarea pacientului, s-au stabilit următoarele: „... comportare obișnuită; în cunoștință; capacitatea de vorbire – corectă; reacțiile vegeto-vasculare – obișnuite; respirația – spontană, frecvența – 18 mișcări/minut; pulsul – 84 bătăi/minut; tensiunea arterială – 120/70 mmHg; pupilele OD=OS, fotoreactive; nistagmoid orizontal; sistemul locomotor – activ; expresia feței – obișnuită; mersul – corect; mersul cu întoarcere rapidă – corect; poza Romberg – pozitivă; coordonarea mișcărilor – corectă... Concluzie: treaz”. Totodată, în baza examinărilor clinice și paraclinice s-a stabilit diagnosticul clinic: „Traumatism asociat grav. Comoție cerebrală. Contuzia cutiei toracice cu contuzia pulmonului stâng și a cordului. Fractura porțiunii sternale a claviculei pe stânga cu deplasare. Fractura porțiunii articulare a omoplatului stâng cu deplasare. Fractura colului chirurgical stâng cu deplasare. Dezlipire traumatică a țesuturilor moi ale femurului stâng. Fractura tip Dupuytren a gleznei pe stânga. Fractura fibulei pe stânga. Fractura osului cuneiform al plantei drepte. Șoc traumatic de gr. II–III”.*

Într-un caz s-a observat necorespunderea numelui pacientului, indicat pe procesul-verbal și pe antetul fișei de staționar. În așa mod, exemplele prezentate subminează considerabil valoarea proceselor-verbale pentru stabilirea stării de ebrietate. Prin urmare, gradul ebrietății poate fi apreciat obiectiv doar în baza alcoolemiei, stabilită prin cercetări de laborator.

La internarea pacientului în staționar, acesta este consultat, mai ales în cazul traumatismelor, de diverși specialiști, rezultatele cercetărilor fiind consemnate în fișa de observație clinică. Consultațiile respective au menirea de a depista toate stările patologice la bolnav și a prevedea eventualele complicații. Așadar, rezultatele diverselor examinări trebuie să se completeze reciproc, astfel asigurându-se continuitatea procesului curativ. În contextul celor expuse s-a stabilit că în $30,07 \pm 3,99\%$ din cazuri, în procesul consultării pacienților, specialiștii cu profil îngust au comis anumite deficiențe. Astfel, în $81,06\%$ din observații, medicii au consultat pacienții, specificând în fișe doar diagnosticul și recomandările, dar nu și informațiile subiective și obiective constatate. În unele dintre ele, starea obiectivă a fost înlocuită prin expresia „fără patologie”.

În $18,94\%$ din fișe, considerăm că s-au înregistrat consultații formale, deoarece, după examinarea pacientului și stabilirea diagnosticului, medicul nu a indicat recomandările curativ-diagnostice necesare. Astfel, apare o întrebare logică: *Care a fost contribuția medicului respectiv la completarea tratamentului și a fost oare eficientă implicarea sa?* S-a observat că, în cazul antrenării mai multor specialiști la examinarea pacientului, crește numărul informațiilor contradictorii.

Compartimentul *Intervenției chirurgicale* al fișei a fost cercetat în mod separat, acordându-i-se o atenție deosebită. Analiza fișelor medicale a arătat că $70,39 \pm 2,60\%$ din pacienți (309) au fost tratați prin metode chirurgicale, beneficiind de intervenții de diferit volum. Majoritatea intervențiilor chirurgicale ($49,19\%$) s-au efectuat sub anestezie locală. Sub anestezie generală au fost realizate $19,09\%$ din intervenții, iar sub anestezie tronculară – $12,62\%$. În $19,10\%$ din observații, tactica de tratament a prevăzut mai multe intervenții chirurgicale, efectuate preponderent ($10,68\%$) sub protecția anesteziei generale și locale.

În scopul evaluării incidenței reale a neajunsurilor ce țin de intervențiile chirurgicale, aceasta (incidența) a fost estimată din numărul fișelor pacienților care au fost supuși tratamentului operator.

După elaborarea planului de diagnosticare și tratament, în cazul necesității unei intervenții chirurgicale, medicul argumentează această necesitate prin intermediul epicrizei preoperatorii. În literatura de specialitate [118] sunt descrise cazuri de omitere a epicrizei, fiind tratată, în ședința de judecată, în defavoarea medicului-chirurg, care a fost obligat de instanță să-i compenseze pacientului prejudiciul adus pentru înlăturarea falangelor digitale. Așadar, în lipsa epicrizei preoperatorii nu pot

fi justificate, nici necesitatea, nici volumul intervenției chirurgicale. Analiza compartimentului *Intervenții chirurgicale* a scos în evidență că epicriza preoperatorie lipsea în $11,97 \pm 5,34\%$ din fișe. S-a observat că în fișele fără epicrize preoperatorii, majoritatea intervențiilor ($64,86\%$) s-au efectuat sub anestezie locală, deoarece aveau un volum redus. Odată cu creșterea volumului și gravității intervenției, numărul fișelor în care epicriza preoperatorie lipsea a scăzut semnificativ, iar în $5,41\%$ din fișe, epicriza preoperatorie lipsea chiar și în cazul efectuării intervențiilor laborioase sub protecția anesteziei generale.

Intervențiile chirurgicale laborioase și dificile solicită aplicarea unor metode mai eficiente și sigure de anestezie, fiind necesară antrenarea medicului-anestezist. Acesta, la rândul său, până la aplicarea anesteziei, trebuie să examineze minuțios pacientul, în vederea stabilirii stării generale a acestuia, indicațiilor și contraindicațiilor pentru anumite medicamente și întocmirii examenului preoperatoriu. Analizând acest compartiment, am depistat neajunsuri comise de anesteziști în $18,77 \pm 5,13\%$ din fișe. În $67,24\%$ din aceste fișe, medicii-anesteziști au omis calcularea riscului anestezic și indicarea acestuia în examenul preoperatoriu, iar în $32,76\%$ din ele, examenul preoperatoriu al anestezistului lipsea complet. În această ordine de idei, menționăm că, în lipsa acestor înscrisuri, anestezistul nu poate confirma examinarea pacientului, iar absența acestui examen nu-i va permite să aprecieze corect starea pacientului până la operație și, astfel, să aplice o anestezie eficientă, ca să prevină eventualele complicații de ordin anestezic ce pot surveni în perioada intraoperatorie. Totodată, în unele fișe s-a observat o comasare nejustificată a examenului preoperatoriu cu protocolul anesteziei propriu-zise. Este de remarcat faptul că nu au fost identificate fișe medicale care să nu conțină procesul-verbal al anesteziei.

În literatura de specialitate [73, 122] sunt desfășurate pe larg complicațiile alergice generale (șoc anafilactic) și locale (necroză), ce pot fi determinate de aplicarea novocainei în calitate de anestezic. De menționat că, în structura medicamentelor ce provoacă șocul anafilactic, cea mai mare pondere le revine remediilor destinate anesteziei locale [104]. Toate aceste complicații sunt generate de reacțiile hiperergice individuale. Ținându-se cont de incidența înaltă a complicațiilor alergice ale novocainei, ea se administrează drept substanță anestezică, doar după executarea probei individuale de sensibilitate, rezultatele căreia se fixează, în mod obligatoriu, în fișa medicală. Neefectuarea probei de sensibilitate la

novocaină este o încălcare ce poate duce la complicații nedorite în procesul acordării asistenței medicale. Spre regret, în $33,33 \pm 4,64\%$ din fișele pacienților care au suportat diverse manipulații invazive (intervenții chirurgicale, instalarea drenurilor, cateterizarea venei subclaviculare ș.a.) sub protecția anesteziei locale cu novocaină nu au fost indicate rezultatele probei individuale de sensibilitate. Totodată, în $11,0 \pm 5,37\%$ din cazurile de cură chirurgicală cu anestezie locală, atât tipul anestezicului folosit pentru anestezie, cât și rezultatele probei de sensibilitate la anestezic nu au fost specificate în niciunul dintre compartimentele fișei medicale. Prin urmare, absența probei de sensibilitate individuală la novocaină este o situație alarmantă.

Intervenția chirurgicală are menire curativă; în același timp, ea servește drept sursă importantă de informații ce urmează să completeze diagnosticul clinic. Astfel, intervențiile chirurgicale permit să se stabilească: caracterul penetrant al plăgilor, prezența leziunilor interne și a complicațiilor (hemotorace, hemoperitoneum, peritonită etc.), tactica curativă ulterioară, necesitatea înlăturării unor organe etc. Menționăm că după prelucrarea chirurgicală, caracterele primare ale leziunilor dispar, fiind imposibilă soluționarea unor probleme de importanță majoră – tipul plăgii (contuză, tăiată, înțepată), mecanismul de producere, particularitățile agentului traumatic ș.a. Deci, datele cuprinse în protocolul operației îi vor oferi clinicianului informații pentru argumentarea și completarea diagnosticului clinic, iar medicului legist – pentru soluționarea problemelor ridicate de către organul de urmărire penală. Studiarea protocoalelor intervențiilor chirurgicale ne-a permis să calificăm $20,71 \pm 5,07\%$ din ele drept defectuoase, $82,81\%$ din acestea fiind incomplete. În aceste compartimente au fost omise, de regulă, caracterul leziunilor interne, cantitatea și caracterul sângelui revărsat în cavități ș.a. Adesea, descrierile erau înlocuite prin concluzii (ex.: *sânge modificat/vechi, hematom subacut/cronic, testiculul devitalizat*), fapt ce influența semnificativ informativitatea protocolului. S-au înregistrat procese-verbale în care revărsatele sanguine (hematoamele) au fost apreciate în unități de suprafață (6×6 cm), și nu de volum (ml).

În $17,19\%$ din fișele cu deficiențe de protocoale ale intervențiilor chirurgicale, acestea (protocoalele) nu au fost constatate în genere. Lipsa proceselor-verbale ale operațiilor s-a constatat doar în cazurile intervențiilor chirurgicale simple, realizate sub protecția anesteziei locale. Cazuis-tic, au fost examinate și fișe medicale în care intervenția chirurgicală era

înregistrată doar pe antet, în documentul medical lipsind orice înregistrări despre intervenție (epicriza preoperatorie, protocolul operației, diagnosticul postoperator). Asemenea neajunsuri nu-i vor permite expertizei medico-legale să aprecieze volumul și calitatea intervenției chirurgicale, deci și a asistenței medicale, legată de această manoperă.

Protocolul operației se finalizează cu diagnosticul postoperatoriu, ce rezultă din modificările și patologiile stabilite în cadrul intervenției chirurgicale și completează diagnosticul clinic. Uneori, diagnosticul postoperatoriu se poate deosebi esențial de cel de la internare. Spre exemplu, la internare s-a stabilit diagnosticul „*Plagă nepenetrantă în cavitatea peritoneală*”, la revizia plăgii – *plaga se termină în mușchiul rect abdominal*; la laparoscopie – *sânge proaspăt în cavitatea abdominală, în proiecția plăgii externe, pe suprafața internă a peretelui abdominal se determină o plagă*; intraoperator – *sânge proaspăt în cavitatea peritoneală, lezarea omentului*; diagnosticul postoperatoriu – *plagă penetrantă în cavitatea abdominală cu lezarea omentului, hemoperitoneum* (cazul 17).

În 35,28±4,58% din fișele pacienților tratați operator nu a fost înregistrat diagnosticul postoperatoriu, neajuns ce se răsfrânge în mod evident asupra argumentării diagnosticului clinic. S-a observat că în peste o jumătate din aceste cazuri (51,38%), diagnosticele postoperatorii nu au fost indicate după intervențiile de prelucrare prim-chirurgicală a plăgilor necomplicate. Este, însă, inexplicabilă lipsa diagnosticului postoperatoriu după intervențiile voluminoase, efectuate pe organele interne sub protecția anesteziei generale, situație constatată în 15,59% din aceste observații.

O problemă la fel de importantă în practica chirurgicală este justificarea necesității de înlăturare a organelor interne. Potrivit literaturii de specialitate [11], la înlăturarea organului se recurge doar în cazul în care acesta este într-atât de traumatizat, încât integritatea sa nu poate fi restabilită și menținută fără a pune în pericol viața pacientului. Suntem de părerea că înlăturarea organului poate avea justificare doar prin descrierea detaliată în protocolul operației, a leziunilor constatate la nivelul acestui organ și confirmarea aspectului lezional printr-un examen morfohistologic. În cazul descrierii incomplete și insuficiente a caracterului leziunilor constatate la nivelul viscerelor (ex.: splină, rinichi) și în lipsa rezultatelor examenului morfohistologic, necesitatea înlăturării organului poate fi pusă la îndoială. În lotul cercetat s-au constatat 2 fișe în care lipseau rezultatele examenului morfopatologic, constituind 9,52% din

numărul fișelor pacienților operați pe viscere în secțiile de chirurgie generală. În ambele cazuri, diagnosticul clinic a fost argumentat, iar protocolul intervenției chirurgicale –apreciat drept complet.

Evidența zilnică a bolnavului permite monitorizarea lui continuă, pentru completarea planului de investigații, corijarea tratamentului, depistarea oportună a momentului apariției eventualelor complicații, observarea răspunsului organismului la măsurile curative întreprinse și evaluarea dinamicii procesului patologic, eficienței tratamentului acordat. Aceste momente ale actului medical vor putea fi argumentate doar printr-o perfectare deplină a compartimentului respectiv, indicându-se în detalii toate rezultatele examinărilor și măsurile întreprinse. Analiza acestui compartiment a pus în evidență $47,61 \pm 3,45\%$ din fișe cu conținut prescurtat în așa-numitele „zilnice” (*cursus morbi*). Acestea nu reflectau, de regulă, starea generală a pacientului pe sisteme, evoluția în dinamică a modificărilor locale și neurologice în cazul traumelor craniocerebrale.

Cazul 18. *Din fișa medicală de staționar nr.13341 a pacientei N., aflată la tratament în secția traumatologie cu diagnosticul „Fractura pateleii stângi. Hemartroză. Contuzia țesuturilor moi ale genunchiului drept. Excoriații ale gambelor”. Vizita comună cu șeful secției: „Stare generală satisfăcătoare. Acuză dureri în regiunea fracturii. Din partea organelor interne schimbări nu sunt. Tratamentul continuă conform foii de indicații”.*

În contextul celor expuse, menționăm că aprecierea și fixarea în „zilnice” a stării obiective a pacientului pe sisteme de organe și la nivel local sunt necesare, mai ales în perioada postoperatorie precoce și în cazul în care există maladii concomitente, pentru a nu se omite momentul apariției unor eventuale complicații.

În afară de prescurtarea conținutului „zilnicelor”, în $18,00 \pm 4,32\%$ din cazuri s-au observat și alte deficiențe în reflectarea evoluției procesului patologic sau traumatic. În structura acestora au predominat esențial neajunsurile de documentare a dinamicii simptomatice neurologice. Astfel, s-a stabilit că în $60,76\%$ din fișe nu a fost înregistrată evoluția în dinamică a modificărilor neurologice. Ținem să amintim că în lipsa acestor informații nu va fi posibilă aprecierea obiectivă a dinamicii procesului patologic, iar în unele cazuri se va răsfrânge și asupra argumentării diagnosticului. Lipsa evoluției neurologice s-a constatat mai ales atunci când pacienții au fost internați în secții cu alt profil decât neurochirurgia, neurochirurgii fiind invitați pentru consultații.

În unele cazuri, evoluția simptomaticei neurologice în dinamică permite a face un diagnostic diferențial între trauma craniocerebrală și starea indusă de ebrietatea alcoolică. În acest context, o serie de pacienți (26) care au fost diagnosticați cu forme ușoare de traumă craniocerebrală (comotie cerebrală, contuzie cerebrală minoră) s-au prezentat la internare în diferită stare de ebrietate alcoolică. Potrivit literaturii de specialitate [116], diagnosticarea traumei craniocerebrale produse pe fundal de ebrietate alcoolică este dificilă, deoarece această stare determină de sine stătător apariția unor simptome neurologice subiective și obiective înregistrate și în traumele craniocerebrale (cefalee, grețuri, vomă, slăbiciune generală, instabilitate ortostatică, probe de coordonare incorecte, alterarea convergenței, reflexelor etc.), simulând astfel trauma sau mascând manifestările ei clinice. Prin urmare, la momentul examinării primare în clinică, medicul nu va putea diferenția aceste două nosologii, de diferite proveniențe. Prezența traumei craniocerebrale va putea fi confirmată și argumentată doar după excluderea acțiunii alcoolului asupra creierului, în baza simptomelor stabilite în dinamică și indicate în fișă.

Este bine cunoscut faptul că frecvența vizitării pacientului în dinamică depinde de o serie de condiții, cea mai importantă fiind gravitatea maladiei sau traumei. În acest context, s-a constatat că în fișele cu deficiențe în reflectarea evoluției procesului în dinamică, 8,86% din pacienți au fost examinați la intervale de timp inexplicabil de mari, mai ales bolnavii aflați în perioada postoperatorie precoce, care necesitau o supraveghere mai atentă și frecventă, pentru a se depista la timp eventualele complicații postoperatorii.

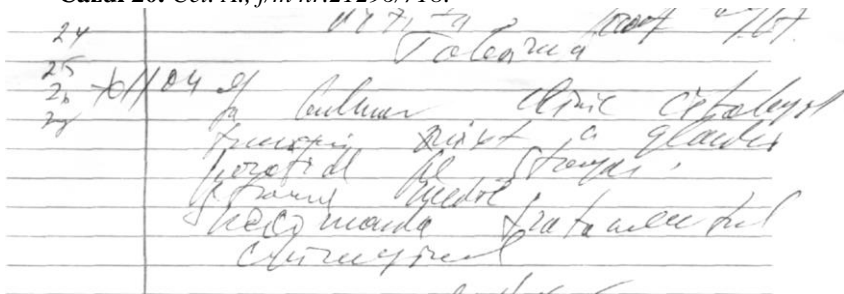
Cazul 19. *Pacienta T., f/m nr.16142/1489, a fost internată în staționar pe 01.09.2006 în regim de urgență. Fiind suspectată ruptura posttraumatică a vezicii urinare, bolnava a fost supusă (în aceeași zi), la indicații vitale, intervenției chirurgicale – laparotomie. Suturarea vezicii urinare. Peritonită urogenă. Fișa medicală de staționar nu conține informații referitoare la starea sănătății pacientei în perioada postoperatorie precoce (02 și 03.09.2006). Prima vizită în perioada postoperatorie este datată cu 04.09.2006, conținând inclusiv „...hemodinamică stabilă, diureză adecvată...”.*

Într-o serie de cazuri, pacienții nu au fost examinați în dinamică de specialiști cu alt profil. În acest mod, pacientul este lipsit de observarea și evaluarea în dinamică a tuturor proceselor patologice sau traumatice.

Este cunoscut faptul că în „zilnice”, medicii sunt obligați să fixeze data vizitei, iar în stările grave ale pacienților cu monitorizare practic continuă – și ora examinării. În 10,13% din fișele cu neajunsuri în oglindirea

evoluției procesului patologic, specialiștii nu au indicat data și ora vizitei, astfel făcând dificilă aprecierea dinamicii procesului patologic în termene concrete. În acest context, remarcăm că este inadmisibilă elaborarea unui singur „zilnic”, care să reflecte starea pacientului în dinamică pentru mai multe zile (cazul 20).

Cazul 20. Cet. A., f/m nr.21296/718.



Unele dintre sarcinile evidenței zilnice a pacientului sunt stabilirea și monitorizarea continuă a temperaturii corpului. Monitorizarea îi permite medicului-chirurg să stabilească într-un termen optim momentul apariției posibilelor complicații de ordin infecțios. Procedura în cauză este, de regulă, efectuată, iar rezultatele acesteia sunt fixate în fișă de către asistentă medicală. Cercetând foile de evidență a temperaturii corpului, am constatat că în 20,25% din fișele cu deficiențe ale evoluției procesului patologic, evidența termică lipsea; chiar și o foaie de evidență a lipsit.

Fișa de observație clinică a pacientului externat finisează, în mod obligatoriu, cu epicriza, în care, în mod succint, se fixează informația cu privire la diagnosticul clinic definitiv, măsurile diagnostice și curative întreprinse, evoluția maladiei pe parcursul aflării pacientului în staționar. După cum s-a văzut mai sus, chiar și la acest capitol al fișei s-au observat unele lacune.

Capitolul *Diagnosticul clinic*, considerăm, merită să fie analizat în mod separat, deoarece un diagnostic clinic definitiv poate fi elaborat doar ținându-se cont de toate informațiile obținute la internarea pacientului, cât și pe parcursul tratamentului. Iu. N. Stempurski și coaut. (1986) sunt de părerea că diagnosticarea și prognozarea clinică reprezintă aspectul cognitiv al activității medicale. Scopul principal al acestor procese este asigurarea unui tratament argumentat, chibzuit și eficient [127]. În contextul expus trebuie remarcate dificultățile ce apar în fața medicului, care, din întreg spectrul proceselor patologice și traumatice, trebuie să

poată identifica tocmai acea unitate nosologică de care suferă pacientul. De aceea, întru identificarea maladei concrete și excluderea altor procese patologice la pacient, medicul trebuie să analizeze și să diferențieze toate informațiile cu caracter subiectiv (acuzele, anamneza bolii) și obiectiv (rezultatele examenelor clinice și paraclinice). Evident că diagnosticul se va baza, în mare măsură, pe datele obiective; dacă aceste date lipsesc, diagnosticul nu poate fi considerat argumentat și, respectiv, supus calificării medico-legale [48].

S-a demonstrat deja că veridicitatea concluziilor expertizei medico-legale depinde, în cea mai mare măsură, de calitatea perfectării documentației medicale, plenitudinea descrierii leziunilor și, nu în ultimul rând, de corectitudinea și scrupulozitatea diagnosticului clinic. Greșelile de diagnosticare, examinarea insuficientă (clinică și paraclinică) a pacientului pot determina o interpretare medico-legală greșită [79]. Greșeala medico-legală este nu mai puțin periculoasă decât cea clinică, antrenând, la rândul său, una juridică, care va avea repercusiuni sociale grave. Tocmai din aceste considerente, punctul 17 al Regulamentului de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale [48] interzice aprecierea gravității atunci când „...diagnosticul leziunii sau bolii (stării patologice) la persoana agresată nu este stabilit cu certitudine (tabloul clinic are un caracter neclar, investigațiile clinice și de laborator au fost insuficiente ș.a.)...”.

Analizând fișele de staționar, s-a constatat o pondere de $83,60 \pm 1,93\%$ a diagnosticelor clinice deplin argumentate. Totuși, în $16,40 \pm 4,36\%$ din fișele de staționar, diagnosticul clinic a fost total sau parțial neargumentat. Din aceste observații, în $59,72\%$ din fișe nu s-a argumentat diagnosticul traumei ce ține de profilul secției (neurochirurgie, chirurgie maxilo-facială, traumatologie etc.) în care a fost internat pacientul, iar în $27,78\%$ – diagnosticul traumelor de alt profil chirurgical (în cazul traumelor asociate). Totodată, în $12,50\%$ din observațiile cu traume asociate nu au fost argumentate toate compartimentele diagnosticului. S-a observat că, în cazurile de intervenție chirurgicală, ponderea diagnosticelor neargumentate a fost mai mică ($7,44\%$), confirmându-se încă o dată valoarea operației în calitate de sursă importantă de informații veridice și obiective.

Acest studiu ar fi incomplet, dacă nu am încerca să stabilim cauzele ce au determinat argumentarea insuficientă a diagnosticelor. Pornind de la aceste premise am întreprins o cercetare meticuloasă a fișelor cu diagnostic neargumentat (72) și am constatat: leziuni descrise insuficient sau

deloc – 87,50±4,17%; „zilnice” prescurtate – 47,22±8,56%; înscrieri indescifrabile – 40,28±9,11%; consultații în lipsa rezultatelor examenului obiectiv al pacientului – 36,11±9,42%; lipsa monitorizării stării neurologice – 31,94±9,72%; descrieri/simptome înlocuite prin concluzii/sindroame – 20,83±10,49% (tab 2.9).

Tabelul 2.9

Cauzele argumentării insuficiente a diagnosticului

Nr. crt.	Cauzele	Frecvența în fișele cu diagnostic neargumentat		t	p
		abs.	P±ES%		
1.	Descrierea insuficientă a leziunilor corporale	63	87,50±4,17	21,0	p<0,001
2.	„Zilnice” prescurtate	34	47,22±8,56	5,5	p<0,001
3.	Scris indescifrabil	29	40,28±9,11	4,4	p<0,001
4.	Consultații fără starea obiectivă a pacientului	26	36,11±9,42	3,8	p<0,001
5.	Lipsa monitorizării stării neurologice	23	31,94±9,72	3,3	p<0,001
6.	Descrieri înlocuite prin concluzii	15	20,83±10,49	2,0	p<0,001

Așadar, după cum se vede din tabelul 2.9, argumentarea insuficientă a diagnosticului clinic (în fișele cu diagnosticul neargumentat) are la originea sa mai multe cauze, fiecare aducându-și contribuția într-o măsură mai mare sau mai mică. În cadrul acestei analize s-a observat că diagnosticele clinice au fost insuficient argumentate din cauza combinării mai multor neajunsuri într-o singură fișă. Deci, putem afirma că argumentarea insuficientă a diagnosticului clinic are un substrat pluri-cauzal. Este însă de subliniat că diagnosticul neargumentat pune, în mod evident, sub semnul întrebării tactica curativă întreprinsă de medic.

Principalele cerințe în stabilirea diagnosticului clinic sunt corectitudinea și oportunitatea [127]. Diagnosticul clinic se stabilește în primele 72 ore, iar cel definitiv – la externarea pacientului din staționar [123]. Totodată, medicul trebuie să indice în fișă data stabilirii diagnosticului clinic [140].

Analiza fișelor de staționar a arătat o incidență maximă a diagnosticelor stabilite în primele 24 de ore (55,13%). Odată cu creșterea duratei

de aflare a pacienților în staționar, scade frecvența diagnosticelor stabilite după 24 de ore. Astfel, în 12,53% din cazuri, diagnosticul clinic a fost stabilit în termen de 48 de ore, iar în 9,57% – în 72 ore și mai mult de la internare. În acest context s-a observat că, în unele cazuri, diagnosticul clinic nu se deosebea esențial de cel de la internare, însă era datat cu 48, 72 și chiar mai multe ore de la internare. Au fost examinate fișe în care era fixată data stabilirii diagnosticului la internare (și nu a celui clinic), care, evident, coincidea cu data internării.

De menționat că în 22,77% din fișe nu s-a înregistrat data stabilirii diagnosticului clinic. În asemenea cazuri este evidentă imposibilitatea confirmării oportunității de stabilire a diagnosticului clinic (mai ales atunci când diagnosticul clinic diferă semnificativ de cel la internare) și începerii la timp a măsurilor curative în conformitate cu diagnosticul stabilit.

Corectitudinea diagnosticului clinic prevede nu numai identificarea stării patologice real existente la pacient, ci și utilizarea corectă a termenilor medicali. În frecvente cazuri, diagnosticile leziunilor produse prin obiecte ascuțite conțineau noțiunile *plagă prin armă albă*, *plagă de cuțit*, *plagă împunsă*, *plagă înjunghiată*, care, de fapt, nu reflectau tipurile concrete ale plăgilor (înțepate, tăiate, înțepat-tăiate ș.a.). Considerăm că folosirea în descrierea diagnosticului a unor termeni greșiți sau inexistenți în medicină (ex.: *traumatism multiplu*) poate relata și nivelul de calificare a medicului.

Într-un număr mic de fișe, caracterul plăgilor reflectat în *status localis* nu corespundea tipului plăgii indicate în diagnostic. Este de neconceput diagnosticul „plagă contuză-tăiată”, mai ales în lipsa descrierii caracterului morfologic al acesteia”. Asemenea diagnostic trezește anumite rezerve față de aptitudinile specialistului în recunoașterea plăgii după aspectul ei morfologic și în stabilirea corectă a diagnosticului. Acest neajuns se va răsfrânge negativ asupra posibilității identificării agentului traumatic, adică a corpului delict folosit la comiterea crimei.

În literatura și instrucțiunile medicale [123, 127, 140] este bine determinată structura diagnosticului clinic, care trebuie să reflecte maladia (trauma) de bază, complicațiile acesteia și bolile concomitente. Un diagnostic definitiv nu poate fi considerat complet fără elucidarea acestor informații. În fișele analizate, diagnosticul clinic definitiv incomplet a fost constatat în 25,97±4,11%. În majoritatea cazurilor, diagnosticul nu a inclus maladiile concomitente, cu toate că, potrivit informației expuse în fișe, aceste stări patologice au fost prezente la pacient. Mult mai rar s-a

înregistrat omiterea complicațiilor maladei (traumei) de bază, precum hemoperitoneum, hemotorace, șoc hemoragic ș.a. În unele cazuri, diagnosticul la internare era mai deplin și informativ decât cel clinic. Spre exemplu, la internare s-a indicat diagnosticul „*Plagă tăiată a hemitoracelui drept. Plagă tăiată a hemitoracelui stâng în spațiul intercostal VIII pe linia medioclaviculară. Stare de ebrietate*”, iar cel clinic a cuprins doar „*Plagă de cuțit toraco-abdominală*” (cazul 21). Au fost constatate și diagnostice, care nu elucidau pe deplin unitatea nosologică. Astfel, diagnosticul cuprindea noțiunile *comoție/contuzie cerebrală*, fără a se specifica „*trauma craniocerebrală închisă/deschisă*” sau *fractura coastelor...* în lipsa „*traumei închise a toracelui*” etc. În unele fișe și extrase din acestea au fost înregistrate și diagnostice, formularea cărora determină, cel puțin, un zâmbet firesc: *plăgi ale organismului, fractură închisă a brațului stâng, traumă agresivă* ș.a. (cazurile 22, 23).

Cazul 22. *Minora O., trimitere/extras.*

6. Diagnosticul complet (afecțiunea de bază complicații concomitente)
 Полный диагноз (основное заболевание сопутствующее осложнение)

*Viol. Ripatura
 serotub.*

Cazul 23. *Pacienta V., trimitere/extras din fișa medicală a bolnavului de staționar.*

*Coadașii, Hematoame, excoriații multiple
 pe a.t./meș 9: Capului, feței, gâtului,
 toracelui, rinichilor, vezicii urinare ș.a.*

Descifrare la cazul 23: contuzii, hematoame, excoriații multiple ale țesuturilor moi ale capului, feței, gâtului, toracelui, rinichilor, vezicii urinare ș.a.

2.8. Consecințele asistenței medicale

Activitatea medicală, prin eforturile personalului, are un scop nobil: ameliorarea suferințelor bolnavului și vindecarea lui. Însă, orice intervenție medicală se implică evident în homeostazia organismului prin dereglarea echilibrului fiziologic, perturbat deja de procesul patologic. Deci, restabilirea acestui echilibru de forțe va depinde mult de măiestria medicului și iscusința intervenției medicale. Prin urmare, intervenția medicală trebuie să fie bine calculată, astfel încât să nu încalce unul dintre postulatele fundamentale ale medicinei ca știință – *primum non nocere*.

În această ordine de idei, unul dintre obiectivele studiului nostru este aflarea consecințelor asistenței medicale.

Astfel, în structura consecințelor asistenței medicale, decesul pacientului a fost înregistrat cel mai frecvent (53,10%), fiind urmat de decesul pruncilor (17,26%). Cu o frecvență aproape egală pe fundalul asistenței medicale s-au produs agravarea stării generale a pacientului (9,29%) și pierderea organului sau a funcției acestuia (8,41%). Mult mai rar, asistența medicală s-a terminat cu formarea unor leziuni ireparabile (1,33%) și apariția mai multor consecințe nedorite (1,76%), precum înlăturarea uterului concomitent cu decesul fătului și moartea simultană a parturientei și pruncului. Cu toate acestea, practic în fiecare al zecelea caz nu au fost constatate consecințe sau complicații ale actului medical.

Este evident însă faptul că personalului medical nu-i pot fi imputate consecințele menționate în calitate de obiecții fără raportarea acestora la eventualele deficiențe din procesul acordării asistenței medicale. În contextul dat, analizând rezultatele asistenței medicale în raport cu existența deficiențelor, s-a observat că, în majoritatea observațiilor, consecințele nu au fost determinate de neajunsurile din acordarea asistenței medicale.

Analiza detaliată a tuturor condițiilor determinante ale apariției consecințelor nefavorabile a scos în evidență o serie de factori ce nu au nicio legătură cu asistența medicală, ci cu personalitatea pacientului sau cu circumstanțele premergătoare asistenței medicale ca atare; de exemplu, adresarea întârziată după asistență medicală, maladiile concomitente și particularitățile (reactivitatea) individuale ale pacientului, refuzul internării, nerespectarea regimului de tratament și a indicațiilor medicului, gravitatea procesului patologic, apariția unor complicații imprevizibile (dezlipirea precoce a placentei, înnodarea cordonului ombilical, hemoragie repetată, insuficiența suturilor etc.), asocierea factorilor ocazionali (ex.: infecție) ș.a. Factorii menționați au fost identificați în $62,03 \pm 3,78\%$ ($p < 0,001$) din observații, iar în $18,80 \pm 5,53\%$ ($p < 0,001$) au fost stabiliți în asociere cu diverse deficiențe. Aceste observații demonstrează că urmările nefavorabile ale acordării asistenței medicale sunt determinate atât de condițiile legate de pacient, cât și de deficiențele comise. Din aceste considerente, în stabilirea corelației dintre rezultatele asistenței medicale și gravitatea deficiențelor este importantă elucidarea legăturii de cauzalitate. Cu atât mai mult, legătura de cauzalitate dintre neajunsuri și complicațiile apărute este considerată atât de literatura științifică [80],

cât și de legislația penală [8] drept o condiție indispensabilă pentru atragerea personalului medical la răspundere penală.

În acest context, cercetările noastre au arătat că practic în fiecare al treilea caz (31,03%) în care s-au înregistrat neajunsuri în acordarea asistenței medicale comisia de experți a stabilit lipsa legăturii de cauzalitate dintre deficiențele constatate și complicațiile survenite (fig. 2.2). În 37,93% din observații s-a stabilit o legătură de cauzalitate între neajunsuri și complicații, în structura acesteia predominând cea directă (22,99%).

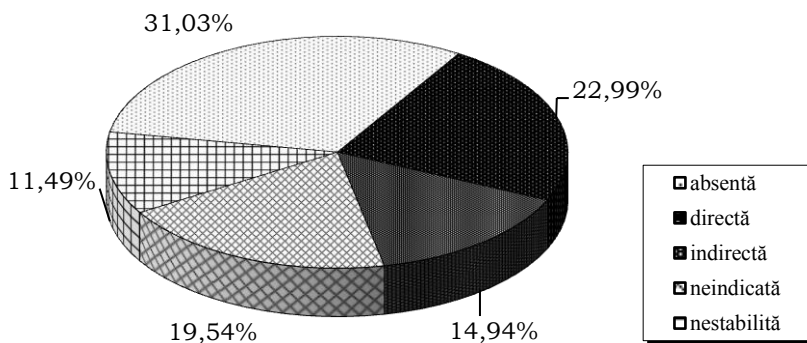


Fig. 2.2. Caracteristica legăturii de cauzalitate.

Cazul 24. Din materialele cauzei penale rezultă că pacienta H., 22 ani, a născut pe 04.11.2006 în maternitatea raională un băiețel cu scorul Apgar 3, determinat de asfîxia mecanică intrauterină prin strangularea gâtului cu cordonul ombilical. La nașterea placentei s-a constatat lob suplimentar și defect placentar, care au necesitat raclajul uterin, în urma căruia uterul s-a contractat. În virtutea stării generale, pe 05.11.2006 nou-născutul a fost transferat în IMSP ICȘOSMșiC. Pe 06.11.2006, la insistența proprie, lăuza H. a fost externată în stare satisfăcătoare din maternitatea raională și s-a deplasat la Centrul Mamei și Copilului, pentru a îngriji pruncul. Pe 10.11.2006, s-a declanșat metroragie și, în regim de urgență, i-a fost efectuat raclajul uterin repetat. După aplicarea anesteziei generale, medicul și asistenta medicală anesteziști au plecat din sala de operații. În procesul efectuării intervenției a survenit stopul cardiac și respirator, care, în lipsa medicului și asistentei anesteziști, a fost observat cu întârziere, fiind efectuate tardiv și măsurile de resuscitare. După restabilirea activității cardiovasculare și respiratorii, pacienta H. a rămas inconștientă. După o lună de tratament intensiv a fost diagnosticată cu flebotromboză iliofemurală acută pe stînga. În lipsa evoluției stării pacientei, ea a fost transferată pe 26.12.2006, cu reanimobilul, în spitalul raional, pentru a

continua tratamentul. Pe 03.01.2007 a decedat din cauza tromboemboliei arterei pulmonare. Comisia de experți a conchis următoarele: Diagnosticul „Graviditate 38–39 de săptămâni. N II. Fals travaliu. Placentă jos inserată.

Colpită”, stabilit pacienței H. la 04.11.2006, a fost corect. Starea pacienței H. după naștere a fost apreciată corect, iar tratamentul a fost acordat corect în corespundere cu starea stabilită. După naștere, care s-a complicat cu defect al placentei și hemoragie uterină, a fost efectuat raclajul uterului cu anestezie suficientă. După asemenea complicații, lăuza nu putea fi categoric externată în perioadă timpurie. La externarea din maternitatea raională, lăuza nu a fost examinată în volumul necesar, ultrasonografia după controlul cavității uterine fiind obligatorie. La internare în IMSP ICȘOSMșiC, lăuzei H. i-a fost stabilit corect diagnosticul „Stare după naștere (a 6-a zi). Hemoragie uterină”, stare care a necesitat raclajul repetat al uterului. Acest tratament a fost necesar și acordat corect, sub protecția anesteziei generale. Complicațiile asemănătoare celor apărute la pacienta H. și tratamentul operator acordat foarte rar cauzează stop cardiac, precizarea căruia este imposibilă. Nașterea, intervențiile chirurgicale, perfuziile și aflarea îndelungată la pat, în cazul pacienței H. au putut fi cauza apariției tromboflebitei. La examenul histologic al creierului pacienței H. au fost constatate modificări caracteristice hipoxiei îndelungate a creierului, soldată cu decorticare. Acest proces este rezultatul direct al stopului cardiac și respirator îndelungat cu o durată mai mare de 5 minute, care putea fi constatat precoce doar în cazul monitorizării continue a pacienței de către medicul și asistenta medicală anesteziști. În maternitatea raională, pacienta H. a fost externată prematur. Medicul anestezișt al IMSP ICȘOSMșiC a lăsat pacienta sub anestezie generală fără supraveghere, astfel omițându-se momentul instalării stopului cardiac și respirator, situație care a dus la hipoxia cerebrală și decorticarea pacienței. Reținerea lăuzei H. în maternitatea raională și acordarea asistenței medicale necesare după investigațiile obligatorii puteau evita apariția hemoragiei uterine și necesitatea reinternării. Monitorizarea continuă a pacienței H. de către medicul și asistenta medicală anesteziști putea permite constatarea precoce a stopului cardiorespirator și efectuarea măsurilor de resuscitare în timp util și astfel – evitarea apariției tromboflebitei venei iliace generatoare de deces. Prin urmare, acordarea calificată a asistenței medicale în maternitatea raională și IMSP ICȘOSMșiC putea evita decesul bolnavei H. Ținând cont de cauza morții cet. H., conchidem că între neajunsurile admise în acordarea asistenței medicale în cadrul maternității raionale și decesul acesteia există o legătură de cauzalitate indirectă. Însă, între neajunsurile admise în acordarea asistenței medicale în cadrul IMSP ICȘOSMșiC și decesul pacienței H. există o legătură de cauzalitate directă.

Din figura 2.2 observăm că legătura indirectă de cauzalitate dintre neajunsurile identificate în acordarea asistenței medicale și complicațiile

survenite a fost stabilită în 14,94% din cazuri. Caracterul indirect al legăturii de cauzalitate a fost determinat de existența unor condiții sau factori, care, alături de neajunsurile depistate, au cauzat instalarea complicațiilor nedorite.

Analiza expertizelor medico-legale în comisie a arătat că 19,54% din concluzii nu au reflectat legătura de cauzalitate. În acest context, s-a observat că, de obicei, comisiile de experți nu au apreciat legătura de cauzalitate din cauza lipsei acestei întrebări în lista problemelor ridicate de către organul de urmărire penală în fața expertizei medico-legale în comisie. Prin urmare, comisiile de experți au tras concluzii doar din întrebările expuse spre soluționare, fără a beneficia de dreptul de a se expune pe marginea întrebărilor neprevăzute de organul de urmărire penală, drept stipulat de legislația de procedură penală [15]. Într-o serie de concluzii, comisiile de experți au subînțeles legătura din context, fără însă a o accentua separat, fapt ce poate duce, după părerea noastră, la dispunerea unei expertize suplimentare, în scopul elucidării sau concretizării acestei probleme.

Concomitent cu neelucidarea legăturii de cauzalitate, în 11,49% din expertize nu a fost posibilă stabilirea existenței acesteia. Drept factori ce au împiedicat comisiile de experți să estimeze existența unei legături de cauzalitate între neajunsuri și complicații putem numi: adresarea tardivă a pacientului după asistență medicală, gravitatea procesului patologic, existența și amploarea maladiilor preexistente, imposibilitatea explicării mecanismelor de apariție a complicațiilor, volumul redus al informației prezentate pentru expertiză, neajunsurile de documentare ș.a.

Pentru practica medicală, în special pentru cea chirurgicală, o problemă separată reprezintă iatrogeniile. În lotul de studiu analizat, maladiile iatrogenice au fost identificate într-un număr nereprezentativ de cazuri (13) – în activitatea obstetricală, ginecologică, chirurgicală, endoscopică și oftalmologică. Iatrogeniile au constat în dereglarea integrității organelor (perforări ale uterului, intestinului, lezarea globului ocular etc.). Este semnificativ faptul că în 30,77% din aceste cazuri comisiile de experți au stabilit o legătură directă de cauzalitate și au calificat leziunile drept vătămare corporală gravă. Totodată, s-a constatat că în cazurile producerii leziunilor iatrogenice, comisiile de experți au apreciat drept corecte, din punct de vedere tehnic, acțiunile medicului. Leziunile iatrogenice s-au complicat, în măsură egală (câte 30,77%), cu moartea pacientului și pierderea organului (uterului). Însă, dacă pierderea organului

a fost determinată nemijlocit de leziunea iatrogenică, atunci decesul pacientului a avut la bază un concurs de factori determinanți, în aceste cazuri fiind identificate concomitent mai multe tipuri de deficiențe.

Una dintre problemele ridicate obligatoriu în fața expertizei medico-legale este gravitatea vătămării corporale. Problema menționată trebuie soluționată pentru încadrarea juridică a tuturor consecințelor manipulațiilor medicale defectuoase. Cu toate că întrebarea cu privire la gravitatea vătămării corporale este ridicată în fața expertizei medico-legale practic în fiecare caz, comisiile de experți au soluționat-o într-un număr cazuistic de cazuri (7), în 85,71% dintre acestea, prejudiciul fiind apreciat drept vătămare corporală gravă (în baza pericolului pentru viața pacientului) și mai rar (14,29%) – drept vătămare corporală medie. Și totuși, în majoritatea cazurilor, comisiile de experți nu au apreciat gravitatea vătămării corporale, însă au menționat, în concluziile lor, că urmările manipulațiilor medicale nu pot fi supuse calificării medico-legale și au invocat lipsa în Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale a modalității acestei calificări [48].

**REALIZAREA DREPTURILOR PACIENTULUI ȘI
RĂSPUNDEREA JURIDICĂ A PERSONALULUI MEDICAL**

**3.1. Asigurarea protecției drepturilor pacientului în Republica
Moldova**

Tendința prioritară a sistemului sănătății, la etapa actuală, constă în amplificarea reglementării juridice a activității medicale [90], ce se referă îndeosebi la ajutorul medical, susținerea juridică a pacientului și medicului [65]. Elaborarea normelor juridice de reglementare a drepturilor și obligațiilor personalului medical și ale pacientului, îmbunătățirea calității serviciilor medicale, dezvoltarea culturii juridice tuturor subiecților implicați în actul medical, realizarea dreptului cetățenilor la asistență medicală calitativă și oportună sunt problemele prioritare ale societății contemporane [75, 87, 99, 102, 108]. O atare tendință îi este proprie și sistemului sănătății din Republica Moldova. În această ordine de idei, reformele politico-sociale și legislative din domeniul sănătății publice, ce au avut loc în republică după proclamarea independenței, au schimbat radical viziunile și principiile de acordare a asistenței medicale, statutul medicului, relațiile lui cu pacientul, societatea și statul. Astfel, reglementarea legislativă a activității medicale prin intermediul Legii ocrotirii sănătății [31] și Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală [32], împreună cu implementarea asigurărilor obligatorii în sistemul sănătății, în contextul trecerii țării la economia de piață, au indus modificări și în relația dintre instituția medico-sanitară și personalul medical, pe de o parte, și pacient, pe de altă parte, atribuindu-i și un aspect economic. Deci, pacientul, achitând serviciile medicale în mod direct sau prin intermediul poliței de asigurare, solicită ajutor medical calificat și nu acceptă un alt rezultat al asistenței medicale decât cel scontat.

Un alt pas evolutiv a constat în aprobarea Legii cu privire la exercitarea profesiei de medic [37] și Legii cu privire la drepturile și

responsabilitățile pacientului [36], care au încadrat relația medic-pacient în anumite norme juridice, obligatorii spre executare, au lărgit drepturile pacientului și au concretizat obligațiile profesionale ale medicului, garantând astfel protecția intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății. Toate aceste reforme au contribuit la creșterea interesului pacienților față de calitatea serviciilor medicale acordate, mai cu seamă în cazurile eșuării tratamentului și apariției diverselor complicații [76, 95, 178].

Actul legislativ principal, care a pus baza apariției și asigurării protecției drepturilor pacientului în Republica Moldova, este Legea ocrotirii sănătății (nr.411), aprobată de parlament pe 28.03.1995 [31]. Prevederile de bază ale acestei legi sunt: dreptul la asigurarea sănătății (art. 17); dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății (art. 19); dreptul la asistență medicală (art. 20); consimțământul pentru prestații medicale (art. 23); dreptul la libera alegere a medicului, a instituției medicale și a formei de asistență medicală (art. 25); dreptul la informații despre starea sănătății (art. 27); dreptul la reproducere umană asistată medical (art. 33); asistența medicală la naștere și după naștere (art. 33¹); dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătății (art. 36); dreptul familiei la ocrotire a sănătății și la protecție socială (art. 46); dreptul la efectuarea expertizei medicale a vitalității (art. 56).

Unul dintre cele mai prioritare drepturi acordate pacientului prin intermediul Legii ocrotirii sănătății este dreptul la autodeterminare sau autonomie. Dreptul în cauză se materializează prin informarea obligatorie a pacientului cu privire la starea sănătății proprii, procedurile medicale ce i se aplică, riscul lor potențial și eficacitatea terapeutică, metodele de alternativă, diagnosticul, prognosticul și mersul tratamentului, recomandările profilactice. Furnizarea acestor informații este parte componentă a procedurii de obținere a consimțământului informat al pacientului; ea a devenit un element obligatoriu, ce precedă orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie). În așa mod, Legea ocrotirii sănătății a pus baza tranziției sistemului sănătății publice din Republica Moldova de la modelul paternalist (etica monologului) de acordare a asistenței medicale la cel antipaternalist (etica dialogului). Etica paternalistă presupune limitarea informației oferite pacientului de către medic, propunând o încredere deplină pentru acțiunile medicului, iar uneori – chiar ignorarea doleanțelor pacientului. În astfel de situații, decizia o ia medicul, iar pacientul trebuie doar să o accepte, fiind ferm convins că se va face totul pentru binele său. Pe de altă

parte, modul antipaternalist se realizează prin intermediul a două mecanisme: interpretarea cu etica dialogului și acordul informat. De menționat că arta interpretării poate fi realizată în practică doar pe calea dialogului, prin intermediul comunicării [56].

Trebuie să menționăm că Legea ocrotirii sănătății este o normă cu caracter general, care a pus bazele elaborării altor legi, cu caracter ramural, ce reglementează unele activități medicale specifice din republică: Legea cu privire la activitatea farmaceutică, nr.1456-XII din 25.05.1993; Legea cu privire la sănătatea mentală, nr.1402-XIII din 16.12.1997; Legea cu privire la medicamente, nr.1409-XIII din 17.12.1997; Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998; Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, nr.382 din 06.05.1999; Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr.552-XV din 18.10.2001; Legea cu privire la sănătatea reproductivă și planificare familială, nr.185-XV din 24.05.2001; Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.1593-XV din 26.12.2002; Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului, nr.263-XVI din 27.10.2005; Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic, nr. 264-XVI din 27.10.2005; Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, nr.23-XVI din 16.02.2007; Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane, nr.42 din 06.03.2008; Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, nr.153 din 04.07.2008; Legea privind donarea de sânge și transfuzia sanguină, nr.241 din 20.11.2008; Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr.10 din 03.02.2009; Legea privind protecția datelor cu caracter personal, nr. 133 din 08.07.2011; Legea cu privire la asigurarea egalității, nr.121 din 25.05.2012; Legea privind sănătatea reproducerii, nr.138 din 15.06.2012.

Un pas important în realizarea drepturilor pacientului în Republica Moldova a constat în aprobarea Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr. 263 din 27.10.2005 [36] și Legii cu privire la exercitarea profesiei de medic, nr. 264 din 27.10.2005 [37].

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului are drept scop consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigurarea respectării demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate. Legea dată reglementează drepturile generale ale tuturor pacienților, indiferent de maladia de care suferă.

Așadar, în conformitate cu această lege, pacientul are dreptul la: a) asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație; b) atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase; c) securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate; d) reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate; e) opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate); f) asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă); g) informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective; h) examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate normelor sanitaro-igienice; i) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnosticare, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora; j) informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant; k) exprimare benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenție medicală și la participare la cercetarea biomedicală (studiu clinic); l) acceptare sau refuz în ce privește efectuarea ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă prejudiciu moral altor pacienți; m) asistență a avocatului sau a unui alt reprezentant, în scopul protecției intereselor sale; n) informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor; o) atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație; p) îngrijire terminală demnă de o ființă umană; q) despăgubire a daunelor aduse sănătății. Din cele relatate rezultă că Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului asigură atât drepturile individuale, cât și drepturile sociale ale pacientului.

Însă, concomitent cu drepturile, în scopul protejării intereselor unor persoane terțe și prevenirii prejudicierii acestora, legiuitorul a prevăzut și anumite limitări ale drepturilor pacientului. Astfel, în conformitate cu

legea, pacienții pot fi supuși numai acelor limitări care sunt compatibile cu instrumentele privind drepturile omului și în caz de: a) spitalizare și examinare a bolnavilor care suferă de boli psihice, în conformitate cu Legea cu privire la sănătatea mentală, ținând cont de solicitările pacientului, în măsură adecvată capacității lui de exercițiu; b) examinare medicală obligatorie a persoanelor care donează benevol sânge, substanțe lichide biologice, organe și țesuturi; c) efectuare a examinării medicale preliminare obligatorii, în scopul depistării bolilor ce prezintă pericol social, în timpul angajării la serviciu și în cadrul examinărilor medicale periodice obligatorii ale lucrătorilor de anumite profesii, imigranților și emigranților, a căror listă se aprobă de Ministerul Sănătății; d) efectuare a examinării medicale obligatorii, inclusiv pentru depistarea infecției HIV/SIDA, a sifilisului și a tuberculozei la persoanele aflate în penitenciare; e) spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social.

Pe lângă drepturile cu caracter general, stipulate de Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, există și drepturi specifice cu care sunt asigurați o serie de pacienți suferinzi de anumite maladii, drepturi ce derivă din specificul procesului patologic și sunt reglementate de unele legi cu caracter ramural.

Astfel, drepturile pacientului bolnav psihic sunt reglementate de Legea cu privire la sănătatea mentală, nr.1402-XIII din 16.12.1997 [33]. Astfel, legea dată stipulează în primul rând că persoanele suferinde de tulburări psihice beneficiază de toate drepturile și libertățile cetățenilor, prevăzute de Constituție și de alte legi. Totodată, legea asigură și unele drepturi specifice, determinate de particularitățile maladiilor psihice, care se manifestă, de obicei, prin limitarea discernământului și a capacității de exercițiu. Așadar, în cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul: a) la atitudine umană și cuviincioasă, care să excludă jignirea demnității umane și discriminarea după criteriul de sex; b) la informații privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, expuse într-o formă accesibilă lui, ținându-se cont de starea lui psihică; c) să fie spitalizat în staționarul de psihiatrie numai pentru durata examenului medical și a tratamentului; d) la toate tipurile de tratament (inclusiv balneo-sanatorial) conform indicațiilor terapeutice; e) la asistență psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie; f) să accepte în prealabil, în

formă scrisă, în modul stabilit de lege, folosirea sa ca obiect al experimentelor medicale, al cercetărilor științifice sau al procesului didactic, fotografierea, filmarea, videoimprimarea sa și să renunțe oricând la aceste acțiuni; g) să solicite invitarea oricărui specialist, cu consimțământul acestuia, care să participe la acordarea de asistență psihiatrică sau să conlucreze în comisie medicală; h) la asistența avocatului inclusiv din oficiu, a reprezentantului legal sau a unei alte persoane; i) la o intimitate adecvată în structurile de sănătate mentală, inclusiv la facilități de somn, astfel încât femeile să doarmă separat de bărbați (art. 5).

În scopul excluderii marginalizării și stigmatizării acestei categorii de pacienți vulnerabili, Legea cu privire la sănătatea mentală interzice expres limitarea drepturilor și libertăților persoanelor suferinde de tulburări psihice numai în baza diagnosticului psihiatric, cazurilor de supraveghere prin dispensarizare, a faptului că se află ori s-au aflat în staționarul de psihiatrie sau într-o instituție psihoneurologică (internat psihoneurologic, școală specializată, instituție rezidențială sau instituție de plasament temporar etc.). Totuși, ținându-se cont de caracterul maladiilor psihice, legiuitorul a prevăzut și unele limitări ale drepturilor acestei categorii de pacienți. Astfel, persoana suferindă de tulburări psihice poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ sau al reprezentantului ei legal, dacă examinarea sau tratarea ei este posibilă numai în condiții de staționar, iar tulburarea psihică este gravă și condiționează pericol social direct și prejudiciu grav sănătății sale, dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică (art. 28). Totodată, tratamentul poate fi efectuat fără liberul consimțământ al persoanei suferinde de tulburări psihice sau al reprezentantului ei legal numai în cazul aplicării unor măsuri medicale coercitive, în conformitate cu prevederile Codului penal (art. 11). Prin urmare, drepturile pacientului cu tulburări psihice pot fi limitate doar în scopul prevenirii lezării în drepturi a persoanelor terțe și cauzării de prejudicii acestora sau pacientului însuși.

Unul dintre Drepturile Omului, proclamate de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite în Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată la 10 decembrie 1948 [22], este dreptul la fondarea familiei și la asigurarea protecției acesteia din partea societății și statului (art.16). Dacă Declarația Universală a Drepturilor Omului nu este o normă juridică obligatorie, atunci Pactele adoptate de ONU devin obligatorii pentru țările care le-au ratificat. În acest sens, prin intermediul Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice (art. 23)

[43], ratificat de Parlament, Republica Moldova și-a asumat angajamentul să respecte dreptul cetățenilor la fondarea familiei și să-i asigure protecția.

Recunoașterea, reglementarea și garantarea drepturilor persoanelor la reproducere, în calitate de parte integrantă a drepturilor omului, sunt realizate în Republica Moldova prin intermediul Legii cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, nr.185 din 24.05.2001 [35]. Această lege servește drept bază legislativă în realizarea liberă a drepturilor oricărei persoane la reproducere și beneficierea de servicii de planificare familială și prevede dreptul la luarea liberă a deciziei referitoare la reproducere (art. 5); dreptul la informație asupra sănătății sale reproductive și planificării familiale (art. 6); dreptul la beneficierea de servicii de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială (art. 7); dreptul minorilor la ocrotirea sănătății reproductive și la educație sexuală (art. 8); dreptul la donarea celulelor sexuale (art. 9); dreptul la înșămânțare artificială și fecundare *in vitro* (art. 10); dreptul la utilizarea metodelor de contracepție (art. 11); dreptul la confidențialitate în realizarea drepturilor la reproducere (art. 12).

Analizând drepturile pacientului, în mod separat urmează a se discuta drepturile persoanelor HIV-infectate și bolnave de SIDA, întrucât această categorie de persoane destul de frecvent este supusă discriminării pe motiv de statut HIV pozitiv. Drepturile acestor persoane sunt protejate de Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, nr. 23 din 16.02.2007 [37]. Așadar, cetățenilor Republicii Moldova, cetățenilor străini și apatrizilor care au domiciliul sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova li se asigură dreptul la examen medical gratuit (inclusiv anonim), în scopul depistării precoce a infecției HIV și a maladiei SIDA. Testarea la markerii HIV se face doar în baza consimțământului scris, benevol și informat al persoanei. Legea garantează dreptul persoanei care solicită testarea la markerii HIV sau al celei diagnosticate cu HIV la confidențialitate. În sensul acestei legi, informația poate fi furnizată doar următoarelor persoane: a) persoanei testate; b) părintelui sau tutorelui minorului testat; c) reprezentantului legal al persoanei lipsite de discernământ; d) conducătorului instituției medico-sanitare în care a fost colectată proba de sânge; e) conducătorului instituției medico-sanitare publice de la locul de trai al persoanei testate (medicului de familie); f) judecătorului care a emis hotărârea de testare obligatorie. Totodată, legea interzice testarea obligatorie la markerii HIV ca condiție pentru

angajare, călătorii, acces la servicii medicale, admitere într-o instituție de învățământ, cât și formele de testare ascunsă. Statul asigură accesul gratuit al persoanelor HIV pozitive la tratamentul ARV și la cel al maladiilor oportuniste conform indicațiilor clinico-imunologice. Un capitol aparte din lege este destinat interzicerii discriminării persoanelor pe motiv de statut HIV pozitiv la locul de muncă, în instituțiile preșcolare și de învățământ, în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private, privind accesul la serviciile de asigurare, de creditare și de acordare a împrumuturilor.

3.2. Aspectele etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului

O componentă actuală a reglementării juridice a activității medicale este obținerea acordului informat al pacientului [112]. Acordul informat al pacientului este un concept fundamental al eticii medicale [161] și ocupă o poziție de bază în comunicarea și relația dintre medic și pacient [23]. Mai mult, acordul sau consimțământul informat al pacientului, împreună cu etica dialogului, este mecanismul prin care se realizează modelul antipaternalist de acordare a asistenței medicale. În acest gen de comunicare, fluxul de informație este deschis și bilateral. Modul de abordare nominalizat definește bolnavul drept un subiect responsabil și liber de a lua decizii vitale importante și oportune pentru el însuși sau de a oferi informația necesară luării hotărârilor. D. Dermengiu și C. Curca (2002) subliniază că ceea ce trebuie obținut legal de la pacient nu este acordul, ci consimțământul informat, procedură ce trebuie – pentru a fi juridic legală – să fie asistată și confirmată prin semnătură de 2 martori [23]. Formulările lapidare, continuă autorii, nu oferă protecție deplină juridică medicului și încalcă, de altfel, chiar și unele drepturi ale pacientului.

În Republica Moldova, problema consimțământului și acordului informat apare în atenția comunității medicale odată cu aprobarea Legii ocrotirii sănătății [31]. La momentul actual, majoritatea actelor legislative ce reglementează activitatea medicală din republică [31, 32, 33, 35, 36, 37] conțin prevederi legate de exprimarea acordului informat al pacientului și consimțământului pentru orice prestație medicală, dar mai ales cu caracter invaziv. Mai mult decât atât, pentru unificarea practicii de obținere a consimțământului informat, Ministerul Sănătății a elaborat modelul acordului informat și lista intervențiilor medicale care necesită

perfectarea acordului informat în formă scrisă (Anexa 1 vezi pag. 182) [24].

În conformitate cu prevederile Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi exprimat în mod *oral* sau *scris* și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal și medicul curant. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit, consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit *acord informat* [36]. Forma scrisă este mai avantajoasă pentru medic, deoarece se păstrează o dovadă scriptică a informării pacientului [159]. Este de menționat că consimțământul exprimat trebuie solicitat și obținut de fiecare dată când se pune problema unei noi proceduri medicale/chirurgicale diagnostice/curative; exprimarea acestuia doar o singură dată nu este valabilă [23].

De fapt, în actul medical se pornește de la *consimțământul implicit*, care stă la baza relației curente de consult medical, exprimat de prezența nemijlocită a pacientului în cabinetul de consultație și se ajunge la *consimțământul exprimat* – etapă obligatorie, prin care pacientul acordă permisiunea de a fi tratat [23].

Conceptul de consens s-a născut și s-a dezvoltat, având pe de o parte vechi origini filozofice, iar pe de altă parte a fost condiționat de religie cu aspectele sale morale și de evoluția deontologică accelerată, pe căi paralele nevoilor și progresului oferite de noi forme de tratament și noi aplicații biotehnologice. Principiul consimțământului este o condiție evolutivă relativ nouă, care demonstrează legalitatea asistenței medicale, tinde să reflecte conceptul de autonomie și de autodeterminare decizională a persoanei care necesită și solicită asistență medicală [158]. În mod special în domeniul chirurgiei, informațiile cu privire la riscurile și beneficiile unei proceduri diagnostice sau curative pot fi relevante pentru capacitatea pacientului de a lua decizii în ceea ce privește cui să-i solicite asistență medicală [148]. Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația, expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de aceasta, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală [36]. Codul deontologic francez prevede că informația trebuie să fie corectă, clară, adecvată fiecărui pacient în parte

în funcție de starea sănătății, să cuprindă date despre evoluția posibilă, investigațiile și manipulațiile curative necesare, riscurile ce le implică, astfel încât să-i permită pacientului să ia o decizie [168]. Prin urmare, consimțământul informat poate fi definit ca o deplină încunoștințare și o deplină exprimare a voinței și liberei alegeri în ceea ce privește actul medical; presupune informarea „la rece” a pacientului asupra tuturor aspectelor medicale, care vor fi efectuate în timpul intervenției, a tuturor complicațiilor mai importante, care pot să apară și a modului de soluționare a acestora [23]. Dacă intervenția medicală presupune participarea mai multor medici, fiecare dintre ei trebuie să informeze pacientul despre riscurile generale și cele specifice domeniului său de competență. Pacientul trebuie informat în măsura în care să fie capabil de a înțelege informația expusă și să-și exprime acordul [159]. Alegerile oferite de medic, în scopul respectării autonomiei decizionale a pacientului, trebuie să fie pe cât de legale, pe atât de informative [169].

Este de menționat că legislația Republicii Moldova [36] prevede expres obligativitatea obținerii consimțământului informat și pentru unele manopere – părți componente ale actului medical general, precum sunt recoltarea, păstrarea și folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului, inclusiv a organelor și țesuturilor ca obiect de transplant. În sensul legii, consimțământul pacientului este necesar chiar și în cazul în care aceste produse biologice se folosesc în scopul stabilirii diagnosticului ori a tratamentului cu care bolnavul este de acord. În mod deosebit este necesar a atenționa că pacientul nu poate fi fotografiat, filmat sau expus, în orice altă formă, demonstrării ca obiect de studiu într-o instituție medico-sanitară, fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate). Totodată, consimțământul pacientului este necesar și în cazul participării lui la învățământul medical clinic.

Un consimțământ informat valid este fondat pe prezentarea informațiilor adecvate unui pacient competent, căruia îi este permis să facă o alegere liberă. În cazul pacienților incompetenti de a se pronunța cu privire la tratament, este necesară identificarea factorilor decizionali de substituție. Prin urmare, a determina dacă pacienții sunt competenți este esențial în atingerea unui echilibru corect între respectarea autonomiei pacientului capabil să ia decizii informate și protejarea celui cu tulburări cognitive. Menționăm că orice diagnostic sau tratament care compromite activitatea mintală poate fi asociat cu o incompetență decizională

[145]. În cazul pacientului cu discernământul afectat, deciziile sunt luate de reprezentantul său legal sau ruda apropiată, care are dreptul de a consimți sau a refuza intervenția medicală în interesele pacientului și care urmează să fie informat în scopul obținerii consimțământului [31]. În sensul Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] în calitate de *reprezentant legal al pacientului* poate fi persoana care poate reprezenta, în condițiile legii, fără procură, interesele unui pacient fără capacitate deplină de exercițiu sau care a fost declarat incapabil ori cu capacitate de exercițiu limitată, iar drept *rudă apropiată* poate fi considerată persoana care se află în relații de rudenie cu pacientul (părinți, copii, frați drepecți și surori drepte, bunici), inclusiv soțul (soția), și care în ultimii câțiva ani s-a aflat cel mai mult în contact cu acesta sau a fost desemnată de pacient, când acesta avea capacitatea de exercițiu, pentru a-i reprezenta interesele.

După C. L. Sprung și B. J. Winick (1989), acordul informat al pacientului include în sine următoarele elemente: furnizarea informației, crearea competenței, asigurarea înțelegerii și voluntariatului, luarea deciziei [170]. Autorii afirmă că doctrina acordului informat rezidă pe respectul pentru autonomia individuală și pe recunoașterea faptului că exercitarea autodeterminării în materie de sănătate este un drept al pacientului. Respectul pentru autonomia pacientului necesită prezentarea performanțelor individuale ale chirurgului și presupune că informația este suficient de precisă pentru a îmbunătăți facultatea pacientului de luare a deciziilor și că beneficiile sunt mai mari decât posibilele daune [148]. În genere, autonomia presupune ca pacientului să-i fie furnizate toate informațiile disponibile, pentru ca el să poată să-și exprime o preferință și să facă o alegere [169]. Condiția unei alegeri cu adevărat libere și clare constă în a pune pe o balanță riscurile și avantajele scontate [168]. Însă, pacientul nu trebuie „înecat” în volumul de informații oferite, întrucât „excesul de informații ucide informația” [159]. Totodată, a avertiza excesiv înseamnă a-l acoperi pe medic, dar a-l îngrozi pe bolnav și a determina un refuz din partea acestuia, după cum a-l lămuri insuficient înseamnă a-l face pe medic să-și asume anumite riscuri, ca: rezultate nefavorabile și încălcarea dreptului bolnavului la informare [23]. Din această cauză, oferirea echilibrată a informației de către medic este o misiune dificilă, dar totodată – și o noblețe a artei medicale [159].

Informarea pacientului despre toate riscurile posibile și perfectarea acordului informat devine o formă de asigurare a protecției juridice a

medicului [112, 135]. Cu toate acestea, neajunsurile de perfectare a acordului informat, manifestate prin completarea formală, incorectă sau chiar lipsa acestuia, se înregistrează extrem de frecvent în documentele medicale, chiar și în cazul efectuării intervențiilor chirurgicale, variind între 57,1 și 100% [64, 92, 135]. Cercetările noastre, efectuate pe un eșantion de 439 de fișe medicale ale bolnavilor de staționar, întocmite în instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale Chișinău și Bălți și raionale în perioada anilor 2003–2008 arată că medicii nu acordă atenție cuvenită obținerii și documentării consimțământului informat al pacientului. Astfel, neajunsuri în perfectarea acordului informat al pacientului au fost identificate în $33,26 \pm 3,90\%$ ($p < 0,001$) din fișe. Analiza neajunsurilor a scos în evidență o esențială prevalare a cazurilor de lipsă a consimțământului informat al pacientului (70,54%), față de cazurile de nesemnare de către el sau reprezentanții săi legali a acestui document (29,46%). În contextul dat este demonstrativ faptul că în $67,12 \pm 4,75\%$ ($p < 0,001$) din aceste cazuri, pacienții au suportat intervenții chirurgicale de diferit volum. Studiul comparativ pe ani a pus în evidență următoarele date: în anul 2003, consimțământul informat al pacientului a lipsit în toate fișele cercetate, în 2004 – prezent doar în unele fișe, iar începând cu anul 2005 – prezent în majoritatea fișelor de staționar. Aceste date, sperăm, demonstrează conștientizarea de către medici a rolului consimțământului pacientului în realizarea principiului autodeterminării sale și în asigurarea protecției personalului medical.

În acest context, G. A. Pașinean și coaut. (2004) menționează că acordul informat al pacientului pentru intervenția medicală, corect perfectat, în practica judiciară este un temei pentru a considera acțiunile pacientului drept nefondate [112]. Această părere este susținută și de S. V. Erofeev și D. N. Timofeev (2006), care au constatat în lotul analizat satisfacerea parțială a acțiunilor judiciare ale pacienților, chiar și în lipsa legăturii directe de cauzalitate dintre acțiunile personalului medical și consecințele survenite [92].

În sensul informării pacientului, D. Dermengiu și C. Curca (2002) consemnează că poziția profesionistului este „pe muchie de cuțit” în urgențe: dacă tratează fără consimțământ, poate fi acționat în justiție, iar dacă nu încearcă să convingă și deci nu tratează, de asemenea poate să fie acuzat de neglijență [23]. În acest context, D. Perju-Dumbravă (1999) afirmă că, în cazul în care pacientul este incapabil să-și exprime voința și este necesară intervenția chirurgicală de urgență, consimțământul

poate fi presupus, dacă pacientul nu s-a exprimat anterior pentru refuzul consimțământului [44]. Această poziție se regăsește și în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36], care stabilește că, în cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului. Aceeași prevedere este valabilă și în cazul minorilor. Astfel, Legea ocrotirii sănătății [31] stipulează că în caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății pacientului cu vârsta sub 16 ani, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Referitor la dorințele exprimate anterior de către pacient, *Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei*, adoptată pe 04.04.1997 la Oviedo, Spania¹, stipulează că vor fi luate în considerație dorințele exprimate anterior cu privire la o intervenție medicală de către un pacient care în momentul intervenției nu este într-o stare care să îi permită să își exprime voința.

Procedura de informare a pacientului și de obținere a acordului său informat are avantaje, însă poate avea și anumite dezavantaje. În acest sens, I. Burger și coaut. (2007) consideră drept potențial avantaj major îmbunătățirea autonomiei pacientului, a procedurii de luare a deciziilor, a performanțelor chirurgului și a calității de îngrijire a bolnavului. În plus, o astfel de atitudine a medicului poate promova o cultură de deschidere și responsabilitate, care poate servi la promovarea încrederii dintre medic și pacient [148]. Un potențial dezavantaj serios al informării, continuă autorii, constă în încurajarea chirurgilor în evitarea cazurilor cu risc sporit, dezinformarea pacienților și, astfel, prejudicierea reputației chirurgului. În continuarea acestei idei, M. L. Schwarze (2007) menționează că noțiunile *deschidere și transparență* sunt laudabile, deoarece sunt revoluționare [169]. Însă, avertizează autorul, dacă la nivel instituțional, transparența are un imens potențial pentru îmbunătățirea calității serviciilor oferite pacienților, atunci la nivel individual, ea ar putea submina o mare parte din relația medic-pacient, care este substanțială pentru buna

¹ Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei, adoptată pe 04.04.1997 la Oviedo, Spania, ratificată prin Legea nr. 1256-XV din 19.07.2002, în vigoare pentru Republica Moldova din 01.03.2003, publicat în ediția „Tratate Internaționale”, vol. 38, p. 247.

îngrijire. La baza subminării, consideră autorul, ar sta prezentarea performanțelor individuale ale chirurgului, care ar speria sau cel puțin ar îngrijora pacientul. I. Burger și coaut. (2007) sunt de altă părere: anume informarea pacientului cu privire la performanțele individuale ale chirurgului i-ar permite să-și realizeze dreptul la libera alegere a medicului și a formei de asistență medicală [148].

Alături de consimțământul informat, dreptul pacientului la autodecizie se manifestă și în opțiunea acestuia de a refuza actul medical integral sau parțial. În acest sens, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] stabilește că în caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează în mod obligatoriu de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant. În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura, care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.

Lipsa în documentele medicale a acordului informat al pacientului și a refuzului de la intervenție medicală sau perfectarea incorectă a lor este o deficiență informativ-deontologică [112]. Chiar dacă deficiențele de informare nu sunt infracțiuni penale, ele pot atrage răspundere civilă sau contravențională [159].

3.3. Gradul de cunoaștere de către chirurghi a legislației naționale ce le reglementează activitatea profesională

Modificările și completările esențiale ale legislației în domeniul ocrotirii sănătății, reglementarea juridică a drepturilor pacientului [36] și principiilor de activitate a personalului medical [37] au determinat evoluarea relațiilor dintre medic și pacient. Această metamorfoză solicită de la cadrul medical posedarea unor noi cunoștințe și abilități, în special în sfera dreptului medical. În această ordine de idei, suntem de părerea că cunoașterea legislației în domeniul ocrotirii sănătății, a drepturilor pacientului și a prevederilor Codului penal poate asigura respectarea acestora și evitarea încălcărilor ce ar genera situații conflictuale sau chiar tragerea personalului medical la răspundere juridică.

Este îmbucurător faptul că majoritatea specialiștilor cu profil chirurgical, care au participat la sondajul de opinie, realizat cu ocazia aflării nivelului de cunoaștere a legislației din domeniul sănătății publice, conștientizează importanța cunoașterii legislației ce le reglementează activitatea. Astfel, 91,74% din respondenți sunt de părerea că medicul trebuie să cunoască legislația ce-i reglementează activitatea profesională, iar 5,98% au admis această necesitate ca fiind probabilă. Doar 1,42% din respondenți consideră că medicul nu are nevoie de asemenea cunoștințe. Spre regret, au fost identificate și chestionare în care unii chirurghi intervievați și-au expus părerea că legislația medicală ține de competența doar a juristului instituției medico-sanitare și a Ministerului Sănătății. O asemenea abordare a acestei probleme este destul de periculoasă pentru medic, întrucât, necunoscând legislația ce-i normează activitatea profesională, el poate, neintenționat, să o încalce, iar, după cum se știe [42], necunoașterea legislației nu absolvește persoana vinovată de responsabilitate pentru comiterea faptei ilicite. Și doar un număr mic de respondenți (0,85%) nu au putut să-și expună părerile referitor la această problemă.

Având în vedere că majoritatea medicilor conștientizează necesitatea cunoașterii legislației ce reglementează activitatea profesională, se iscă o întrebare logică: „Din care surse află ei prevederile legislației?”. Pentru a răspunde la această întrebare, le-am propus respondenților să indice sursele din cele propuse: acte normative; cursuri de perfecționare; conferințe/seminare tematice; sursele mass-media; literatura de specialitate, Internet; altele (*tab. 3.1*).

În această ordine de idei, s-a constatat că $73,79 \pm 2,73\%$ * din chirurghi studiază actele normative în scopul aflării principiilor de reglementare juridică a activității lor, iar $58,40 \pm 3,44\%$ * din ei consideră sursele mass-media drept izvor de informare în acest sens.

Ținând cont de propriile observații, atragem atenția comunității medicale că sursele de informare în masă pot furniza obiectiv o asemenea informație doar atunci când datele sunt prezentate în original, fără a le trece prin prisma cunoștințelor și punctului de vedere politic al jurnalistului sau redactorului. Spre regret, informația cu caracter juridic nu este expusă de către sursele mass-media integral și rareori conține suficiente date necesare pentru interpretarea corectă și aplicarea ei în practică.

Tabelul 3.1

**Sursele de informație privind legislația de reglementare
a activității medicale**

Nr. crt.	Sursele	Frecvența		t
		abs.	P±ES%	
1.	Actele normative	259	73,79±2,73	27,0
2.	Cursurile de perfecționare	153	43,59±4,01	10,9
3.	Conferințe/seminare tematice	190	54,13±3,61	15,0
4.	Sursele mass-media	205	58,40±3,44	17,0
5.	Literatura specială (juridică)	160	45,58±3,94	11,6
6.	Internet	201	57,26±3,49	16,4
7.	Altele	48	13,68±4,96	2,8

* p<0,001

Rețeaua Internet este destul de frecvent accesată în scopul aflării informației cu caracter juridic. Informația cu caracter juridic, postată pe multitudinea site-urilor din rețeaua globală, este studiată de 57,26±3,49%* din medici. Este îmbucurător faptul că fiecare al doilea medic chestionat (54,13±3,61%*) a participat la conferințe și seminare tematice, în cadrul cărora au fost puse în discuție informații de drept medical. Studiarea literaturii juridice speciale, în scopul cunoașterii legislației, a fost remarcată în 45,58±3,94%* din cazuri.

Destul de frecvent (43,59±4,01%*), respondenții au indicat drept sursă de informație în domeniul legislației cursurile de perfecționare. Având în vedere că Programul formării medicale continue a medicilor și farmaciștilor [46] nu conține cursuri destinate instruirii în legislația ce reglementează activitatea medicală din republică, putem presupune că în cadrul cursurilor de perfecționare sunt discutate doar unele elemente de drept medical, care nu sunt, în viziunea noastră, suficiente pentru prevenirea greșelilor și conflictelor în activitatea profesională. Mai mult, cel mai probabil este că în asemenea discuții nu sunt antrenați specialiștii din domeniul respectiv.

Practic, fiecare al zecelea respondent (13,68±4,96%*) utilizează pentru autoinformare în domeniul legislației și alte surse decât cele incluse în chestionar – „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” și conferințele matinale.

Conștientizând importanța cunoașterii legislației ce le reglementează activitatea profesională, 81,77% din medicii intervievați și-au dorit ca în cadrul cursurilor de formare medicală continuă să audieze prelegeri de drept medical și cu privire la responsabilitatea profesională. Totodată, 14,81% din chirurghi ar accepta includerea cursurilor de drept medical în programul formării medicale continue. Doar o parte neînsemnată de specialiști (3,41%) s-au expus categoric împotriva acestor modificări ale programului sau au ezitat să răspundă.

În scopul estimării nivelului de cunoaștere de către medicii-chirurghi a legislației din domeniul medical, în chestionar au fost incluse opt întrebări referitoare la drepturile pacientului și ale medicului, stipulate de Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic [37] și Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] (tab. 3.2). Analizând răspunsurile la aceste întrebări, am constatat că medicii cunosc, în mare parte, drepturile pacientului și obligațiile lor profesionale.

Tabelul 3.2

Cunoașterea drepturilor pacientului și drepturilor proprii de către medici

Nr. crt.	Întrebările	Variantele de răspuns								Total	
		Da		Posibil		Nu știu		Nu			
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1.	Este oare necesar consimțământul pacientului pentru orice prestație medicală?	282	80,34	38	10,83	4	1,14	27	7,69	351	100
2.	Poate oare medicul să intervină pentru salvarea vieții pacientului fără consimțământul lui, dacă acesta nu poate fi obținut?	269	76,64	49	13,96	9	2,56	24	6,84	351	100
3.	Poate oare medicul să-i refuze pacientului să solicite opinia și recomandările altui specialist?	26	7,41	45	12,82	20	5,7	260	74,07	351	100
4.	Este oare obligat medicul să-i ofere pacientului informații cu privire la propria sănătate, metodele de diagnosticare și tratament, complicații și riscuri eventuale?	294	83,76	39	11,11	5	1,42	13	3,71	351	100

5.	Este oare în drept pacientul să solicite informații cu privire la serviciile medicale ce i se vor acorda?	319	90,88	26	7,41	4	1,14	2	0,57	351	100
6.	Poate fi refuzat pacientul să obțină copie din documentele sale medicale?	74	21,08	61	17,38	43	12,25	173	49,29	351	100
7.	Poate medicul să-i prezinte organului de urmărire penală, la solicitarea acestuia, informații confidențiale despre pacient fără consimțământul lui?	127	36,18	40	11,40	87	24,79	97	27,64	351	100
8.	Este în drept medicul să refuze intervenția medicală (cu excepția stărilor de urgență) în lipsa competenței profesionale în domeniu?	270	76,92	38	10,83	19	5,41	24	6,84	351	100

Este oare necesar consimțământul pacientului pentru orice prestație medicală? Acest deziderat al eticii medicale și drept al pacientului la recunoașterea lui în calitate de participant principal și activ la luarea deciziei privind orice intervenție medicală ce îl privește este cunoscut de $80,34 \pm 2,37\%$ ($p < 0,001$) din medicii chestionați. Spre regret, pe lângă specialiștii care nu au avut o poziție clară la acest subiect ($11,97 \pm 5,01\%$, $p < 0,001$), au existat și chirurghi ($7,69 \pm 5,13\%$, $p > 0,05$) care cred că consimțământul pacientului pentru orice prestație medicală nu este o condiție obligatorie a actului medical. De menționat că o atare poziție față de dreptul pacientului la luarea deciziei în privința sănătății sale și integrității corporale poate genera, în cel mai bun caz, situații conflictuale sau chiar atrageri în proces judiciar, mai ales dacă pacientul își cunoaște acest drept fundamental. Din fericire, numărul specialiștilor de această părere este nereprezentativ din punct de vedere statistic.

Articolul 13, al. 8 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] stipulează că „în cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului”. În asemenea mod, legea oferă dreptul medicului să intervină în scopul salvării vieții pacientului fără consimțământul

acestui și să-și onoreze nestingherit una dintre menirile sale – salvarea vieții persoanei. Din *tabelul 3.2* observăm că doar $76,64 \pm 2,58\%$ ($p < 0,001$) din medicii intervievați își cunosc acest drept. În această ordine de idei, atragem atenția că Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic [37] obligă medicul să acorde primul ajutor medical de urgență indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației. Tocmai din aceste considerente, pentru neacordarea ajutorului, fără motive întemeiate, unui bolnav de către o persoană care, în virtutea legii sau a regulilor speciale, era obligată să îl acorde, legislația prevede responsabilitate penală [16].

Unul dintre drepturile fundamentale ale pacientului constă în posibilitatea obținerii opiniei medicale alternative și primirea recomandărilor altor specialiști [36]. În acest sens, medicul nu este în drept să împiedice realizarea acestui drept. De această părere au fost și $74,07 \pm 2,72\%$ ($p < 0,001$) din chirurgii participanți la chestionare. Spre regret, o serie din specialiștii intervievați ($7,41 \pm 5,14\%$, $p > 0,05$) nu cunosc acest drept al pacientului. Mai mult decât atât, unii specialiști consideră că limitarea dreptului pacientului la opinie alternativă este o încălcare deontologică și cauza apariției situațiilor de conflict dintre personalul medical și pacienți.

Dreptul pacientului la informație privind starea sănătății, metodele de diagnosticare și tratament, inclusiv cele de alternativă, eventualele complicații și riscuri este consfințit în Legea ocrotirii sănătății [31] și Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36]. De aici rezultă obligația medicului de a furniza asemenea informații, îndatorire cunoscută de $83,76 \pm 2,15\%$ ($p < 0,001$) din respondenți. În contextul dat, dreptul pacientului de a solicita informații cu privire la caracterul serviciilor medicale ce i se vor acorda este cunoscut de $90,88 \pm 1,61\%$ ($p < 0,001$) din medici.

Prin asigurarea dreptului pacientului la informație, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] prevede nu numai informarea verbală a pacientului, ci și dreptul de a obține copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale. Întrebarea cu privire la posibilitatea refuzării pacientului în obținerea unei copii din documentele sale medicale a dispersat semnificativ părerile medicilor intervievați. Astfel, doar $49,29 \pm 3,8\%$ ($p < 0,001$) din specialiști au afirmat că pacientul nu poate fi refuzat; $21,08 \pm 4,74\%$ ($p < 0,001$) din medici și-au remarcat dreptul de a refuza pacientul.

Secretul profesional este o noțiune reglementată nu doar de pe poziții legislative [31, 36, 37], dar și din punct de vedere etic [44]. Astfel, orice informație ce vizează starea sănătății pacientului este confidențială și poate fi furnizată doar în condițiile consimțite de pacient [36]. Cu toate acestea, legislația prevede și unele situații de limitare a dreptului pacientului la confidențialitatea informațiilor sale – la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar [36]. Întrebarea cu privire la dreptul medicului de a furniza informația confidențială fără consimțământul pacientului a creat o confuzie în rândurile respondenților. Astfel, doar 36,18±4,26% ($p < 0,001$) din medici au afirmat că pot prezenta informația la solicitarea organelor de urmărire penală. Totodată, 27,64±4,54% ($p < 0,001$) din chirurghi susțin că datele cu caracter medical sunt confidențiale chiar și pentru organul de urmărire penală și nu pot fi nicidecum furnizate. Și ponderea celor indeciși în această privință a fost semnificativă (36,19±4,26%, $p < 0,001$).

Este oare în drept medicul să refuze intervenția medicală (cu excepția stărilor de urgență) în lipsa competenței profesionale în domeniu? Numai 76,92±2,56% ($p < 0,001$) din respondenți au confirmat dreptul medicului de a refuza intervenția în cazul lipsei calificării profesionale corespunzătoare procesului patologic. Acei chirurghi care au negat (6,84±5,15%, $p > 0,05$) sau nu s-au putut pronunța (16,24±4,89%, $p < 0,001$) în această problemă au uitat, probabil, unul dintre cele mai importante postulate ale medicinei – *primum non nocere*. În acest sens, chiar și literatura juridică menționează drept motiv întemeiat ce absolvă persoana de responsabilitate penală pentru neacordarea ajutorului unui bolnav – lipsa la lucrătorul medical a calificării necesare intervenției [8].

Drept continuitate a acțiunilor orientate întru estimarea nivelului de pregătire juridică a medicilor-chirurghi a fost înaintarea față de respondenți a două întrebări de tip deschis, în care trebuiau indicate actele legislative ce reglementează activitatea chirurgicală în republică și infracțiunile din domeniul ocrotirii sănătății, prevăzute de Codul penal al Republicii Moldova.

Analiza acestui compartiment (al chestionarelor) a relevat că majoritatea medicilor participanți la anchetare nu cunosc nici legile ce le reglementează activitatea profesională și nici abaterile de la practica medicală, considerate de legislația penală drept infracțiuni. În contextul enunțat s-a constatat că 83,48±2,17% ($p < 0,001$) din respondenți nu au

putut indica nici măcar o lege ce reglementează principiile și normele de acordare a asistenței în domeniul ocrotirii sănătății (fig. 3.1).

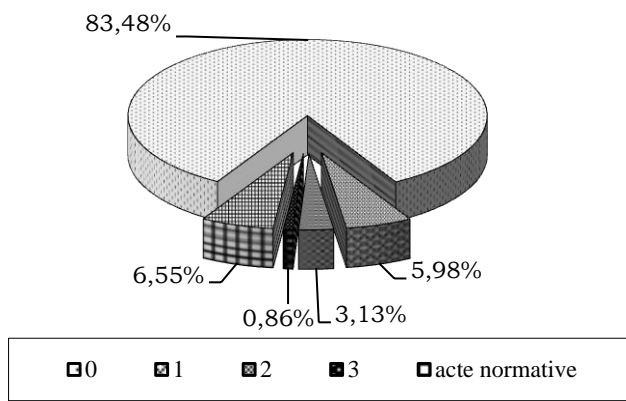


Fig. 3.1. Cunoașterea actelor legislative din domeniul ocrotirii sănătății de către chirurghi.

În lotul cercetat, totuși au existat și respondenți care cunosc unele legi ce normează activitatea medicală. Studiind răspunsurile chirurgilor intervievați, am observat că, odată cu creșterea numărului de legi fixate de respondenți, ponderea acestora scade. Astfel, 5,98% din chirurghi au indicat doar o lege, 3,13% – două legi și doar 0,86% din ei au putut preciza trei legi. Printre legile indicate de specialiști au figurat mai frecvent Legea ocrotirii sănătății, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic; și mai rar – Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane. Mai mult de trei legi nu a putut preciza niciun respondent. Este de menționat că 6,55% din medicii chestionați au specificat în chestionare diverse ordine ministeriale sau instituționale. Această observație ne permite să presupunem că medicii nu cunosc și, deci, nu deosebesc actele normative de cele legislative. După cum s-a observat, medicii nu cunosc nici infracțiunile din domeniul ocrotirii sănătății, stipulate de Codul penal (fig. 3.2). Astfel, $79,78 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$) din respondenți nu au putut indica nicio faptă încadrată în legislația penală drept infracțiune.

Cu toate acestea, unii medici au putut să indice cel puțin o infracțiune din domeniul ocrotirii sănătății. Așadar, 12,25% din specialiștii chestionați au indicat o infracțiune, 5,98% – două infracțiuni, iar 1,99% –

trei infracțiuni prevăzute de Codul penal. Mai mult de trei infracțiuni nu a indicat niciunul dintre aceștia. Dintre infracțiunile prevăzute de legislația penală, respondenții au fixat în chestionare următoarele: lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia), provocarea ilegală a avortului, neacordarea ajutorului unui bolnav, încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale, mita.

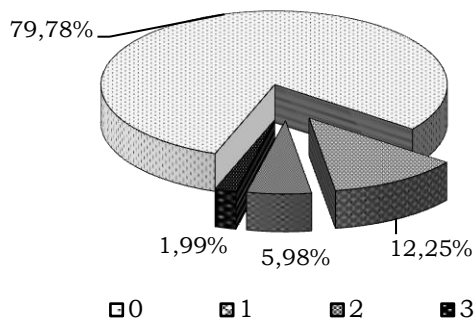


Fig. 3.2. Cunoașterea infracțiunilor penale din domeniul ocrotirii sănătății de către chirurghi.

3.4. Răspunderea juridică a personalului medical

Reglementarea drepturilor și obligațiilor personalului medical, precum și responsabilitatea acestuia pentru activitate neglijentă și defectuoasă sunt cunoscute de milenii și au apărut odată cu formarea statelor [107]. Astfel, Codul de legi al lui Hammurabi (1792–1750 î.Hr.), rege al Babilonului, conținea 9 paragrafe destinate drepturilor și responsabilităților medicului. Asemenea culegeri de legi au existat și în Grecia antică, Imperiul Roman, Egiptul antic, China [2, 61, 107].

În Țara Moldovei, reglementări ale activității și responsabilității medicale apar pentru prima dată în „Pravila lui Vasile Lupu”, publicată la Iași în anul 1646 [2]. Această culegere de norme de drept, cunoscută sub denumirea *Carte românească de învățătură (de la pravilele împărătești și de la alte județe)*, a marcat trecerea Țării Moldovei de la dreptul nescris (oral – „obiceiul pământului”) la cel scris și a prevăzut anumite sancțiuni contra medicilor care nu-și onorau obligațiile profesionale sau, mai ales, participau la acțiuni criminale [9]. Astfel, spre exemplu, „pravila” prevedea că: ”Vraciul ce va da otravă feciorului să otrăvească pre tată-său, să i se facă moarte, să-i taie capul” (gl.9, p.11).

Actualmente, în toate țările lumii există acte normative ce reglementează activitatea și responsabilitatea personalului medical, care poate fi tras la răspundere penală, civilă, contravențională, disciplinară, materială. Răspunderea juridică poate fi apreciată drept o expresie specifică a ideii de responsabilitate socială umană, fiecare individ fiind obligat să-și asume și să suporte consecințele acțiunilor sau inacțiunilor sale. Totodată, răspunderea constă în obligația de a suporta sancțiunea regulii de drept pentru un fapt imputabil. Astfel, răspunderea juridică este definită drept un complex de drepturi și obligații, care, conform prevederilor legii, survin în urma unor anumite acțiuni sau inacțiuni ilicite din partea unei persoane fizice sau juridice și care constituie cadrul legal de realizare a constrângerii de stat prin aplicarea anumitor sancțiuni juridice, gravitatea cărora este în coraport cu gravitatea faptelor comise. Importanța răspunderii juridice constă în aplicarea unei anumite forme de răspundere, în rolul de corectare și educare a individului și societății, precum și în preîntâmpinarea apariției unor fapte condamnate de societate, ce se evidențiază prin consecințele lor negative [42].

Răspunderea penală este una dintre cele mai grave forme de răspundere juridică și survine în cazurile comiterii unor infracțiuni prevăzute de legislația penală. Astfel, în art. 14 al Codului penal al Republicii Moldova [16], noțiunea *infracțiune* este definită drept „o faptă (acțiune sau inacțiune) prejudiciabilă, prevăzută de legea penală, săvârșită cu vinovăție și pasibilă de pedeapsă penală”. Potrivit codului, infracțiunea poate fi săvârșită cu intenție (art. 17) și din imprudență (art. 18). Așadar, se consideră că infracțiunea a fost săvârșită cu intenție dacă persoana care a săvârșit-o își dădea seama de caracterul prejudiciabil al acțiunii sau inacțiunii sale, a prevăzut urmările ei prejudiciabile, le-a dorit (intenție directă) sau admitea (intenție indirectă), în mod conștient, survenirea acestor urmări. Se consideră că infracțiunea a fost săvârșită din imprudență dacă persoana care a săvârșit-o își dădea seama de caracterul prejudiciabil al acțiunii sau inacțiunii sale, a prevăzut urmările ei prejudiciabile, dar considera în mod ușuratic că ele vor putea fi evitate (sine încredere exagerată) ori nu își dădea seama de caracterul prejudiciabil al acțiunii sau inacțiunii sale, nu a prevăzut posibilitatea survenirii urmărilor ei prejudiciabile, deși trebuia și putea să le prevadă (neglijență). Totodată, infracțiunea poate fi săvârșită cu două forme de vinovăție (art. 19). Astfel, dacă, drept rezultat al săvârșirii cu intenție a infracțiunii, se produc urmări mai grave care, conform legii, atrag înăsprirea pedepsei

penale și care nu erau cuprinse de intenția făptuitorului, răspunderea penală pentru atare urmări survine numai dacă persoana a prevăzut urmările prejudiciabile, dar considera în mod ușuratic că ele vor putea fi evitate sau dacă persoana nu a prevăzut posibilitatea survenirii acestor urmări, deși trebuia și putea să le prevadă. În consecință, infracțiunea se consideră intenționată.

Pentru încadrarea faptei în normele penale, literatura de specialitate [42] prevede 5 temeuri juridice de tragere a persoanei, inclusiv a personalului medical, la răspundere, și anume: a) conduita ilicită – faptul ilicit; b) prejudiciul – rezultatul produs; c) legătura causală dintre conduita ilicită și rezultatul produs; d) vinovăția subiectului actului ilicit; e) inexistența cauzelor sau împrejurărilor care înlătură răspunderea juridică. De pe aceleași poziții, I. G. Vermeli (1988) consideră că răspunderea penală a personalului medical pentru asistență defectuoasă poate să survină doar în următoarele condiții: 1) acțiunile personalului medical au fost incorecte și au contravenit principiilor recunoscute de acordare a asistenței medicale; 2) ținând cont de instruirea profesională obținută și funcția deținută, personalul medical trebuia să conștientizeze că acțiunile sale sunt incorecte și pot cauza prejudiciu sănătății pacientului; 3) acțiunile incorecte au determinat apariția consecințelor nefavorabile [80].

În această ordine de idei, menționăm că necunoașterea legislației nu scutește persoana vinovată de responsabilitate pentru comiterea faptei ilicite.

Infracțiunile din domeniul ocrotirii sănătății sunt cuprinse în următoarele capitole ale Codului penal [16]: cap. I – infracțiuni contra păcii și securității omenirii, infracțiuni de război; cap. II – infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei; cap. III – infracțiuni contra libertății, cinstei și demnității persoanei; cap. VIII – infracțiuni contra sănătății publice și conviețuirii sociale; cap. X – infracțiuni economice; cap. XV – infracțiuni contra bunei desfășurări a activității în sfera publică.

Din șirul infracțiunilor contra păcii și securității omenirii, infracțiunilor de război personalului medical îi pot fi imputate: tratamente inumane (art. 137), clonarea (art. 144).

Infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei, aplicabile în practica medicală, cuprind următoarele: lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) (art. 148), provocarea ilegală a avortului (art. 159), efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art. 160), efectuarea fecundării

artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei (art. 161), neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 162).

La capitolul infracțiuni contra libertății, cinstei și demnității persoanei se referă: tortura, tratamentul inuman sau degradant (art. 166¹), internarea ilegală într-o instituție psihiatrică (art. 169).

Infracțiunile contra drepturilor politice, de muncă și altor drepturi constituționale ale cetățenilor cu referire la activitatea medicală conțin: încălcarea egalității în drepturi a cetățenilor (art.176).

Din infracțiunile contra sănătății publice și conviețuirii sociale fac parte: contaminarea cu maladia SIDA (art. 212), încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale (art. 213), practicarea ilegală a medicinei sau a activității farmaceutice (art. 214), răspândirea bolilor epidemice (art. 215), prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope (art. 218).

Infracțiunile economice cuprind: primirea unei remunerații ilicite pentru îndeplinirea lucrărilor legate de deservirea populației (art. 256).

Infracțiunile contra buneii desfășurări a activității în sfera publică includ: coruperea pasivă (art. 324), abuzul de putere sau abuzul de serviciu (art. 327), excesul de putere sau depășirea atribuțiilor de serviciu (art. 328), neglijența în serviciu (art. 329), falsul în actele publice (art. 332), confecționarea, deținerea, vânzarea sau folosirea documentelor oficiale, a imprimatelor, ștampilelor sau sigiliilor false (art. 361).

Tratamente inumane (art. 137 CP). Constituția Republicii Moldova [17] garantează fiecărui cetățean prin intermediul art. 24 dreptul la viață și la integritate fizică și psihică. Același articol stabilește că nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante. Această normă este valabilă atât pe timp de război, cât și pe timp de pace. În acest sens, art. 137 din Codul penal [16] prevede sancțiuni pentru supunerea, prin orice metode, la tortură sau tratamente inumane pentru a cauza în mod intenționat mari suferințe sau vătămări grave integrității corporale sau sănătății răniților, bolnavilor, prizonierilor, persoanelor civile, membrilor personalului sanitar civil sau al Crucii Roșii și al organizațiilor asimilate acesteia, naufragaților, precum și oricărei alte persoane căzute sub puterea adversarului ori supunerea acestora la experiențe medicale, biologice sau științifice care nu sunt justificate de un tratament medical în interesul lor. Termenii și noțiunile folosite în desemnarea conceptului de tratament inuman sunt explicate de

*Convenția ONU împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante*², adoptată la New York în 1984 și ratificată de Republica Moldova pe 31.05.1995.

Clonarea (art. 144 CP). Crearea ființelor umane prin clonare se pedepsește penal [16]. Clonul reprezintă un ansamblu de indivizi care provin dintr-un individ unic [25]. Descendenții unui clon sunt identici din punct de vedere genetic și au apărut pe cale asexuată. Clonarea ființelor umane vine în contradicție cu normele eticii medicale din care cauză aceasta este interzisă prin normele dreptului internațional. Astfel, cadrul juridic internațional prin care clonarea ființelor umane se interzice este reprezentat de *Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei*, adoptată la Oviedo, Spania, pe 04.04.1997³ și Protocolul său adițional referitor la interzicerea clonării ființelor umane, adoptat la 12.01.1998 la Paris, Franța⁴. Clonarea ființelor umane contravine și principiilor exercitării profesiei de medic întrucât, încălcând normele eticii medicale, această faptă aduce grave prejudicii imaginii profesiei de medic [37]. Sub incidența prevederilor art. 144 al Codului penal cade doar clonarea ființelor umane, nu și a plantelor, animalelor sau organelor acestora [8].

Lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) (art. 148 CP). Legea ocrotirii sănătății [31] (art. 34) prevede că rugămintea pacientului de a i se scurta viața prin mijloace medicale (eutanasie) nu poate fi satisfăcută. Aparatura medicală care menține viața pacientului în caz extrem poate fi deconectată numai după constatarea morții creierului. Pacientul are dreptul să moară în demnitate.

² Adoptată la New York, 10 decembrie 1984, publicată în ediția oficială „Tratate Internaționale”, 1998, vol. 1, p. 129, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 473-XIII din 31.05.1995, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 34 din 22.06.1995

³ Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei, adoptată pe 04.04.1997 la Oviedo, Spania, ratificată prin Legea nr. 1256-XV din 19.07.2002, în vigoare pentru Republica Moldova din 01.03.2003, publicat în ediția „Tratate Internaționale”, vol. 38, p. 247;

⁴ Protocolul adițional referitor la interzicerea clonării ființelor umane, adoptat pe 12.01.1999 la Paris, Franța, ratificat prin Legea nr. 1256-XV din 19.07.2002, în vigoare pentru Republica Moldova din 01.03.2003, publicat în ediția „Tratate Internaționale”, vol. 38, p. 247.

Dreptul la o moarte demnă nu este un drept de a omorî și nici un drept la sinucidere, ci un drept la moarte netulburată, cu toată demnitatea omenească și creștină. În fața producerii morții apropiate și inevitabile, când sunt epuizate toate posibilitățile medicinei moderne, medicului îi este permis, la drept vorbind, să ia decizia de întrerupere a unei astfel de asistențe care doar ar prelungi viața, în condiții de suferințe irezistibile, pentru un scurt timp. Însă, nu poate fi întrerupt cursul unui tratament obișnuit, prescris tuturor pacienților în asemenea situații (ex.: alimentarea, hidratarea, îndepărtarea secrețiilor bronhiale, tratamentul extern al plăgilor, escarei de decubit și infecțiilor de piele etc.) [8].

Provocarea ilegală a avortului (art. 159 CP). Legea penală [16] presupune prin noțiunea de avort ilegal întreruperea cursului sarcinii prin orice mijloace, săvârșită: a) în afara instituțiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate în acest scop; b) de către o persoană care nu are studii medicale superioare speciale; c) în cazul sarcinii ce depășește 12 săptămâni, în lipsa indicațiilor medicale, stabilite de Ministerul Sănătății; d) în cazul contraindicațiilor medicale pentru efectuarea unei asemenea operații; e) în condiții antisănatare.

Articolul 32 (întreruperea voluntară a cursului sarcinii) al Legii ocrotirii sănătății [31] acordă femeilor dreptul să-și hotărască personal problema maternității. Totodată, art. 5 al Legii cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială [35] asigură oricărei persoane dreptul de a lua liber decizia referitoare la numărul copiilor și la timpul nașterii lor în căsătorie sau în afara căsătoriei. Literatura juridică [8] explică acest drept de pe pozițiile afirmației conform căreia a da naștere unei ființe umane este un act personal, nu unul social. Urmărilor acestui act le suportă mai mult ca oricine femeia și, când ea nu dorește să le suporte, societatea, care nu contribuie în mod eficient la ușurarea acestor greutăți, nu are dreptul să-i impună contrar voinței ei obligația de a avea copii. Totuși, autonomia individuală a femeii în a decide asupra actului nașterii este relativă, întrucât trebuie să se conformeze faptului că viața și sănătatea femeii sunt valori sociale, susceptibile de apărare în toate cazurile. Din aceste rațiuni, efectuarea avortului trebuie să se desfășoare în condiții de legalitate. În acest sens, art. 32 al Legii ocrotirii sănătății [31] prevede că operația de întrerupere a cursului sarcinii poate fi efectuată până la sfârșitul primelor 12 săptămâni de sarcină numai în unități medico-sanitare publice și private, iar modul de efectuare a acestei operații după primele 12 săptămâni de sarcină este stabilit de Ministerul

Sănătății. La momentul actual, principiile de efectuare a avortului, după cum și indicațiile medicale și cele sociale ce servesc drept motiv pentru efectuarea acestuia după 12 săptămâni de sarcină sunt reglementate prin intermediul ordinului Ministerului Sănătății, nr.647 din 21.09.2010, cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță (Anexa 2 vezi pag. 189). În contextul art. 159 CP [16], întreruperea sarcinii poate avea loc doar cu consimțământul femeii însărcinate; în caz contrar, fapta se va încadra în alte prevederi ale Codului penal. Efectuarea avortului la indicații medicale după primele 12 săptămâni de sarcină este admisă în cazurile existenței unei patologii care pune în pericol viața femeii gravide. În astfel de cazuri, o viață certă este salvată prin renunțarea la menținerea unei probabilități de viață [8]. În acest sens, art. 9 (al. 4) al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36] prevede că dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina prezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei. Prin persoană care nu are studii medicale superioare speciale se are în vedere orice colaborator medical care nu este deținător de studii medicale superioare, specializarea – obstetrică și ginecologie. Însă, chiar și acești specialiști pot fi trași la răspundere penală în cazul nerespectării celorlalte condiții prevăzute de art. 159 CP.

Efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art. 160 CP). Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36], prin art. 9 garantează oricărui cetățean asigurarea dreptului în domeniul reproducerii. În scopul protejării libertății reproductive a persoanei, art. 31 al Legii ocrotirii sănătății [31] stipulează că sterilizarea chirurgicală voluntară la femei și la bărbați poate fi efectuată la dorința lor sau la indicația medicului cu consimțământul scris al persoanei numai în unități medico-sanitare publice și private în cazurile și în modul stabilit de Ministerul Sănătății. Efectuarea sterilizării chirurgicale de către persoane fără studii medicale corespunzătoare, precum și în unități medico-sanitare ne-specializate, se pedepsește conform legii. Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială [35], prin art. 11, accentuează că aplicarea metodei chirurgicale de contracepție poate avea loc doar în baza acordului benevol informat.

Sub incidența dispoziției de la art. 160 al CP RM [16] intră numai sterilizarea săvârșită prin metoda chirurgicală. Dacă sterilizarea a fost efectuată prin alte metode (de exemplu, prin iradiere cu raze ionizante),

fapta urmează a fi calificată în funcție de gravitatea vătămării corporale sau a sănătății [8].

Condițiile de aplicare și principiile de efectuare a sterilizării chirurgicale la femei sunt reglementate prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 370 din 24.10.2005 (Anexa 3 vezi pag. 208).

Efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei (art. 161 CP). Dreptul pacientului în domeniul reproducerii este asigurat de Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (art. 9) [36] prin alegerea celor mai sigure metode privind asigurarea sănătății reproducerii, prin metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri, prin informații, educație și servicii necesare unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii. În ceea ce privește domeniul reproducerii, Legea ocrotirii sănătății (art. 33) [31] prevede că serviciile medicale de reproducere umană asistată pot fi acordate de instituțiile medico-sanitare publice acreditate și de instituțiile medico-sanitare private licențiate și acreditate. Lipsa consimțământului în scris al pacientei la efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului constituie condiția ilegalității cu relevanță penală [8]. Obligativitatea obținerii consimțământului în scris al femeii rezultă din dreptul ei în calitate de pacient de a fi implicată în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile (art. 10, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [36]).

Neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 162 CP). Obligația profesională „sfântă” a medicului, reglementată și de Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic (art. 17) [37], constă în acordarea primului ajutor medical de urgență, indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației. În acest sens, art. 24 al Legii ocrotirii sănătății [31] obligă lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici să acorde primul ajutor medical de urgență în drum, pe stradă, în alte locuri publice și la domiciliu, în orice oră de zi sau noapte. În caz de accidente, primul ajutor medical trebuie să fie acordat și de lucrătorii poliției, ai serviciului de pompieri, de conducătorii auto. Din considerentele indicate, legislația prevede responsabilitate penală pentru neacordarea de ajutor, fără motive întemeiate, unui bolnav de către o persoană care, în virtutea legii sau a regulilor speciale, era obligată să îl acorde.

Literatura juridică [8] subînțelege prin neacordare de ajutor: neprezentarea la chemare; refuzul de a primi bolnavul în instituția medicală;

refuzul de a aplica respirația artificială; refuzul de a efectua pansamentul răni; refuzul de a administra medicamentele necesare; refuzul de a expedia bolnavul la spital etc. Drept motive întemeiate, care împiedică acordarea ajutorului unui bolnav sunt: forța majoră (ex.: calamitatea naturală); extrema necesitate (ex.: necesitatea de a acorda în același timp ajutor unui bolnav aflat în stare gravă); boala lucrătorului medico-sanitar însuși; lipsa instrumentelor sau a medicamentelor necesare; lipsa la lucrătorul medical a calificării necesare intervenției în acest caz; opunerea manifestă și agresivă a bolnavului sau a persoanelor care îl însoțesc, când este pusă în pericol viața sau sănătatea celui care dorește să acorde ajutor etc. Aflarea făptuitorului în pauza de masă sau în concediu nu poate fi admisă ca motiv întemeiat al neacordării primului ajutor medical de urgență.

Tortura, tratamentul inuman sau degradant (art. 166¹). Odată cu ratificarea Convenției ONU împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante⁵ și a Protocolului Opțional la Convenție⁶, Republica Moldova și-a asumat angajamentele de eradicare a torturii și pedepsire aspră a persoanelor sau autorităților publice care au recurs la tortură. În sensul Codului penal [16], prin tratament inuman sau degradant se subînțelege cauzarea intenționată a unei dureri sau a suferinței fizice ori psihice de către o persoană publică sau de către o persoană care, de facto, exercită atribuțiile unei autorități publice sau de către orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau cu consimțământul expres ori tacit al unei asemenea persoane. Același act legislativ desemnează tortura drept o faptă intenționată prin care se provoacă unei persoane o durere sau suferințe fizice sau psihice puternice cu scopul de a obține de la această persoană sau de la o persoană terță informații sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis ori este bănuită că l-a comis, de a

⁵ Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante. Adoptată la New York, 10.12.1984, publicată în ediția oficială „Tratate Internaționale”, 1998, vol. 1, p. 129, ratificată de RM prin Hotărârea Parlamentului nr. 473-XIII din 31.05.1995, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 34 din 22.06.1995.

⁶ Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante. Adoptat la New York, 18.12.2002, ratificat de RM prin Legea Parlamentului nr. 66-XVI din 30.03.2006, publicată în Monitorul Oficial nr. 66-69 din 28.04.2006.

o intimidă sau de a exercita presiune asupra ei sau asupra unei terțe persoane sau din orice alt motiv, bazat pe o formă de discriminare, oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau suferință este provocată de către o persoană publică sau de către o persoană care, de facto, exercită atribuțiile unei autorități publice sau de către orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau cu consimțământul expres sau tacit al unei asemenea persoane.

Tratamentul sau pedeapsa inumană constituie acțiuni sau inacțiuni de natură să provoace voluntar grave suferințe fizice sau psihice. Tratamentul sau pedeapsa degradantă reprezintă un tratament care umilește sau înjosește persoana, îi încalcă onoarea, îl înjosește ca personalitate sau îi trezește sentimentul de frică, inferioritate sau suferință, care poate să înfrângă rezistența fizică sau morală a victimei și îl determină să acționeze împotriva voinței ori a conștiinței sale și îi provoacă suferințe fizice sau psihice.

Prin urmare, o faptă poate fi considerată drept tortură sau tratament inuman ori degradant doar atunci când sunt întrunite următoarele condiții-cheie: prezența intenției; provocarea durerii sau a suferințelor fizice sau psihice puternice; urmărirea scopului de a obține informații sau mărturisiri, de a pedepsi pentru un act, de a intimidă sau de a exercita presiuni, de a discrimina; fapta este realizată de către o persoană publică sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al acesteia.

Diferența dintre tortură și alte forme de rele tratamente ar consta în nivelul de severitate a durerii sau suferință cauzate.

Deși, la prima vedere s-ar părea că această infracțiune nu are atribuție la activitatea medicală profesională, totuși cadrele medicale pot fi implicate în fapte care să întrunească condițiile unui tratament inuman sau tortură. Astfel, privarea pacienților de condiții elementare de viață, de hrană, locuință, îmbrăcăminte, de igienă, asistență medicală ș.a., greu de suportat fizic și umilitoare din punct de vedere moral sunt exemple de tratament inuman, care se pot înregistra mai ales în instituțiile de detenție (izolatoarele de detenție provizorie, staționarele din cadrul penitenciarelor), dar și în spitalele de psihiatrie. Totodată, personalul medical poate fi implicat în comiterea faptelor de tortură atunci când se recurge la cunoștințele sale profesionale, necesare pentru: asistarea la actul de tortură întru monitorizarea stării victimei și stoparea torturii la momentul oportun pentru prevenirea decesului, aplicarea măsurilor de resuscitare după actul de tortură etc.

În contextul expus, personalul medical trebuie nu doar să evite antrenarea sa în acțiuni ce întrunesc condițiile unui tratament inuman și tortură, dar și să comunice procurorului de circumscripție actele de tortură constatate prin examinarea victimelor acestora în temeiul ordinului comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Afacerilor Interne nr.372/388 din 30.11.2009 *Cu privire la măsurile de îmbunătățire a conlucrării dintre organele ocrotirii sănătății și afacerilor interne* (Anexa 4 vezi pag. 219).

Internarea ilegală într-o instituție psihiatrică (art. 169 CP). În conformitate cu Codul penal [16], răspunderea survine în cazul internării ilegale într-o instituție psihiatrică a unei persoane vădit sănătoase din punct de vedere psihic. În acest context, art. 51 (2) al Constituției Republicii Moldova [17] stipulează că nimeni nu poate fi supus niciunui tratament medical forțat, decât în cazurile prevăzute de lege. Acest drept fundamental este garantat și în cazul maladiilor psihice de către Legea privind sănătatea mentală [33], conform căreia, asistența psihiatrică se acordă la solicitarea benevolă a persoanei sau cu consimțământul ei scris (art. 4 (1), art. 11 (1)), iar spitalizarea în staționarul de psihiatrie are loc numai pentru durata examenului medical și a tratamentului (art. 5 (2c)). Limitarea dreptului la exprimare benevolă în privința tratamentului psihiatric poate avea loc doar în condițiile prevăzute de art. 11 (4) și art. 28: aplicarea unor măsuri coercitive, în conformitate cu prevederile Codului penal, precum și în cazurile tulburărilor psihice grave, care condiționează pericol social direct și prejudiciu grav sănătății sale, dacă nu i se va acorda asistența psihiatrică.

Încălcarea egalității în drepturi a cetățenilor (art. 176). Declarația Universală a Drepturilor Omului proclamă prin art. 1 că toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi [22]. În același timp, Constituția Republicii Moldova [17] stipulează că toți cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, origine socială (art. 16). Legea Supremă stabilește și drepturile constituționale ale cetățenilor de acces liber la justiție (art. 20), prezumția nevinovăției (art. 21), neretroactivitatea legii (art. 22), dreptul fiecărui om de a-și cunoaște drepturile și îndatoririle (art. 23), dreptul la viață și la integritate fizică și psihică (art. 24), libertatea individuală și siguranța persoanei (art. 25), dreptul la apărare (art. 26), dreptul la libera circulație (art. 27), la viață intimă, familială și privată (art. 28), la inviolabilitatea domiciliului (art. 29), la secretul corespondenței (art. 30), la libertatea conștiinței (art. 31), la libertatea opiniei

și a exprimării (art. 32), la libertatea creației (art. 33), dreptul la informație (art. 34), dreptul la învățătură (art. 35), dreptul la ocrotirea sănătății (art. 36), dreptul la un mediu înconjurător sănătos (art. 37), dreptul de vot și dreptul de a fi ales (art. 38), dreptul la administrare (art. 39), la libertatea întrunirilor (art. 40), la libertatea partidelor și a altor organizații social-politice (art. 41), dreptul de a întemeia și de a se afilia la sindicate (art. 42), dreptul la muncă și la protecția muncii (art. 43), interzicerea muncii forțate (art. 44), dreptul la grevă (art. 45), dreptul la proprietate privată și protecția acesteia (art. 46), dreptul la asistență și protecție socială (art. 47), dreptul la familie (art. 48), la protecția familiei și a copiilor orfani (art. 49), ocrotirea mamei, copiilor și a tinerilor (art. 50), protecția persoanelor handicapate (art. 51), dreptul la petiționare (art. 52), dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică (art. 53). Totodată, Constituția Republicii Moldova prevede și cazurile de restrângere a unor drepturi și libertăți, necesare în interesele securității naționale, integrității teritoriale, bunăstării economice a țării, ordinii publice, în scopul prevenirii tulburărilor în masă și infracțiunilor, protejării drepturilor, libertăților și demnității altor persoane, împiedicării divulgării informațiilor confidențiale sau garantării autorității și imparțialității justiției, care însă nu vizează drepturile expuse în art. 20 – 24 și trebuie să fie proporționale cu situația care a determinat restrângerea și nu poate atinge existența dreptului sau a libertății (art. 54). Egalitatea tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Republicii Moldova în sferile politică, economică, socială, culturală și alte sfere ale vieții, fără deosebire de rasă, culoare, naționalitate, origine etnică, limbă, religie sau convingeri, sex, vârstă, dizabilitate, opinie, apartenență politică sau orice alt criteriu similar, după cum prevenirea și combaterea discriminării bazată pe unele dintre criteriile enunțate sunt asigurate și de Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la egalitatea de șanse⁷. Din considerentele indicate, cât și în scopul protejării drepturilor cetățenilor, Codul penal sancționează încălcarea drepturilor și libertăților cetățenilor, garantate prin Constituție și prin alte legi, în funcție de sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenență la o minoritate națională, avere, naștere sau orice altă situație, mai ales dacă această faptă a fost săvârșită de o persoană cu funcție de răspundere sau s-a soldat cu daune în proporții considerabile [16]. Motivul infracțiunii este determinat de pornirile josnice și disprețul față de persoanele care fac parte din altă rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau de origine socială, iar drept subiect al

infrațiunii poate fi orice persoană fizică responsabilă, care a atins vârsta de 16 ani sau este cu funcții de răspundere [8].

Contaminarea cu maladia SIDA (art. 212 CP). Contaminarea cu maladia SIDA, ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare de către un lucrător medical a obligațiilor sale profesionale, atrage după sine sancțiuni penale [16]. Noțiunea de lucrător medical înglobează în sine nu numai personalul medical superior (medicul), dar și cel mediu (asistentă medicală, felcer) și inferior (infirmieră).

Încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale (art. 213 CP). Legislația penală [16] prevede răspundere pentru încălcarea din neglijență a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale de către medic sau de către un alt lucrător medical, aceasta (răspunderea) survenind doar în cazurile vătămării grave a integrității corporale sau a sănătății sau decesului pacientului. Răspunderea penală se răsfrânge atât asupra medicului, cât și asupra oricărui alt lucrător medical care participă la acordarea asistenței medicale. Responsabilitatea rezultă și din prevederile Legii ocrotirii sănătății (art. 14, al. 3) [31], conform cărora lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici poartă răspundere pentru incompetență profesională și încălcarea obligațiilor profesionale. În acest sens, încălcarea obligațiilor profesionale de către persoane care acordă asistență medicală este descifrată în literatura juridică [8] drept încălcare a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale și poate lua următoarele forme: 1) examinarea insuficientă a bolnavilor și neefectuarea examenelor diagnostice speciale; 2) îngrijirea și supravegherea neatentă a copiilor; spitalizarea întârziată sau nerealizată ori perfectarea înainte de termen a formularelor de ieșire a bolnavilor din spital; pregătirea insuficientă și executarea necalitativă a operației chirurgicale sau a altor măsuri curative; administrarea incorectă a preparatelor medicamentoase etc.

Practicarea ilegală a medicinei sau a activității farmaceutice (art. 214 CP). Activitatea medicală sau farmaceutică practică de către o persoană care nu are licență sau altă autorizație pentru asemenea genuri de activitate, dar cu condiția cauzării din imprudență a unei vătămări a sănătății sau morții pacientului este considerată de legea penală ilegală [16].

Răspândirea bolilor epidemice (art. 215 CP). Nerespectarea măsurilor de prevenire sau combatere a bolilor epidemice, dacă aceasta a provocat răspândirea unei asemenea boli sau s-a soldat din imprudență

cu vătămarea gravă sau medie a sănătății sau cu decesul persoanei cade sub incidența legii penale [16]. Măsurile antiepidemice se conțin într-o serie de acte normative – legi, hotărâri de guvern, hotărâri și ordine ale Ministerului Sănătății etc. Prin nerespectarea măsurilor antiepidemice se subînțelege: tănuirea cazurilor de maladii infecțioase deosebit de contagioase, evitarea vaccinării profilactice, încălcarea regulilor de control al asigurării cu apă potabilă, calității produselor alimentare, regulilor regimului de carantină etc. [8].

Prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope (art. 218 CP). Principiile de circulație și prescriere a substanțelor narcotice și a precursorilor sunt reglementate de Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor (nr. 382) [34], care stipulează următoarele: substanțele narcotice și psihotrope pentru consum individual se eliberează numai cu rețete medicale speciale; în instituțiile medicale de tratament staționar, substanțele narcotice și psihotrope se eliberează și se utilizează la prescripția medicului instituției (art. 15); rețetele pentru substanțe narcotice și psihotrope se eliberează numai în scopuri terapeutice de către organul competent sau persoana împuternicită; tipul rețetelor și modalitatea eliberării se stabilesc de Ministerul Sănătății; rețetele pentru substanțe narcotice și psihotrope se eliberează numai după examinarea și identificarea bolnavului; rețetele se eliberează pe un termen de până la 7 sau 30 de zile; este interzisă eliberarea altor rețete până la expirarea termenului de valabilitate a rețetei precedente (art. 16). Literatura juridică [8] subînțelege prin „prescriere” punerea la dispoziție (transmiterea) a rețetelor, pentru obținerea preparatelor narcotice sau psihotrope, către persoana fizică sau juridică. Totodată, prescrierea trebuie să fie fără necesitate, adică să presupună folosirea abuzivă a calității de medic pentru a înlesni, pe calea prescrierii medicale (obligatorii pentru farmacist), procurarea preparatelor narcotice sau psihotrope în alte scopuri decât efectuarea unui tratament medical.

Primirea unei remunerații ilicite pentru îndeplinirea lucrărilor legate de deservirea populației (art. 256 CP). Codul Penal [16] prevede răspundere în cazul primirii, prin extorcare, de către un lucrător fără funcție de răspundere dintr-o întreprindere, instituție sau organizație, a unei remunerații pentru îndeplinirea unor lucrări sau pentru prestarea unor servicii în sfera comerțului, alimentației publice, transportului, deservirii sociale, comunale, medicale sau de altă natură, lucrări și

servicii ce țin de obligațiile de serviciu ale acestui lucrător. Prin *primire*, literatura juridică [8] subînțelege luarea în posesie a banilor sau a altor bunuri în plus față de costul lucrării efectuate ori al serviciului prestat, ori – mai ales – când acesta este gratuit. Din aceeași sursă rezultă că *estorcarea* constă în cererea lucrătorului de a i se oferi (acorda) o remunerație suplimentară cu condiția că numai în acest caz el va îndeplini lucrul sau va presta serviciul respectiv, precum și acțiunile acestuia de punere intenționată a solicitantului în situația de a-i oferi o remunerație suplimentară. Este de menționat că oferirea din proprie inițiativă și benevol lucrătorului, ce a executat lucrul ori a prestat serviciul, a unei sume de bani ori a unui cadou ca semn de mulțumire pentru calitatea sau operativitatea serviciului acordat nu poate fi considerată remunerație ilicită.

Coruperea pasivă (art. 324 CP). Prin „corupere pasivă”, Codul penal [16] subînțelege fapta persoanei cu funcție de răspundere, care fie pretinde ori primește oferte, bani, titluri de valoare, alte bunuri sau avantaje patrimoniale, fie acceptă servicii, privilegiile sau avantaje, ce nu i se cuvin, pentru a îndeplini sau nu ori pentru a întârzia sau grăbi îndeplinirea unei acțiuni ce ține de obligațiile ei de serviciu, ori pentru a îndeplini o acțiune contrară acestor obligații, precum și pentru a obține de la autorități distincții, funcții, piețe de desfacere sau o oarecare decizie favorabilă.

Abuzul de putere sau abuzul de serviciu (art. 327 CP) presupune folosirea intenționată de către o persoană cu funcție de răspundere a situației de serviciu, în interes material ori în alte interese personale [16]. Răspunderea penală survine doar dacă această acțiune sau inacțiune a cauzat daune în proporții considerabile intereselor publice sau drepturilor și intereselor ocrotite de lege ale persoanelor fizice sau juridice. Se consideră proporții deosebit de mari, proporții mari valoarea bunurilor sustrate, dobândite, primite, fabricate, distruse, utilizate, transportate, păstrate, comercializate, trecute peste frontiera vamală, valoarea pagubei pricinuite de o persoană sau de un grup de persoane, care, la momentul săvârșirii infracțiunii, depășește 5000 și, respectiv 2500 unități convenționale de amendă. Caracterul considerabil sau esențial al daunei cauzate se stabilește luându-se în considerație valoarea, cantitatea și însemnătatea bunurilor pentru victimă, starea materială și venitul acesteia, existența persoanelor întreținute, alte circumstanțe care influențează esențial asupra stării materiale a victimei, iar în cazul prejudicierii drepturilor

și intereselor ocrotite de lege – gradul lezării drepturilor și libertăților fundamentale ale omului.

Prin **exces de putere sau depășire a atribuțiilor de serviciu (art. 328)** [16] Codul penal subînțelege săvârșirea de către o persoană cu funcție de răspundere a unor acțiuni care depășesc în mod vădit limitele drepturilor și atribuțiilor acordate prin lege, prevăzând răspundere penală, dacă aceasta a cauzat daune în proporții considerabile intereselor publice sau drepturilor și intereselor ocrotite de lege ale persoanelor fizice sau juridice.

Neglijența în serviciu (art. 329 CP) prevede neîndeplinirea sau îndeplinirea necorespunzătoare de către o persoană cu funcție de răspundere a obligațiilor de serviciu ca rezultat al unei atitudini neglijente sau neconștiințioase față de ele, dacă aceasta a cauzat daune în proporții mari intereselor publice sau drepturilor și intereselor ocrotite de lege ale persoanelor fizice sau juridice [16].

Falsul în acte publice (art. 332 CP) reprezintă înscrierea de către o persoană cu funcție de răspundere, precum și de către un funcționar al autorității publice care nu este persoană cu funcție de răspundere, în documentele oficiale a unor date vădit false, precum și falsificarea unor astfel de documente, dacă aceste acțiuni au fost săvârșite din interes material sau din alte interese personale [16]. Cu referire la activitatea lucrătorilor medicali, astfel de documente pot fi fișa medicală a bolnavului de staționar, certificatul de concediu medical ș.a. [57].

Confecționarea, deținerea, vânzarea sau folosirea documentelor oficiale, a imprimatelor, ștampilelor sau sigiliilor false (art. 361 CP). Activitățile medicale profesionale îi pot fi atribuite doar acțiunile personalului medical ce țin de confecționarea, deținerea, vânzarea sau folosirea documentelor oficiale false, care acordă drepturi sau eliberează de obligații. Asemenea documente pot fi certificatul de concediu medical, procesul-verbal de examinare medicală pentru stabilirea stării de ebrietate etc. În literatura de specialitate [8], noțiunile cu care se operează în art. 361 CP sunt descifrate după cum urmează: *confecționare* – crearea sau denaturarea conținutului documentelor oficiale; *deținere* – intrarea în posesie a documentelor oficiale false; *vânzare* – înstrăinarea, transmiterea documentelor oficiale false; *folosire* – prezentarea sau aplicarea documentelor oficiale false.

Răspunderea contravențională este reglementată de Codul contravențional al Republicii Moldova, nr. 218-XVI din 24.10.2008 [14]. Scopul legii contravenționale constă în apărarea drepturilor și libertăților legitime ale persoanei, apărarea proprietății, ordinii publice, a altor valori ocrotite de lege, în soluționarea cauzelor contravenționale, precum și în prevenirea săvârșirii noilor contravenții. Conform codului, contravenția este o faptă (acțiune sau inacțiune) ilicită, cu un grad de pericol social mai redus decât infracțiunea, săvârșită cu vinovăție, care atentează la valorile sociale ocrotite de lege, este prevăzută de Codul contravențional și pasibilă de sancțiunea contravențională. Această definiție se individualizează și se particularizează prin elemente specifice, aparținând dreptului administrativ, cum ar fi: a) fapta săvârșită cu vinovăție; b) fapta de pericol social mai redus decât infracțiunea; c) fapta prevăzută și sancționată prin lege [42].

Personalul medical și farmaceutic poate fi tras la răspundere contravențională pentru nerespectarea atribuțiilor sale de funcție în următoarele cazuri: divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV) ce provoacă maladia SIDA (art. 75 CC); practicarea ilicită a activității medicale și farmaceutice (art. 77 CC); încălcarea legislației privind donarea de sânge (art. 79 CC); încălcarea regulilor și a normelor sanitargienice și sanitar-antiepidemice (art. 80 CC).

Divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV) ce provoacă maladia SIDA (art. 75 CC). La răspundere poate fi tras atât personalul medical, cât și alte persoane, care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin astfel de informații confidențiale.

Practicarea ilicită a activității medicale și farmaceutice (art. 77 CC). Răspunderea survine pentru practicarea ca profesie a activității medicale și farmaceutice de către o persoană care nu are studiile medicale și farmaceutice corespunzătoare; practicarea de către persoana autorizată să desfășoare activități farmaceutice ale unor genuri de activitate neindicate în licență; desfășurarea activității farmaceutice în locuri neautorizate de Ministerul Sănătății; păstrarea neconformă a medicamentelor, păstrarea, utilizarea, publicitatea și comercializarea medicamentelor neautorizate de Ministerul Sănătății spre utilizare, a medicamentelor cu termenul de valabilitate expirat, precum și a celor fără documentul și/sau informația ce atestă calitatea și fără denumirea și adresa producătorului;

încălcarea regulilor de prescriere a rețetelor și de eliberare a medicamentelor; producerea, modificarea formulei de producție, a fluxului tehnologic, a marcării medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice, precum și a documentației tehnico-normative, de către întreprinderile care produc medicamente, alte produse farmaceutice și parafarmaceutice fără autorizarea respectivă a Ministerului Sănătății; practicarea activității farmaceutice fără utilizarea sistemului informațional de evidență a circulației medicamentelor, utilizarea acestui sistem cu încălcarea cerințelor stabilite, eliberarea medicamentelor din întreprinderile farmaceutice și/sau prezența în stocul farmaciilor și al filialelor lor a medicamentelor fără etichete cu fâșie latentă; îndeletnicirea cu medicina populară fără autorizație specială.

Încălcarea legislației privind donarea de sânge (art. 79 CC). Tragera personalului medical la răspundere poate surveni pentru sustragerea sângelui și a derivatelor de sânge, alterarea lor neintenționată; folosirea sângelui donat, a derivatelor de sânge și a preparatelor din el în scopul obținerii de profit; scoaterea ilicită din țară a sângelui donat, a derivatelor de sânge și a preparatelor din el; neasigurarea păstrării sângelui donat, a derivatelor de sânge și a preparatelor din el.

Încălcarea regulilor și a normelor sanitar-igienice și sanitar-antiepidemice (art. 80 CC). La activitatea medicală se referă doar încălcarea acestor norme comisă de personalul medical în procesul prestării serviciilor sale.

Comparativ cu răspunderea penală și civilă, răspunderea contravențională este o formă mai lejeră de răspundere juridică.

Răspunderea civilă. Dreptul civil reglementează, în principal, raporturi patrimoniale, adică acele raporturi sociale care, datorită conținutului și valorii economice, pot fi exprimate în bani, cum ar fi raporturile născute din contracte. Pe lângă raporturile patrimoniale, dreptul civil mai reglementează și raporturi personale nepatrimoniale. Raporturile personale nepatrimoniale sunt acele raporturi, care nu au conținut economic, din care rezultă drepturi ce nu pot fi evaluate în bani. În relația medic-pacient, aceste raporturi se referă la existența fizică și morală a persoanei, cum ar fi: dreptul la viață, la sănătate, integritatea fizică și morală, libertate, onoare, reputație, secretul vieții personale etc. [42]. Astfel, personalul medical poate fi tras la răspundere în conformitate cu prevederile Codului civil al Republicii Moldova, nr.1107 din 06.06.2002 [13],

și anume: **pentru prejudiciul cauzat prin vătămarea integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății (art. 1418 CC), în caz de deces al persoanei vătămate (art. 1419 CC) și pentru reparația prejudiciului moral (1422 CC)**. Așadar, în caz de vătămare a integrității corporale sau de altă vătămare a sănătății, autorul prejudiciului are obligația să-i compenseze persoanei vătămate salariul sau venitul ratat din cauza pierderii sau reducerii capacității de muncă, precum și cheltuielile suportate în legătură cu vătămarea sănătății – de tratament, de alimentație suplimentară, de protezare, de îngrijire străină, de cumpărare a unui vehicul special, de reciclare profesională etc. Persoanele obligate să repare prejudiciul cauzat prin deces vor compensa și cheltuielile de înmormântare necesare, ținând cont de statutul social al defunctului și de obiceiurile locale, persoanei care le-a suportat. Pe lângă compensarea prejudiciului material, Codul civil prevede și reparația prejudiciului moral. Deci, în cazul în care persoanei i s-a cauzat un prejudiciu moral (suferințe psihice sau fizice) prin fapte ce atentează la drepturile ei personale nepatrimoniale, instanța de judecată are dreptul să oblige persoana responsabilă la reparația prejudiciului prin echivalent bănesc.

Prejudiciul moral se repară indiferent de existența și întinderea prejudiciului patrimonial (**art. 1422 CC**). Mărimea compensației pentru prejudiciul moral se determină de către instanța de judecată, în funcție de caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice cauzate persoanei vătămate, de gradul de vinovăție a autorului prejudiciului, dacă vinovăția este o condiție a răspunderii și de măsura în care această compensare poate aduce satisfacție persoanei vătămate. Caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice sunt apreciate de instanța de judecată, luând în considerare circumstanțele în care a fost cauzat prejudiciul, precum și statutul social al persoanei vătămate (**art. 1423 CC**). Acțiunea în reparare a prejudiciului se prescrie în termen de 3 ani, începând cu momentul în care persoana vătămată a cunoscut sau trebuia să cunoască existența prejudiciului și persoana obligată să-l repare (**art. 1424 CC**).

DISCUȚII

Sperăm că datele prezentate în această lucrare demonstrează din plin, că problema calității asistenței medicale este deosebit de importantă pentru practica medicală, medico-legală și cea de drept. Actualitatea acestei probleme o demonstrează atât multiplele lucrări științifice în domeniul medicinei, care au evoluat într-un nou curent de cercetare științifică, cât și apariția unei noi ramuri de drept – dreptul medical. În acest context, ținând cont de volumul cercetărilor efectuate și de numărul lucrărilor publicate de savanții-medici legiști autohtoni, considerăm că învinuirile aduse la adresa lor de către unii juriști [28], despre neglijarea unei asemenea probleme importante pentru sănătatea publică și sistemul sănătății din Republica Moldova, sunt absolut nefondate.

Societatea contemporană este interesată de asigurarea cetățenilor cu servicii medicale de înaltă calitate. Această afirmație rezidă pe atenția deosebită a cercetătorilor-medici, juriștilor și pacienților din lumea întreagă față de această problemă. Rezultatele obținute în studiu demonstrează că interesul față de acest fenomen este propriu și pentru societatea moldavă, mai ales în ultima decadă. Astfel, creșterea numărului de expertize medico-legale în comisii, care au avut drept scop analiza calității asistenței medicale în ultimii 15 ani, denotă preocuparea pacienților de nivelul serviciilor medicale ce li se oferă. Chiar dacă la momentul actual pacienții din Republica Moldova, în comparație cu alte țări, sunt interesați de tragerea personalului medical la răspundere penală, suntem convinși că în condițiile creșterii informării juridice a populației această tendință se va orienta spre calea civilă de soluționare a litigiilor.

Cercetările noastre au arătat că Sistemul Sănătății din Republica Moldova se confruntă cu aceleași probleme ca și alte țări în ce privește asigurarea populației cu servicii medicale calitative. Această asemănare este explicabilă, întrucât schimbul de informații cu caracter medical în lume, la ora actuală, este intens, situație ce determină apropierea principiilor de acordare a asistenței medicale și „ștergerea” diferenței de abordare a acestora în școlile medicale existente. Astfel, un lucru este cert: în întreaga lume, cele mai multe și mai grave erori se produc în activitatea specialiștilor profilului chirurgical. Această „superioritate” netă accentuează o dată în plus actualitatea studiilor științifice în această direcție. Condițiile deosebite în care se acordă asistența medicală chirurgicală determină evident predominarea cazurilor de malpraxis în staționare,

situație proprie și pentru Republica Moldova. Studiul nostru a confirmat datele literaturii de specialitate, conform cărora, cele mai multe neajunsuri comise în activitatea medicală sunt de ordin diagnostic și curativ. Această observație poate fi lesne explicată prin predominarea acțiunilor personalului medical, orientate spre identificarea procesului patologic sau traumatic și tratarea pacientului. Analiza fișelor medicale a demonstrat că medicii ar trebui să acorde mai multă atenție procedurii de documentare a asistenței medicale și normelor deontologice în relație cu pacienții. Chiar dacă medicii consideră completarea documentelor medicale drept o pierdere de timp, și nu o parte însemnată a activității lor profesionale, fișele trebuie să fie complete și clare, să servească, în primul rând, drept garanție pentru toate cadrele medicale implicate în acordarea asistenței medicale în fiecare caz aparte.

În sistemul sănătății publice, gradul de informare juridică a personalului medical reprezintă o problemă actuală aparte. După cum rezultă din analiza chestionarelor, chirurgii sunt relativ bine informați despre drepturile pacientului, însă își cunosc mai slab propriile drepturi, fapt ce îi face vulnerabili atât în fața posibilității de comitere a unor abateri, cât și în fața pacienților și rudelor lor. Din cele constatate rezultă că slaba informare juridică a lucrătorilor medicali trebuie privită drept un potențial factor generator de deficiențe, în special de ordin deontologic, care, la rândul lor, pot degenera în situații conflictuale, soluționate inclusiv prin intermediul instanțelor de judecată.

Organizarea diferită a sistemului sănătății din țările lumii, particularitățile legislației, tradițiile medicale și alți factori determină problemele cu care se confruntă fiecare sistem în parte, inclusiv cel din Republica Moldova. Astfel, prezentul studiu a demonstrat că personalul medical din țara noastră este mai frecvent tras la răspundere penală, decât civilă, cele mai multe obiecții fiind aduse obstetricienilor și ginecologilor, chirurgilor, neurochirurgilor și traumatologilor. Pacienții au învinuit de malpraxis în special chirurgii din staționare, în structura acestora prevalând instituțiile medico-sanitare raionale. Și totuși, situația nu este atât de gravă după cum este descrisă de sursele mass-media și unele „cercețări științifice” [28], fapt demonstrat de incidența joasă a deficiențelor identificate prin intermediul expertizelor medico-legale în comisie. După cum demonstrează rezultatele cercetărilor noastre, doar în cca. 1/3 din cazuri au fost identificate neajunsuri în acordarea asistenței medicale și doar în 22% din acestea s-a constatat o legătură directă de cauzalitate

între neajunsuri, adică un temei real pentru tragerea personalului medical la răspundere juridică.

Cu toate că în literatura științifică de analiză a calității asistenței medicale sunt propuse mai multe clasificări ale deficiențelor medicale, suntem de părerea că nici una dintre acestea nu poate fi considerată completă. În baza analizei cazurilor cu deficiențe în activitatea medicală, propunem o clasificare proprie, care, după părerea noastră, elucidează întregul spectru de neajunsuri ce pot fi comise în procesul prestării serviciilor medicale.

Clasificarea deficiențelor medicale în funcție de:

1) cauze:

- a) subiective;
- b) obiective;

2) nivelul comiterii:

- a) de nivel ambulatoriu;
- b) de nivel staționar;

3) conținut:

- a) tehnice;
- b) tactice;

4) origine:

- a) organizatorice;
- b) diagnostice;
- c) curative:
 - conservatoare;
 - operatorii;
- d) documentare;
- e) deontologice;
- f) profilactice.

După cum demonstrează rezultatele cercetărilor noastre, între deficiențele medicale există o interrelație de cauzalitate (*fig. 1*).

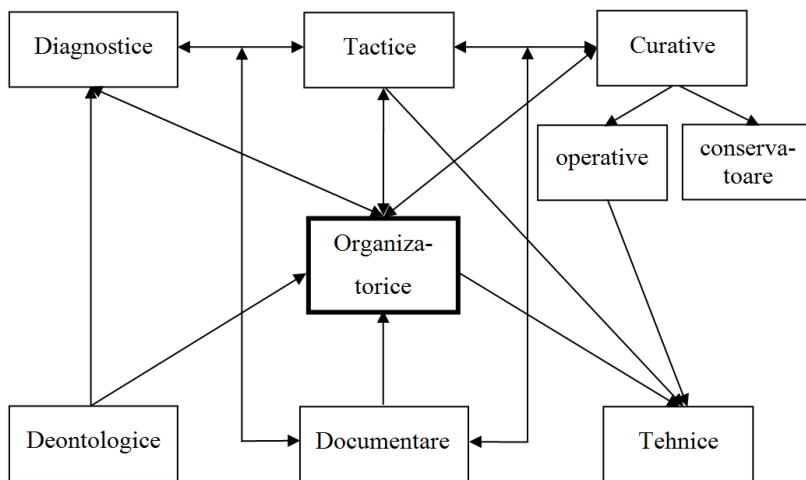


Fig. 1. Clasificarea și interrelația deficiențelor medicale.

După cum se observă din figură, elementul-cheie în structura neajunsurilor medicale îl reprezintă, după părerea noastră, deficiențele organizatorice. Într-adevăr, analiza cazurilor de asistență medicală defectuoasă a elucidat rolul deficiențelor organizatorice în apariția altor neajunsuri, după cum și interrelația de cauzalitate a deficiențelor tactice, diagnostice și curative. Totodată, sunt necesare reevaluarea și ajustarea interdisciplinară a terminologiei utilizate la estimarea calității asistenței medicale, care figurează ulterior în materialele cauzelor penale sau civile și în instanța de judecată.

În societate este foarte răspândită ideea conform căreia orice greșală medicală și complicațiile sale reprezintă o crimă [66]. Un rol aparte în propagarea acestei idei și sensibilizarea populației, urmată de formarea neîncrederii față de medici și furnizorii de servicii medicale, le revine comunicațiilor de masă, care, în goana după auditoriu, transformă cazurile unice de leziune iatrogenică, produsă sau doar bănuită, în cazuri senzaționale [153]. Mai mult, unii jurnaliști [47], neavând cunoștințe nici în medicină și nici în jurisprudență, își atribuie competența organului de urmărire penală și efectuează așa-numita „anchetă ziaristică”, invocând de pe paginile ziarelor incompetența medicilor și „complotul” din partea experților medico-legali, procurorilor și instanțelor de judecată „evident” cointeresați, atunci când toate probele acumulate în procesul cercetării cazului elocvent demonstrează inocența medicilor, situație ce nu satisface deloc pacientul nemulțumit. Acest fapt a fost sesizat și de medici, care, conform rezultatelor studiului sociologic, expuse în capitolul 3.3, au identificat drept cea mai primordială cauză a creșterii plângerilor pacienților – influența negativă a mass-mediei. Cu toate acestea, uneori, ziarele sunt folosite drept mijloc de mulțumire publică adusă medicilor pentru profesionalismul lor din partea pacienților [41].

În virtutea specificului acestei profesii, medicul trebuie să ia multe decizii prompte, suportând astfel o povară, dar și o responsabilitate morală, materială și juridică [113]. Niciun specialist, chiar nici cel cu o bogată experiență profesională, nu este protejat de producerea unui prejudiciu accidental pacientului. În condițiile actuale de implementare a tehnologiilor medicale sofisticate și pe fundalul patomorfozei multiplexelor boli, riscul erorilor medicale este deosebit de înalt [49]. De aceea, eforturile comunității medicale trebuie orientate spre formarea convingerii că prejudiciul cauzat pacientului prin iatrogenie nu este doar rezultatul acțiunilor medicale inadecvate, ci poate să apară și drept rezultat

al dificultăților obiective de acordare a asistenței medicale. Asemenea acțiuni trebuie orientate și în adresa juriștilor, pentru a-i ajuta să conștientizeze că iatrogenia poate fi o complicație „firească” a procesului patologic sau traumatic, ce nu putea fi preîntâmpinată nici prin cea mai conștiincioasă atitudine a medicului față de obligațiile sale profesionale și nu ar trebui să comporte o responsabilitate.

Din fericire, nu toate erorile medicale produc daune pacientului și din aceste considerente nu ar trebui să apară probleme în discutarea acestora în scopul analizării și prevenirii [172]. În acest sens susținem părerea autorilor raportului *To Err Is Human* de la Institutul de Medicină (IOM) al Academiei Naționale de Științe din SUA [173], întrucât erorile umane, indiferent de domeniul de activitate, nu pot fi nicidecum evitate. Eforturile comunității medicale trebuie conjugate, pentru a cunoaște mai bine erorile și a întreprinde măsuri de diminuare a frecvenței acestora. Aceste declarații sunt susținute și de datele îngrozitoare publicate în raportul menționat: anual, în spitalele din SUA decedează între 44 mii și 98 mii de pacienți din cauza greșelilor ce puteau fi prevenite, aducând un prejudiciu între 17 și 29 miliarde de dolari SUA. Date statistice asemănătoare sunt prezente și în alte cercetări științifice. Astfel, Ch. Zhan și M. R. Miller (2003) au constatat că, anual, în SUA mor peste 30 mii de oameni, în urma leziunilor iatrogenice [179], iar C. Palmiere și coaut. (2004) raportează 336 mii de decese, determinate de activitatea nesatisfăcătoare a sistemului sănătății din Italia între anii 1994 și 1997 [162]. Spre regret, în Republica Moldova nu au fost întreprinse cercetări similare, însă ele ar putea deveni domeniul viitoarelor preocupări științifice.

Ținând cont de pagubele materiale importante (și cheltuielile judiciare), devine imperativă identificarea unor soluții care ar permite, pe de o parte, satisfacerea dreptului pacientului la despăgubiri pentru prejudiciul adus, iar pe de altă parte, diminuarea cheltuielilor suportate de către stat în legătură cu procesele judiciare. În acest sens, exemplară este experiența Franței – formarea pe lângă instituțiile medico-sanitare a comisiilor de conciliere, în atribuțiile cărora intră aplanarea situațiilor conflictuale, controlul calității asistenței medicale și preîntâmpinarea proceselor judiciare. De menționat că acest exemplu a fost preluat și de unele instituții medico-sanitare din Federația Rusă [81]. În calitate de exemplu merită a fi prezentat și modelul Comisiei de Control al Calității, instituită încă pe la mijlocul anilor '70 ai sec. al XX-lea în cadrul departamentului

sănătate Moscova, în scopul ameliorării calității tratamentului stomatologic ortopedic și confecționării protezelor dentare, precum și pentru soluționarea tuturor situațiilor conflictuale la solicitarea departamentului sănătate sau la cererea pacienților [106]. În acest sens, suntem de părere că instituirea, în cadrul instituțiilor medico-sanitare, a funcției de bioetician și a comitetelor de bioetică ar putea permite monitorizarea și asigurarea respectării normelor etice și de drept în relația medic-pacient, protejarea drepturilor pacientului și onoarei medicului, în modul acesta fiind posibile atenuarea situațiilor conflictuale și preîntâmpinarea escaladării lor până la nivelul instanțelor judecătorești.

În anul 2004, în Republica Moldova a fost implementată Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală [32], care prevede procedura de asigurare a pacienților beneficiari de servicii medicale. În contextul asigurărilor obligatorii, în unele țări, lucrătorii medicali își asigură activitatea profesională. Suntem de părere că și în Republica Moldova a venit timpul când profesioniștii din domeniul ocrotirii sănătății ar trebui să conștientizeze necesitatea acestei asigurări, pentru a-și proteja drepturile și reputația profesională, fără a leza drepturile pacienților. Având în vedere riscurile ce însoțesc permanent activitățile medicale și dreptul pacienților la compensarea prejudiciilor prin intermediul despăgubirilor, apare necesitatea asigurării capacității medicului și instituției medico-sanitare de a onora acest drept consfințit legal.

Spre regret, greșelile medicale nu se limitează doar la prejudicii financiare. Ele pot avea drept consecințe și pierderea încrederii în medic, disconfortul psihic și fizic al pacientului, senzația de izolare, invalidizarea și chiar moartea lui, simțul vinovăției din partea rudelor pacientului [151, 173]. În acest context, trebuie să menționăm că și medicul devine victima propriei erori. Studiile științifice efectuate asupra pacienților care suferă de pe urma erorii medicale și asupra medicilor care le-au comis [151, 173] au arătat că și medicii se confruntă cu diferite probleme – diminuarea moralului și productivității, simțul vinovăției, îngrijorare pentru sine și pacientul său, frica față de desconsiderarea colegilor și pierderea încrederii pacienților săi, frustrarea de a nu fi în măsură să ofere cea mai bună îngrijire posibilă, autoizolarea, pierderea încrederii în aptitudinile proprii. Istoria medicinei cunoaște suficiente cazuri de autoblamare și autopersecutare a medicului, soldate cu sfârșit tragic [113].

Părerea noastră asupra celor expuse este că nu trebuie să vedem în medic un infractor, așa cum ne sugerează unii autori [29], mai ales dacă asemenea sugestii sunt bazate doar pe analiza publicațiilor „senzaționale” din mass-media [28]. Este de neconceput ca medicul să intervină în mod intenționat, în scopul prejudicierii pacientului sau în scopuri meschine să aleagă metoda de tratament care va sorti bolnavul la pierire sau invalidizare. În literatura științifică analizată am descoperit doar un caz de omucidere intenționată, realizată de către medic, însă, în lipsa circumstanțelor incidentului, nu se știe dacă medicul își exercita atribuțiile de serviciu sau decesul a survenit în alte circumstanțe.

O problemă mult abordată de către medici și savanți este oportunitatea comunicării pacientului despre eroarea comisă. În acest sens, suntem de părerea că informarea pacientului cu privire la eroare sau incident este o parte componentă a actului de comunicare medic-pacient în calitate de normă etică. Suntem convinși că această comunicare ar pleda în favoarea onestității medicului și astfel ar putea contribui la preîntâmpinarea situațiilor de conflict. Acest punct de vedere este susținut, și de legislația Republicii Moldova [36], și de sursele științifice [151], care îndeamnă medicul să comunice cu pacientul și să-l informeze despre toate eșecurile diagnostic-curative, comunicarea fiind un adevărat antidot al eșecului. Însă, în procesul comunicării trebuie evitate noțiunile „explozive”, cum ar fi: *eroare, greșeală, prejudiciu, neglijență, vină* [151].

Consimțământul informat al pacientului reprezintă o problemă atât etică, cât și juridică. Suntem de părerea că semnarea de către pacient a consimțământului pentru efectuarea intervenției medicale de caracter invaziv, standardizat și implementat în practica medicală din republică prin ordinul MS nr.303 din 06.05.2010 [19], nu va priva pe deplin medicul sau instituția medico-sanitară de răspundere juridică (Anexa 1 vezi pag. 182). Această afirmație se bazează pe faptul că acel formular standardizat nu poate include întregul spectru de informații specifice unui pacient concret și, astfel, nu poate acoperi toate cazurile posibile. Soluția ideală, din punctul nostru de vedere, ar fi elaborarea unui formular tipizat pentru fiecare secție, manipulație sau intervenție medicală. Mai mult, în scopul asigurării conștientizării de către pacient a tuturor etapelor actului medical și obținerii, în acest fel, a unui consimțământ informat valid, formularul ar trebui completat de pacient, și nu de medic, așa cum se întâmplă în practică. Prin urmare, informarea deplină și corectă a pacientului, explicarea particularităților procesului patologic, adică

respectarea dreptului pacientului la informare și la autodeterminare, ar putea preîntâmpina situațiile conflictuale și obiecțiile referitoare la calitatea serviciilor medicale.

Necesitatea evaluării calității asistenței medicale de către diverse structuri și departamente ale sistemului sănătății, companiile de asigurare, comisiile de experți medico-legali solicită elaborarea unor mecanisme unice de apreciere a manipulațiilor medico-sanitare. În acest sens, doar expertiza medico-legală corespunde cerințelor legislației penale și civile și apără drepturile atât ale pacienților, cât și ale medicilor [139].

Însă, evaluarea clinico-expertală și medico-legală a calității asistenței medicale este dificilă în lipsa unor standarde de diagnosticare și tratament. Mulți cercetători sunt de părerea că standardizarea activității medicale prin implementarea în practica profesională a ghidurilor și protocoalelor clinice este necesară, deoarece acestea servesc drept bază pentru aprecierea volumului și caracterului asistenței medicale acordate bolnavului [3, 71, 157]. De menționat că standardele nu doar reglementează etapele și principiile de acordare a ajutorului medical, dar și servesc în calitate de protecție a medicului în cazul respectării acestor norme. În această ordine de idei, Gh. Baci (2008) afirmă că standardizarea în medicină ar influența mai activ procesul de diagnosticare și tratament, ar reglementa și ar realiza controlul asupra instituțiilor medico-sanitare, ar proteja drepturile lucrătorilor medicali și ale cetățenilor în problema sănătății și ar permite elaborarea unor documente normative cu o abordare metodologică comună, ca mijloc de apreciere corectă și de administrare a calității serviciilor medicale [3]. Trebuie să menționăm însă, că elaborarea standardelor solicită o analiză scrupuloasă, deoarece diverse școli sau curente medicale pot avea opinii diferite și, respectiv, standarde vagi sau chiar conflictuale [175].

Elaborarea și implementarea standardelor în medicină este privită de către Institutul de Medicină (IOM) al Academiei Naționale de Științe a SUA drept metodă importantă a strategiei naționale de ameliorare a asistenței medicale [173]. Mai mult decât atât, procesul de implementare a standardelor contribuie și la formarea așteptărilor de siguranță în rândul prestatorilor și consumatorilor de servicii medicale. În acest sens, standardele medicale de diagnosticare și tratament, care au început a fi elaborate și implementate în practica medicală din Republica Moldova începând cu anul 2008 [24], vor putea influența pozitiv calitatea serviciilor medicale și vor înlătura impedimentele întâlnite de expertiza

medico-legală, dar și de organul de urmărire penală în procesul evaluării calității serviciilor medicale. Această afirmație rezultă din principiile de drept [8], conform cărora, personalul medical poate fi tras la răspundere penală doar în cazurile nerespectării principiilor de acordare a asistenței medicale reglementate de acte normative, și nu doar prevăzute de teoria și practica medicală. Concomitent, standardele medicale de diagnosticare și tratament vor facilita procesul de evaluare a nivelului asistenței medicale în cursul efectuării expertizei medico-legale. Însă, această evaluare nu trebuie să se rezume la o simplă comparare a conținutului standardului cu cel al actului medical. Considerăm că „în spatele” standardului (care nu poate nici pe departe să reflecte particularitățile individuale ale fiecărui pacient) se poate „pierde” personalitatea bolnavului. Și totuși, în țările în care standardele de acordare a ajutorului medical au fost deja implementate, cercetătorii constată o ameliorare a calității serviciilor medicale [72].

În contextul standardizării activității medicale apare necesitatea elaborării standardelor de risc medical pentru toate formele de intervenții specifice, deoarece conceptul *grad de risc* are o deosebită importanță pentru aprecierea obiectivă și dezinteresată a calității asistenței medicale [3]. Mai mult decât atât, este necesară elaborarea criteriilor de justificare a riscului diferitor intervenții medicale, ceea ce presupune capacitatea de prognozare a efectelor pozitive sau negative ale metodelor utilizate în procesul de diagnosticare, tratament și profilaxie [114]. Asemenea criterii ar fi utile medicilor în luarea deciziilor corecte în situațiile critice. Este cunoscut faptul că orice activitate medicală este însoțită de un risc pentru sănătatea și viața pacientului. Evitarea apariției riscului medical este imposibilă, din cauza reacției individuale a pacientului la manipulația medicală [82]. La momentul actual, prezintă dificultăți de interpretare atât medicală, cât și juridică, noțiunile *starea de extremă necesitate* și *risc întemeiat* [120]. Cu toate acestea, suntem de părerea că, în procesul activității, medicii, în special chirurgii, se confruntă mereu cu situații critice, care s-ar încadra, sub aspect juridic, în aceste noțiuni. În acest sens, Iu. I. Pigolkin (2004) propune următoarele criterii de evaluare a riscului medical justificat: 1) rezultatul cel mai probabil al utilizării metodei riscante este mai favorabil pentru pacient decât în cazul renunțării la metodă; 2) pacientul acceptă metoda riscantă propusă; 3) medicul prevede posibilele complicații ale metodei riscante și întreprinde măsuri pentru preîntâmpinarea, identificarea oportună și tratamentul

acestora [114]. Această părere este împărtășită și de D. Perju-Dumbravă (1999), care spune: „Riscul trebuie să fie acceptat în interesul bolnavului, să fie acceptat liber și de bolnav, să aibă justificare socială, să fie acceptat în lipsa altor alternative, să rezolve o problemă de necesitate, de urgență” [44]. În acest sens, Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic [37] stabilește că, în executarea obligațiilor sale profesionale, medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia.

O problemă aprig discutată în publicațiile științifice este modalitatea de apreciere a gravității vătămării corporale în cazul eșecurilor medicale. În acest context, Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale [48], aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, nr.199 din 27.06.2003, nu prevede anumite principii de apreciere a gravității vătămării corporale în cazurile neajunsurilor de acordare a asistenței medicale. De menționat că nici regulamentele similare, în vigoare până în anul 2003, nu au prevăzut asemenea norme. Posibil, din cauza lipsei unor principii de reglementare a procedurii de apreciere a gravității vătămării corporale, comisiile de experți nu au calificat gravitatea prejudiciului adus pacientului. Totuși, analiza concluziilor expertizelor medico-legale în comisie a arătat că în perioada supusă prezentului studiu științific (1998–2008) au existat precedente de apreciere a prejudiciului adus pacientului sub forma vătămării corporale medii și grave. Pe lângă aceasta, și în literatura științifică autohtonă [105] sunt descrise cazuri de apreciere a gravității vătămării corporale pentru prejudiciul adus pacientului prin manipulațiile medicale. Remarcăm: Codul Penal al Republicii Moldova [16] prevede tragerea la răspundere a personalului medical pentru încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale doar în cazul vătămării grave a integrității corporale sau a sănătății și al decesului pacientului. În cazul altor consecințe, răspunderea este determinată de gravitatea concretă a prejudiciului adus pacientului [8]. Prin urmare, există criterii juridice de calificare a prejudiciului adus pacientului prin acțiunile sau inacțiunile personalului medical în procesul exercitării atribuțiilor profesionale.

De menționat că Regulamentul de apreciere a gravității vătămării corporale, utilizat în Federația Rusă [117], conține prevederi conform cărora „agravarea stării sănătății persoanei, determinată de deficiențe în acordarea asistenței medicale, este interpretată drept cauzare a

prejudiciului sănătății și se califică în baza criteriilor prestabilite”. În acest context, V. V. Tomilin și Iu. I. Sosedko (2001) sunt de părerea că gravitatea vătămării corporale trebuie să fie apreciată în baza complicațiilor concrete generate de deficiențele de acordare a ajutorului medical, cu condiția ca între acestea să fie o legătură de cauzalitate [131]. Autorii accentuează că principiile de apreciere a gravității vătămării corporale în cazul apariției consecințelor nefavorabile ale actului medical sunt totuși imperfecte și necesită o cercetare științifică în continuare. În acest sens, O. A. Bâhoskaia (2006) subliniază dificultățile ce apar în cazul calificării gravității prejudiciului adus pacientului prin manipulațiile medicale în cazul traumatizării organelor modificate de procesul patologic [77]. Leziunile iatrogenice, consideră autorul, produse pe fundalul țesuturilor modificate patologic, nu pot fi privite drept deficiențe în acordarea asistenței medicale și nu pot fi supuse calificării medico-legală. Probleme în aprecierea gravității vătămării corporale apar și în cazul dificultăților de delimitare a agravării cauzate de deficiențele medicale și de procesul patologic sau traumatic propriu-zis [100]. I. N. Bogomolova și D. V. Bogomolov (2006) avertizează că nici în cazurile lărgirii nejustificate a volumului intervenției chirurgicale nu există, la momentul actual, criterii unificate de apreciere a gravității vătămării corporale [75]. Elaborarea acestor criterii, opinează autorii, trebuie să constituie subiectul cercetărilor științifice de viitor.

Acest studiu nu ar fi complet, dacă nu am propune anumite soluții pentru ameliorarea organizării și desfășurării expertizei medico-legală, menită să evalueze calitatea asistenței medicale. În acest sens, un pas important întreprins în cercetarea de față întru organizarea expertizei medico-legală, elucidarea obiectivă a cauzelor și condițiilor ce au generat apariția deficiențelor în procesul acordării asistenței medicale și încunoștințarea indirectă a Ministerului Sănătății cu neajunsurile identificate a constat în obligarea, prin intermediul regulamentului de activitate a specialiștilor principali din diverse domenii medicale, de a participa la efectuarea expertizelor în comisie pe cauze medicale. Suntem convinși că această acțiune ar facilita desfășurarea expertizei medico-legală și ar putea ameliora calitatea asistenței medicale în cazul depistării anumitor abateri de la principiile acordării ajutorului medical, întrucât specialiștii principali implicați în analiza cazurilor ar putea veni cu propuneri de îmbunătățire a situației bazate pe deficiențele depistate.

Analizând concluziile expertizelor medico-legale, am constatat că deseori comisiile de experți s-au limitat la elucidarea doar a acelor aspecte ale actului medical, care s-au regăsit în întrebările organului de urmărire penală sau instanței de judecată, lăsând astfel loc pentru întrebări adăugătoare, care, evident, au apărut în procesul de urmărire penală și au necesitat dispunerea unor expertize medico-legale suplimentare. Spre regret, asemenea situații se răsfrâng negativ asupra termenelor urmăririi penale și determină cheltuieli financiare suplimentare nejustificate. Din aceste considerente, propunem un algoritm de elaborare a concluziilor medico-legale, care să elucideze aspectele actului medical și să respecte totodată necesitățile organului de urmărire penală sau instanței de judecată. După părerea noastră, concluziile medico-legale ar trebui să reflecte următoarele elemente:

- caracterul procesului traumatic sau patologic de care suferea pacientul;
- corectitudinea, plenitudinea și oportunitatea stabilirii diagnosticului clinic;
- în cazul divergențelor de diagnostic clinic și caracterul procesului identificat de comisia de experți – cauzele și condițiile determinante;
- corectitudinea, plenitudinea și oportunitatea acțiunilor curative;
- gradul de respectare a protocoalelor clinice naționale sau a altor standarde de diagnosticare și tratament cu indicarea deficiențelor constatate în acordarea ajutorului medical și devierilor de la cerințele standardelor;
- consecințele deficiențelor medicale;
- în cazul decesului pacientului – cauza morții;
- legătura de cauzalitate dintre eventualele deficiențe și consecințele survenite;
- obligativitatea prognozării de către medic a consecințelor acțiunilor (inacțiunilor) sale, în virtutea pregătirii sale profesionale;
- posibilitatea prevenirii consecințelor apărute, iar în cazul decesului pacientului – posibilitatea salvării vieții acestuia;
- gravitatea vătămării corporale.

Așadar, identificarea neajunsurilor de acordare a asistenței medicale pacienților cu patologie chirurgicală accentuează o dată în plus complexitatea și dificultatea specialităților chirurgicale, după cum și

responsabilitatea deosebită a chirurgilor. Cunoașterea structurii deficiențelor comise în cadrul acordării asistenței medicale are o menire deosebită în procesul instruirii cadrelor medicale calificate și trebuie să reprezinte baza programelor de studii și analitice.

Bineînțeles că prezentul studiu științific nu a putut cuprinde toate aspectele problemei abordate; de altfel, nici nu a urmărit acest scop. Cercetarea științifică a fost realizată sub sloganul „Pentru a evita greșelile, trebuie să le cunoști!” Sperăm ca cercetările științifice în această direcție importantă pentru comunitatea medicală și pentru întreaga societate să fie continuate, iar rezultatele lor să-și găsească reflectare în noi lucrări științifice, având la bază teoria medico-legală și reglementările juridice proprii societății contemporane și necesităților ei.

RECOMANDĂRI

Pentru Ministerul Sănătății

1. În scopul evaluării calității asistenței medicale și soluționării situațiilor de conflict la etapa prejudiciară, este necesară includerea medicilor legiști în comisiile de control al calității asistenței medicale și de conciliere create în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice.

2. În scopul protecției profesionale a medicilor, în special a celor cu profil chirurgical, urmează a se elabora și implementa în practica medicală din republică principii de asigurare a personalului medical de eventualele greșeli în activitatea profesională.

3. Pentru reglementarea acțiunilor diagnostico-curative ale personalului medical și facilitarea procedurii de estimare a calității serviciilor medicale, trebuie elaborate protocoale clinice naționale pentru toate unitățile nosologice cuprinse în nomenclatorul internațional al maladiilor și traumelor, cât și includerea în acestea a criteriilor de evaluare a calității și corectitudinii acțiunilor profesionale ale personalului medical.

4. Facilitarea și grăbirea procesului de perfectare a documentației medicale și ridicarea calității acesteia sunt posibile prin elaborarea unor formulare tipizate pentru toate compartimentele fișei medicale a bolnavului de staționar sau prin intermediul fișei electronice.

Pentru Centrul de Medicină Legală

1. Elaborarea instrucțiunilor metodice cu privire la efectuarea expertizei în comisie referitoare la calitatea asistenței medicale va facilita procesul de evaluare a serviciilor medicale la toate etapele și va ridica calitatea concluziilor medico-legale.

2. Optând pentru realizarea drepturilor pacientului la justiție echitabilă prin ameliorarea conlucrării dintre organul de urmărire penală și experți, propunem să se elaboreze instrucțiuni metodice cu privire la întrebările soluționate de expertiza medico-legală în cazurile analizării calității serviciilor medicale destinate organelor de urmărire penală și instanțelor judecătorești.

Pentru IP USMF „Nicolae Testemițanu”

1. Protejarea profesională a personalului medical poate fi realizată prin ridicarea nivelului de informare juridică și includerea obligatorie în programele de studii postuniversitare (rezidențiat și formare medicală continuă), îndeosebi la specialitățile profilului chirurgical, a cursului *Dreptul medical*.

2. Recomandăm utilizarea în procesul de formare medicală primară și continuă, la toate disciplinele clinice, a indicațiilor metodice „Cerințele înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar (formularul 003/e)”, pentru a ameliora calitatea documentației medicale.

Pentru instituțiile medico-sanitare publice

1. Pentru asigurarea calității asistenței medicale prestate în instituție este necesară elaborarea unui mecanism de monitorizare continuă a serviciilor acordate, inclusiv a documentării actului medical, și de estimare a corespunderii acestora Protocoalelor clinice naționale sau instituționale; discutarea cu colectivul de medici a fiecărui caz de activitate defectuoasă.

2. În scopul ridicării nivelului de informare profesională, etică și juridică a personalului medical (nu doar a medicilor), recomandăm să se organizeze seminare tematice, inclusiv de familiarizare cu prevederile actelor normative din domeniul ocrotirii sănătății.

3. Realizarea dreptului pacienților la luarea deciziei privind intervenția medicală, protejarea instituției și a personalului medical sunt posibile prin elaborarea formularelor de „consimțământ informat”, specifice procesului patologic propriu instituției sau procedurii medicale concrete.

4. Escaladarea situațiilor conflictuale și soluționarea acestora prin intermediul litigiului judiciar pot fi evitate doar prin analiza cu seriozitate a fiecărei plângeri privind calitatea inadecvată a serviciilor medicale.

5. Recomandăm înstituirea în statele de încadrare ale tuturor instituțiilor medico-sanitare a funcției de bioetician, specialist care va monitoriza și asigura respectarea normelor etice și de drept în relația medic-pacient, iar în componența comitetelor de bioetică din IMS – includerea unui medic legist.

6. Realizarea activității consultative cu pacienții, asigurarea accesului la întregul spectru de informații cu privire la unele manopere diagnostic-curativ-profilactice, particularitățile unor maladii, drepturile pacientului și alte date menite să informeze pacientul.

Pentru medici

1. Studiarea și respectarea prevederilor legislației ce reglementează activitatea medicală din republică și stabilește responsabilitatea personalului medical îi vor permite medicului să evite tragerea la răspundere.

2. Pentru a evita situațiile de conflict cu pacienții, medicul trebuie să țină cont de următoarele cerințe:
 - să cunoască și să respecte drepturile pacientului și normele etice/deontologice în relațiile medic-medic și medic-pacient;
 - să respecte demnitatea pacientului și dreptul său la luarea deciziei;
 - să obțină acordul informat al pacientului înainte de începerea oricărei manopere medicale și să documenteze adecvat și în formă scrisă refuzul la intervenția medicală;
 - să treacă de la modelul paternalist la cel antipaternalist în comunicare cu pacientul.
3. Situațiile conflictuale trebuie tratate cu cea mai serioasă atitudine și soluționate cu ajutorul conducerii instituției medico-sanitare.
4. Asigurarea unui control inflexibil asupra acțiunilor și inacțiunilor proprii și respectarea algoritmului acordării asistenței medicale, prevăzut de Protocoalele clinice naționale, instituționale și literatura de specialitate, vor preveni apariția incidentelor și consecințelor nefavorabile.
5. Doar documentarea deplină a procesului de acordare a asistenței medicale poate servi drept protecție a medicului în fața învinuirilor nefondate ale pacienților și asigura demonstrarea calității adecvate a serviciilor medicale.
6. Dacă există alternativă, este bine să se aleagă metode diagnostic-curative mai puțin invazive și radicale.

Pentru organele de urmărire penală și instanțele de judecată

1. La etapa elaborării întrebărilor pentru expertiza medico-legală, ce urmează a fi dispusă în scopul evaluării calității serviciilor de sănătate, trebuie să se țină cont de recomandările adresate dat comisiilor de experți și reflectate la finele capitolului *discuții*.
2. Cunoașterea specificului activității profesionale, conștientizarea dificultăților ce apar în acordarea asistenței medicale, elucidarea obiectivă a cauzelor și condițiilor determinante ale eșecurilor asistenței medicale, înțelegerea deplină a concluziilor expertizei medico-legale pot fi realizate de către organul de urmărire penală sau instanțele de judecată în procesul examinării plângerilor pacienților doar avându-se în vedere rezultatele acestui studiu.

ASPECTE METODICO-DIDACTICE

Actele normative și literatura recomandată

Actele legislative principale din domeniul sănătății

1. Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată de ONU la 10 decembrie 1948 <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
2. Constituția Republicii Moldova din 29.07.1994. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 1 din 18.08.1994.
3. Legea ocrotirii sănătății, nr. 411–XIII din 28.03.1995. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 34 din 22.06.1995.
4. Legea cu privire la activitatea farmaceutică, nr. 1456–XII din 25.05.1993. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 59–61 din 15.04.2005.
5. Legea cu privire la sănătatea mentală, nr. 1402–XIII din 16.12.1997. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 44–46 din 21.05.1998.
6. Legea cu privire la medicamente, nr. 1409–XIII din 17.12.1997. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 52–53 din 11.06.1998.
7. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585–XIII din 27.02.1998. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 38–39 din 30.04.1998.
8. Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, nr. 382 din 06.05.1999. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.073 din 15.07.1999.
9. Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr. 552–XV din 18.10.2001. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 155–157 din 20.12.2001.
10. Legea cu privire la sănătatea reproductivă și planificare familială, nr. 185–XV din 24.05.2001. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 090 din 02.08.2001.
11. Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr. 1593–XV din 26.12.2002. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 18–19 din 08.02.2003.
12. Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului, nr. 263–XVI din 27.10.2005. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 176–181 din 30.12.2005.

13. Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic, nr. 264–XVI din 27.10.2005. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 172–175 din 23.12.2005.

14. Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, nr. 23–XVI din 16.02.2007. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 54–56 din 20.04.2007.

15. Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane, nr. 42 din 06.03.2008. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 81 din 25.04.2008.

16. Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, nr. 153 din 04.07.2008. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 143–144 din 05.08.2008.

17. Legea privind donarea de sânge și transfuzia sanguină, nr. 241 din 20.11.2008. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 1–2 din 13.01.2009.

18. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr. 10 din 03.02.2009. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 67 din 03.04.2009.

19. Legea privind protecția datelor cu caracter personal, nr. 133 din 08.07.2011. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 170–175 din 14.10.2011.

20. Legea cu privire la asigurarea egalității, nr. 121 din 25.05.2012.

21. Legea privind sănătatea reproducerii, nr. 138 din 15.06.2012.

22. Codul Cadru de etică (deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic. Ministerul Sănătății al RM <http://ms.gov.md/files/1471-Cod%2520etica-brosura.pdf>

23. Codul Contravențional al Republicii Moldova, nr. 218 din 24.10.2008. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 3–6 din 16.01.2009.

24. Codul Penal al Republicii Moldova, nr. 985 din 18.04.2002. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 128–129 din 13.09.2002.

25. Codul Civil al Republicii Moldova, nr. 1107 din 06.06.2002. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 82–86 din 22.06.2002.

Literatura recomandată

1. Baciú Gh. ș. a. *Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele craniocerebrale (indicații metodice)*. Chișinău, 2005.
2. Brânză S. ș. a. *Drept penal*. Ediția a II-a. Chișinău, Ed. „Cartier”, 2005, vol. 2. 804 p.
3. Gramma R., Dodona I., Novac T. *Sănătatea și drepturile omului. Suport de curs*. Chișinău, Ed. FEP „Tipogr. Centrală”, 176 p.
4. Novac-Hreplenco T., Dodon I. *Bazele legislației în sistemul sănătății publice*. Chișinău, Ed. „Bons offices”, 2006, 246 p.
5. Pădure A., Baciú Gh., Hotineanu Vl. *Cerințele înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar (formularul 003/e)*. Chișinău, 2009.
6. Pădure A. *Evaluarea medico-legală a deficiențelor din asistența medicală de profil chirurgical*. Chișinău, CEP Medicina, 2011, 141 p.
7. Perju-Dumbravă D. *Bioetică și responsabilitate medicală*. Cluj-Napoca, Ed. „Hipparion”, 1999, 186 p.
8. Scripcaru Gh., Astărăstoiaie V., Scripcaru C. *Principii de bioetică, deontologie și drept medical*. Iași, 1994.
9. Țârdea T., Gramma R. *Bioetica medicală în Sănătate Publică*. Chișinău, Ed. „Bons Offices”, 2007, 248 p.
10. Ungurean S. *Deficiențe medicale: cauze și consecințe*. Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2001, 123 p.
11. Акопов В. И., Новосёлов В. П. *Юридические основы деятельности врача. Медицинское право*. Новосибирск-Ростов-на-Дону, 2006.
12. Вермель И. Г. *Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики)*. Свердловск: изд-во «Урал», 1988, 112 с.
13. Сергеев Ю. Д. *Медицинское право. Учебный комплекс для вузов*. Москва, изд. «ГЭОТАР-Медиа», 2008, 784 с.
14. Стемпурийский Ю. Н., Морозов М. Н., Губергриц А. Я. *Методология врачебного диагноза и прогноза*. Киев, изд. «Здоровья», 1986. 88 с.

Metode interactive de predare

Unele dintre metodele intens promovate de pedagogia contemporană sunt cele interactive de predare, care pot fi realizate în practică inclusiv prin intermediul studiilor de caz și a jocurilor de rol. Utilizarea studiilor de caz și a jocurilor de rol sunt absolut necesare în procesul de formare profesională a medicului, deoarece aceste metode dezvoltă abilitatea de aplicare în practică a cunoștințelor sale teoretice, contribuie la dezvoltarea gândirii analitice și clinice a acestuia. Or, medicina, în calitate de specialitate, reprezintă o activitate practică și nu poate fi concepută doar sub aspect teoretic. Metodele interactive de predare în cadrul modului *Dreptul medical* vor ajuta studentul să dezvolte aptitudini de utilizare și aplicare adecvată în practica medicală ulterioară a actelor normative din domeniul sănătății, iar personalului didactic îi vor permite să aprecieze gradul de înțelegere a materialului studiat.

Analizarea și discutarea studiilor de caz în cadrul modului *Dreptul medical* își propune drept scop să aducă la cunoștința studenților cazuri reale din practica Centrului de Medicină Legală, referitoare la tragerea personalului medical la răspundere juridică pentru cunoașterea circumstanțelor apariției greșelilor medicale, încălcării drepturilor pacientului și condițiilor survenirii răspunderii. Studiile de caz pot fi utilizate atât pentru analiză individuală sau de grup, cât și pentru simularea situației prezentate pe roluri. Ne exprimăm convingerea că analizarea studiilor de caz va avea nu doar un rol de încunoaștințare, ci și de prevenire în activitatea profesională proprie a unor situații similare. Jocul de rol este o metodă de învățare activă, bazat pe un scenariu în care fiecare participant are un rol anume. Jocul presupune un dialog și urmărește scopul de aplicare a cunoștințelor teoretice ale studentului într-o situație practică concretă.

Studii de caz

Studiu de caz nr.1

Gravida C., la termenul sarcinii de 23–24 de săptămâni, a fost îndreptată la examenul ultrasonografic în cadrul căruia la făt a fost diagnosticată o malformație congenitală *Anencefalie. Lipsa subtotală a emisferei cerebrale drepte*. Gravida a solicitat medicului obstetrician efectuarea avortului. Obstetricianul a convocat consiliul medicilor, care a refuzat efectuarea avortului. La termenul sarcinii de 40–41 de săptămâni cet-ca C. a născut un prunc, care la scurt timp a decedat, drept cauză a morții fiind indicată anomalia incompatibilă cu viața. Cet-ca C. a depus plângere în instanța de judecată și a solicitat tragerea medicilor la răspundere pentru refuzul de efectuare a avortului.

Întrebări

1. Care sunt condițiile legalității avortului?
2. A fost oare corectă decizia consiliului medicilor?
3. Există oare premise pentru tragerea medicilor la răspundere juridică?
4. Ce răspundere survine pentru efectuarea avortului ilegal?

Studiu de caz nr.2

Cet. S., însoțit de soție și fiică, s-a adresat după ajutor medical la Spitalul Clinic Municipal unde a fost examinat în secția de internare. Din spusele medicului de gardă, pacientului i s-a propus internarea în staționar, dar rudele sale au refuzat și au fixat refuzul pe un bilețel de hârtie, care a fost lipit în *Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare*, însă în condiții misterioase a dispărut. Din spusele rudelor, medicul a refuzat internarea pacientului, deși a fost implorat să-l interneze. Pacientul a plecat cu rudele sale acasă, iar peste câteva ore s-a reîntors și a fost diagnosticat cu accident vascular cerebral, hematom intracerebral temporal pe dreapta în volum de 80 ml. În aceeași zi a fost operat, însă peste 20 de ore de la intervenția chirurgicală a decedat. Rudele s-au adresat la procuratură și au solicitat tragerea medicului la răspundere pentru refuzul de a interna pacientul la adresa primară.

Întrebări

1. A fost oare corect documentat refuzul pacientului?
2. Care este, conform legislației în vigoare, modul de documentare a refuzului pentru intervenție medicală?

3. Care este actul normativ ce reglementează modul de documentare a refuzului pentru intervenție medicală?
4. Poate oare medicul să fie tras la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.3

După un grav accident rutier, soldat cu tamponarea pietonului, acesta a fost internat în staționarul raional în stare critică cu cunoștința dereglată la nivel de comă avansată, determinată de șocul hipovolemic și traumatic generat de amputarea subtotală a membrului inferior drept la nivel de gambă. Pacientul nu avea asupra sa acte de identitate și nu era însoțit de rude. Acesta a fost operat în regim de urgență și la indicații vitale i-a fost amputat piciorul cu formarea bontului la nivelul treimii superioare a gambei. După intervenția chirurgicală, pacientul a înaintat plângere în instanța de judecată și a învinuit medicul de amputarea piciorului fără consimțământul său.

Întrebări

1. Avea oare medicul-chirurg dreptul să amputeze piciorul pacientului fără consimțământul său în acest caz?
2. Cine are dreptul de a lua decizii pentru pacientul lipsit de discernământ?
3. Ce acte normative reglementează modul de obținere a consimțământului în asemenea situații?

Studiu de caz nr.4

Medicul-stomatolog T., anagajat al unei clinici private, deplasându-se după serviciu spre casă, a fost martorul tamponării de către autoturism a unui pieton. Apropiindu-se de locul accidentului rutier, acesta a constatat că victima este inconștientă și a observat o fractură deschisă a oaselor gambei drepte, însoțită de hemoragie externă activă. Ținând cont de faptul că medicul este stomatolog de profesie și nu are ample cunoștințe în domeniul traumatologiei, acesta a decis să-și continue drumul.

Întrebări

1. A fost oare obligat medicul-stomatolog să acorde ajutor medical în cazul prezentat?
2. Există oare temeii pentru tragerea medicului-stomatolog la răspundere juridică și la care anume?
3. Care sunt motivele întemeiate ce pot împiedica acordarea ajutorului medical unui bolnav?

Studiu de caz nr.5

În legătură cu realizarea cu succes a primului transplant de ficat, administrația clinicii a decis să organizeze o conferință de presă în cadrul căreia publicului larg să-i fie aduse rezultatele intervenției chirurgicale reușite. În procesul desfășurării conferinței, echipa de intervenție a prezentat informațiile cu privire la starea sănătății pacientului până la intervenția chirurgicală, principiile generale de efectuare a transplantării și starea sănătății pacientului după operație. Pentru o mai bună înțelegere a situației, toate comentariile au fost însoțite de imagini fotografice în care apărea și fața neacoperită a pacientului. După conferința de presă, la solicitarea jurnaliștilor interesați de subiect, echipa de intervenție a decis să prezinte pacientul, care să comunice cum se simte după o asemenea intervenție chirurgicală voluminoasă. Fiind abordat de medici și jurnaliști în salon, pacientul s-a arătat deranjat și revoltat de faptul că nu a fost prevenit și a fost surprins în momentul alimentării.

Întrebări

1. Au fost oare corecte acțiunile medicilor în acest caz?
2. Pot fi oare interpretate acțiunile medicilor drept o încălcare a drepturilor pacientului, ținându-se cont de importanța subiectului conferinței de presă pentru societate?
3. Există oare temeii pentru tragerea medicilor la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.6

Cet. V., angajat al unei asociații locativ-comunale a absentat nemotivat de la serviciu timp de o zi și nu a prevenit colegii despre acest fapt. Administrația asociației, știind că cet. V. consumă frecvent și abuziv alcool, în temeiul art. 86 (absență nemotivată de la serviciu mai mult de 4 ore consecutive) al Codului muncii l-a concediat. Auzind despre concediere, cet. V. i-a solicitat medicului de familie, contra unei remunerații, să-i elibereze un certificat de concediu medical cu o maladie inventată. Medicul a acceptat solicitarea, însă, în momentul transmiterii certificatului completat și vizat prin ștampila instituției, a fost reținut în flagrant delict de către colaboratorii centrului anticorupție.

Întrebări

1. Era oare în drept medicul de familie să elibereze certificatul de concediu medical în lipsa bolii și fără a examina pacientul?
2. Există oare temeii pentru tragerea medicului la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.7

Cet-ca D., cu vârsta de 30 de ani, la termenul sarcinii de 10–11 săptămâni a solicitat medicului ginecolog din Centrul Medicilor de Familie efectuarea avortului. Medicul ginecolog nominalizat, contrar ordinului Ministerului Sănătății, nu a îndreptat pacienta în spitalul de circumscripție, ci a executat de sine stătător în condiții sterile de ambulatoriu chiuretajul uterin. Peste o zi, în legătură cu apariția durerilor violente în abdomen și febrei până la 38,9°C, cet-ca D. a fost internată de urgență în spital, unde a fost diagnosticată cu *Stare după avort. Perforație uterină. Hemoperitoneu. Pelvioperitonită*. În aceeași zi, la indicații medicale, s-a efectuat histerectomie subtotală. După externare, constatând că nu va mai putea procrea, pacienta a solicitat tragerea la răspundere juridică a medicului-ginecolog.

Întrebări

1. Era oare în drept medicul-ginecolog să efectueze avortul în condițiile descrise?
2. Care sunt condițiile ilegalității avortului?
3. Există oare temeii pentru tragerea medicului-ginecolog la răspundere juridică pentru efectuarea avortului și la care anume?

Studiu de caz nr.8

Pe 20.08.1998, orele 19.20, la spitalul satului, cu un automobil de ocazie, a fost adus cet. S., cu vârsta de 40 de ani, fără cunoștință, de la care mirosea intens a alcool. Fiind examinat superficial, i-a fost stabilit diagnosticul *Stare de ebrietate* și bolnavul a fost scos de către personalul medical din spital și culcat în iarbă. Pe la orele 21.00, pacientul a fost adus din nou la același spital. Asistenta medicală de gardă, bănuind o traumă craniocerebrală, l-a internat în secția neurologie și l-a telefonat la domiciliu pe medicul de gardă. Medicul însă nu a venit să consulte pacientul, recomandând asistentei să-l lase în secție până se va trezi. În jurul orei 01.00, starea pacientului s-a agravat și la solicitarea repetată, medicul de gardă s-a prezentat totuși și a îndreptat pacientul la spitalul raional, unde acesta a fost internat și a decedat la 06.45. La autopsie, s-a depistat o traumă craniocerebrală cu fractură înfundată a osului parietal pe dreapta și hematom subdural de 150 ml. În sângele cadavrului s-au constatat 2,6% de alcool etilic.

Întrebări

1. Era oare în drept personalul medical să scoată pacientul aflat în stare de ebrietate gravă sau în intoxicație cu alcool din instituția medicală?
2. Trebuia oare medicul de gardă să examineze pacientul?
3. Există oare motive întemeiate pentru neacordarea ajutorului medical în acest caz?
4. Există oare temeii pentru tragerea personalului medical la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.9

Gravida C., în vârstă de 32 de ani, mamă a patru copii, a fost internată în maternitatea raională cu diagnosticul *Sarcină 40–41 de săptămâni. Gravidge V, naștere IV*. Datorită poziției transverse a fătului și eșuării tentativelor de modificare a prezentării, în mod planificat, sub anestezie generală, a fost reușit efectuată operația cezariană, fiind extras un făt de sex masculin sănătos, cu masa de 4200 gr. și scorul Apgar 7/8 p. Știind că gravida provine dintr-o familie social-vulnerabilă, educă de una singură copiii, medicul a decis în procesul efectuării operației să sterilizeze pacienta și i-a ligaturat ambele trompe uterine. A doua zi după operație, medicul obstetrician a vizitat parturienta și i-a comunicat despre sterilizarea realizată, aducându-i drept argumente grija pe care a manifestat-o față de aceasta și familia ei numeroasă. Pacienta a rămas șocată de cele auzite și, invocând că provine dintr-o familie religioasă în care toți copiii sunt bineveniți, l-a amenințat pe medic cu judecata.

Întrebări

1. Care sunt condițiile legalității sterilizării chirurgicale?
2. Era oare în drept medicul să sterilizeze pacienta fără a obține consimțământul acesteia?
3. Care sunt indicațiile pentru sterilizare chirurgicală și sunt ele oare valabile situației descrise?
4. Care act normativ reglementează indicațiile pentru sterilizare chirurgicală?
5. Există oare temeii pentru tragerea medicului obstetrician la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.10

Felcerul P. activează în cadrul Izolatorului de detenție provizorie a Comisariatului raional de poliție și a fost solicitat de urgență în biroul

de audiere. Intrând în încăpere, acesta a constatat că deținutul C. se afla la podea fără cunoștință. La examenul primar a remarcat pe corpul deținutului multiple leziuni, care lipseau la momentul sosirii acestuia în izolator cu 1 zi în urmă. Pe masa din birou a observat un electroshoker și o mască antigaz, iar în mâinile polițistului – un baston de cauciuc. După efectuarea procedurilor medicale și recăpătarea cunoștinței, felcerul nu a insistat asupra internării deținutului și nici nu a documentat starea sănătății acestuia. Fiind la finele gărzii a plecat fără a informa conducerea comisariatului despre cele constatate, deși trecând pe lângă biroul de audiere a auzit lovituri și strigăte de durere și implorare.

Întrebări

1. Analizați acțiunile felcerului din cazul prezentat prin prisma eticii medicale și a legislației.
2. Considerați oare corecte acțiunile felcerului?
3. Era oare în drept felcerul să divulge conducerii comisariatului datele confidențiale despre starea sănătății deținutului?

Studiu de caz nr.11

În urma unui traumatism de transport în cea mai apropiată clinică au fost transportate zeci de victime, multe dintre ele fiind în stare gravă. Domnul E., cu vârsta de 25 de ani, este internat în stare critică cu șoc hipovolemic sever, determinat de o hemoragie abundentă din vena femurală lezată. Tânărul este însoțit de tatăl său, dl F. Medicul indică o transfuzie urgentă. Însă, stocurile de sânge și alte derivate s-au epuizat. Mai mult, pacientul R. necesită o grupă rară de sânge. Tatăl tânărului, având aceeași grupă de sânge, se oferă să doneze sânge imediat. Testul rapid a confirmat compatibilitatea sângelui și medicul a realizat transfuzia de la tată la fiu. Tânărul a supraviețuit. A doua zi, medicul i-a cerut dlui F. să facă testarea la marcherii HIV, deoarece așa cere protocolul. Dl F. A acceptat testarea, fiind convins că este doar o formalitate. Însă, testul a demonstrat că dl F. este seropozitiv. Astfel, prin intermediul transfuziei a fost infectat și feciorul său.

Întrebări

1. Cum considerați acțiunile medicului în cazul descris?
2. Cum putea fi evitată contaminarea?
3. Care este răspunderea în cazul contaminării cu HIV în urma acțiunilor lucrătorilor medicali?

Studiu de caz nr.12

Gravida J. a fost internată în maternitatea raională pe 17.11.2004 cu *Sarcină de 40–41 de săptămâni, prima naștere*. La internare s-a constatat că capul fătului este angajat la intrare în bazinul mic, bătăile cordului fetal sunt clare, ritmice, 140 b./min., canalul cervical – permeabil pentru vârful degetului, punga amniotică – intactă. Medicul-obstetrician a decis supravegherea gravidei. Pe 18.11.2004, ora 08.00, starea gravidei a fost apreciată drept satisfăcătoare; capul fătului – fixat la intrare în bazinul mic, bătăile cordului fetal – sonore, ritmice. S-a decis supravegherea gravidei, care a fost realizată doar de moașă. Pe 19.11.2004, ora 09.00, medicul a fost chemat de urgență pe motivul dispariției bătăilor cordului fetal. Obiectiv, s-a constatat col uterin șters, cu margini subțiri, dilatarea orificiului uterin – 4 cm, în vagin – anse ale cordonului ombilical. S-a efectuat operația Cezariană și s-a extras făt macrosom mort.

Întrebări

1. Care este cauza apariției prolabării anselor cordonului ombilical?
2. Inacțiunile medicului obstetrician se încadrează în eroare sau greșeală medicală?
3. Cum este definită neglijența de Codul penal?
4. Care este caracterul legăturii de cauzalitate dintre inacțiunile medicului obstetrician și complicațiile apărute în cazul prezentat?
5. La ce răspundere juridică poate fi tras medicul-obstetrician?

Studiu de caz nr.13

Cet. B. a fost internat în Secția chirurgie a spitalului raional pe 03.08.2005. Din anamneză s-a stabilit că i-a fost traversată planta piciorului cu roata microbuzului. Local, s-a constatat o plagă masivă în regiunea călcâiului stâng cu vizualizarea osului calcaneu, plaga – intens impurificată cu nisip, iarbă, băligar, diferite gunoaie. După spălare cu apă oxigenată și furacilină, plaga a fost suturată și s-a aplicat pansament aseptice. S-a recomandat tratament simptomatic și antibioticoterapie. Pe 04.08.2005 a apărut febră de 39°C, iar local s-a observat cianoză și edem pronunțat pe un sector masiv adiacent plăgii cu necrozarea marginilor, fiind efectuată necrectomia. Pe 06.08.05, ora 19.00, medicul de gardă a constatat agravarea bruscă și considerabilă a stării generale a pacientului, manifestată prin obnubilare, apariția mișcărilor haotice, transpirație rece, alterarea marcată a hemodinamicii. S-au administrat perfuzii cu

sol. Glucoză (5%) – 500 ml, sol. NaCl (0,9%) – 500 ml și tratament simptomatic. La următoarea vizită efectuată doar la 23.00 s-a stabilit agravarea în dinamică a stării pacientului și s-a recomandat consultația reanimatologului (?!). Pe 07.08.2005, la ora 00.05 s-a constatat decesul pacientului. La autopsie, drept cauză a decesului a fost indicată cangrena gazoasă a membrului inferior stâng.

Întrebări

1. Cum considerați acțiunile medicilor în cazul descris?
2. Cum pot fi interpretate din punct de vedere juridic inacțiunile medicilor?
3. Care sunt temeiurile pentru tragerea personalului medical la răspundere juridică?
4. La ce răspundere juridică pot fi trași medicii-chirurghi?

Studiu de caz nr.14

Cet-ca I. a fost internată în maternitate cu diagnosticul *Sarcină 37–38 de săptămâni. Gravitatea III-a, nașterea a II-a* și pe 04.06.2004 a născut un făt cu masa 2500 gr, scorul Apgar 8/9 p. Până pe 07.06.2004, în fișa medicală nu se conțin înscrisuri cu privire la starea pruncului. Pe 07.06.2004, medicul a fost solicitat de urgență și s-a stabilit: temperatura 35,2°C, cianoză totală, tegumentele reci la palpate – hipotermie, mișcări respiratorii unice, adinamie, strigătul lipsește, turgorul scăzut, stratul celulo-adipos slab dezvoltat. Pruncul a fost transferat în stare foarte gravă la IMSP ICȘOSMșiC cu diagnosticul *Hipotermie*.

Întrebări

1. Cum considerați acțiunile medicilor în cazul descris?
2. Cum pot fi interpretate din punct de vedere juridic inacțiunile medicilor?
3. Care este caracterul legăturii de cauzalitate dintre inacțiunile medicilor și complicațiile apărute în cazul prezentat?
4. La ce răspundere juridică poate fi tras medicul-neonatolog?

Studiu de caz nr.15

Cet-ca D. suferă de sterilitate de mai mulți ani, iar tratamentul conservativ a fost inefficient. La USG organelor bazinului mic s-a depistat un proces aderențial exprimat, care a servit drept indicație pentru *Pelvioscopie cu salpingoovaroliză*. Intervenția primară a fost inefficientă și

din acest motiv a fost efectuată pelvioscopia repetată. La USG post-operatorie, ovarul stâng nu a fost vizualizat, din care cauză cet-ca D. a solicitat tragerea medicului la răspundere pentru înlăturarea ovarului fără consimțământul său. Înregistrările video ale intervențiilor au fost cercetate de o comisie de specialiști, care a exclus înlăturarea ovarului și a conchis că după rezecția aderențelor ovariene s-a efectuat coagularea suprafețelor hemoragice și a țesutului ovarian atrofiat primar, iar cicatrizarea postoperatorie și administrarea contraceptivelor orale au condus la micșorarea volumului ovarului. În cadrul discuției cazului s-a stabilit că pacienta nu a fost informată despre procedurile aplicate și reușita lor.

Întrebări

1. Care sunt cauzele desfășurării conflictului dintre medic și pacientă?
2. Există oare temeii pentru tragerea la răspundere juridică a medicului?
3. Cum trebuia să procedeze medicul-chirurg în procesul acordării asistenței medicale?

Studiu de caz nr.16

Cet. M., cu vârsta de 33 ani, a fost internat de urgență pe 19.05.2003, ora 07.30, în secția chirurgie. La internare acuza slăbiciuni, vertijuri, dureri în abdomen, grețuri și xerostomie. Din anamneză – 9 zile în urmă a avut acces convulsiv și cădere. La examinare: TA 80/50 mmHg, pulsul – 100 b./min., frecvența respirațiilor 20 mișcări/min.; abdomenul – mărit în volum, moale, sensibil în hipocondrul drept, ficatul e mărit, semnele peritoneale – negative. La USG, ficatul – mărit, conturul – neregulat, structura – heterogenă, ecogenitate – mixtă; splina – ușor mărită; în cavitatea abdominală – lichid liber. S-a conchis *Ciroză hepatică*. Din analiza generală a sângelui: Hb – 126 g/l, eritrocite 3,7 mln., s-a stabilit diagnosticul *Ciroză hepatică decompensată*. *Ascită*. *Hepatosplenomegalie*. Starea generală a fost cu continuă agravare și apariția comei. La 12.00 a fost constatată o anemie severă cu Hb 76 g/l, eritrocite 2,4 mln. Pe fundalul măsurilor de terapie intensivă, starea pacientului s-a agravat și la 16.45 a decedat. La examinarea cadavrului s-au depistat leziuni pe flancul abdominal stâng (nefixate în fișa medicală), ruptură liniară a splinei cu hemoperitoneu de 2500 ml, ciroză hepatică. Moartea cet. M. a survenit în urma șocului hemoragic.

Întrebări

1. Din ce cauze ruptura splinei nu a fost diagnosticată?
2. Ce greșeli au fost comise de medici în procesul acordării asistenței medicale?
3. Cum pot fi interpretate greșelile comise din punct de vedere juridic?

Studiu de caz nr.17

Copilul N., cu vârsta de 6 ani, însoțit de mamă, s-a adresat la spitalul raional cu dureri pronunțate în piciorul drept și imposibilitatea deplasării. Din anamneză: trei zile în urmă a căzut. Medicul-traumatolog a stabilit febră 39,6°C și edem al regiunii articulației coxo-femorale pe dreapta. La examenul radiologic al piciorului drept, modificări traumaticoase nu au fost depistate. S-a stabilit diagnosticul *Fractura osului femural drept. Osteomielită?* S-a indicat imobilizare ghipsată și tratament simptomatic. La a treia zi, starea copilului s-a agravat și după examenul suplimentar s-a stabilit diagnosticul *Osteomielită acută hematogenă a femurului drept. Septicemie. Șoc bacterial.* În aceeași zi a fost efectuată osteoperforația femurului drept cu evacuarea flegmonului subperiostal. Pe fundalul terapiei intensive, la a patra zi, copilul a decedat. Diagnosticul morfopatologic: *Osteomielită hematogenă a femurului drept. Septicemie. Septicopiemie. Pneumonie septică bilaterală. Pericardită seropurulentă.*

Întrebări

1. A fost oare diagnosticul clinic argumentat?
2. Ce greșeli au fost comise de medicul-traumatolog în procesul acordării asistenței medicale?
3. Cum pot fi interpretate greșelile comise din punct de vedere juridic?
4. Există oare temeii pentru tragerea medicului la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.18

Pacienta P., cu vârsta de 29 ani, s-a adresat în anul 2003 după asistență medicală la ginecologul de pe sector pe motivul apariției unor eliminări sanguinolente în timpul rapoartelor sexuale. În urma consultației, medicul-ginecolog i-a prescris pacientei tratament hormonal. În anul 2004, pacienta a fost diagnosticată cu *Leucoplachie simplă a colului uterin* și dispensarizată. Având în vedere lipsa efectului curativ, în anul

2005, pacienta a solicitat consultație unui alt medic, care după examinare a îndreptat-o la Institutul Oncologic, unde a fost diagnosticat *Cancerul de col uterin* și efectuată intervenția chirurgicală de histerectomie. Din cauza celor relatate, pacienta P. a adresat o plângere prin care a solicitat tragerea la răspundere a medicului-ginecolog.

Întrebări

1. Cum trebuia să acționeze medicul-ginecolog în perioada anilor 2003–2005?
2. Cum poate fi interpretată din punct de vedere juridic inacțiunea medicului?
3. Poate oare ginecologul să fie tras la răspundere juridică și la care anume?

Studiu de caz nr.19

Gravida M., cu vârsta de 23 de ani, nefiind însoțită de rude, a fost internată de urgență în stare critică în maternitatea municipală și diagnosticată cu *Sarcina a I-a, termenul 19–20 de săptămâni. Avort spontan incomplet. Metroragie severă. Șoc hipovolemic grav gr. III*. Imediat după internare, gravida a fost supusă unei intervenții chirurgicale și, la indicații vitale, s-a efectuat *Histerectomie subtotală*. Peste 5 zile, după ameliorarea stării generale, pacienta a fost vizitată de soacră care, intrând în secție, s-a interesat de infirmieră în ce salon se află aceasta. Infirmiera i-a răspuns că: „Cea cu uterul extirpat se află în salonul 3”. Conștientizând că nu va mai putea avea nepoți, soacra a întreprins toate măsurile pentru a separa cuplul, care s-a despărțit la scurt timp de la externare. Aflând că informația despre extirparea uterului a fost divulgată de infirmieră, pacienta a depus o plângere în instanța de judecată și a solicitat instituției medico-sanitare despăgubiri pentru prejudiciul cauzat.

Întrebări

1. Au avut oare medicii dreptul de a lua decizia privind extirparea uterului?
2. Există oare temeii pentru tragerea instituției medico-sanitare la răspundere juridică?
3. Care este răspunderea juridică ce survine pentru încălcarea dreptului pacientului la confidențialitate?
4. I-au fost oare cauzate daune pacientei?

Studiu de caz nr.20

În urma unui accident rutier, șoferul a pierdut controlul volanului autoturismului, care a început a se roti în jurul axei sale. Drept rezultat, atât șoferul, cât și pasagerul său au fost expulzați din salonul automobilului și proiectați pe carosabil. Pasagerul automobilului a alunecat pe carosabil, ajungând cu capul său practic sub roata din față dreapta a unui microbuz cu pasageri aflat pe rută. Șoferul microbuzului, martor al accidentului rutier, a ocolit atent capul victimei și și-a continuat drumul pentru a nu periclita orarul deplasării sale pe rută.

Întrebări

1. Era oare obligat șoferul microbuzului să acorde ajutorul medical de urgență pasagerului autoturismului?
2. Există oare teme pentru tragerea șoferului microbuzului la răspundere juridică?
3. Care este răspunderea juridică ce survine pentru neacordarea fără motive întemeiate a ajutorului medical?

Studii de caz cu concluzii medico-legale

Studiu de caz nr.1 (constatări)

Cet. P., cu vârsta de 31 de ani, asistentă medicală, cu sarcină la termen de 29–30 de săptămâni s-a adresat pe 03.12.06, ora 18.00, la maternitatea municipală pe motivul apariției durerilor în regiunea epigastică cu iradiere în regiunea iliacă dreaptă. A fost examinată de către medicul-obstetrician de gardă, care a constatat în anamneză cicatrice a uterului după miomectomie (2005), clinic și obstetrical fără particularități și cu diagnosticul „Sarcină 29–30 de săptămâni. AOC (cicatrice pe uter). Apendicită acută?” a îndreptat-o la consultația medicului-chirurg. La 21.38, pacienta a fost internată în Secția chirurgie cu acuze la dureri violente în regiunea mezogastrică dreaptă, iliacă dreaptă și epigastrică. Din anamneză – sarcina a II-a (I-a sarcină tubară), miomectomie (2005). Obiectiv: starea generală – grav-medic. Respirația veziculară. Zgomotele cardiace ritmice, clare. TA 110/70 mmHg, puls 110 b./min. Limba uscățivă, saburată. Abdomenul mărit în volum din cauza uterului, participă limitat la respirație, la palpate e moale, dureros în regiunea mezogastrică dreaptă și iliacă, moderat dureros în epigastru. Uterul – la ½ distanță dintre ombilic și xifoid. Semnele excitării peritoneului – pozitive? Diagnosticul: Apendicită acută? Sarcina 29–30 de săptămâni”. S-a indicat tratament de dezintoxicare și antiseptice. Din hemogramă: hemoglobina 95; eritrocite 3,48; leucocite 14,0. La ora 24.00, pacienta este examinată repetat de chirurg care fixează o stare generală precedentă, lipsa efectului tratamentului conservativ și semne peritoneale? A fost recomandat examenul ultrasonografic, care a constatat „bazinul mic e dificil de examinat din cauza sarcinii” și a concluzionat „Colecisto-pancreatită cronică”. Pe 04.12.06, ora 03.00, starea pacientei se agravează, durerile în abdomen se intensifică, indicii vitali se alterează și sunt stabilite semne peritoneale pozitive pe întreaga suprafață abdominală. La ora 04.30, este convocat consiliul medical, care decide o intervenție chirurgicală la indicații vitale. Între 05.35–07.30 este efectuată laparotomia în cadrul căreia a fost depistată dehiscenta cicatricei localizate la fundul uterin, a fost extras fătul mort cu rigiditate cadaverică și depistate semne de dezlipire a placentei inserate în regiunea cicatricei. Intraoperator, la indicații vitale, s-a luat decizia de înlăturare subtotală a uterului. La autopsia cadavrului fătului, drept cauză a morții a fost identificată asfixia intrauterină severă.

Studiu de caz nr.1 (concluzii)

În asistența medicală acordată pacientei P. au fost constatate deficiențe tactico-diagnostice. Așadar, după consultația primară, efectuată de medicul obstetrician, pacienta necesita internare urgentă în centrul perinatologic cu invitarea chirurgului și altor specialiști, precum și efectuarea investigațiilor paraclinice pentru stabilirea diagnosticului. Această acțiune ar fi urgentat acordarea ajutorului medical specializat. Patologia obstetricală (ruptura uterului, dezlipirea precoce a placentei înserate în regiunea cicatricei pe fundul uterului, moartea intrauterină a fătului, hemoragia intrauterină, șocul hemoragic) stabilită în cadrul operației a fost temei argumentat pentru volumul intervenției chirurgicale efectuate. Însă, ținând cont de prevederile Ghidurilor obstetricale întărite prin ordinul MS și caracterul rupturii uterine constatate în cadrul operației, considerăm că la momentul efectuării intervenției chirurgicale nu existau indicații absolute și vitale pentru înlăturarea uterului. Având în vedere prezența în anamneză a intervenției chirurgicale pe uter cu formarea cicatricei, pentru concretizarea diagnosticului și elaborarea tacticii ulterioare, în perioada 24.00-03.00 (04.12.2006) era necesară invitarea medicului ginecolog și monitorizarea mai frecventă în dinamică a pacientei. Monitorizarea obstetricală a pacientei ar fi permis suspectarea precoce a suferinței fetale cu intervenție mai rapidă și posibil extragerea unui făt viu. Având în vedere anamneza agravată (intervenție pe uter în 2005 cu formarea cicatricei la fundul uterin) la cet. P., posibilitatea apariției rupturii de uter la termenul sarcinii de 30 de săptămâni putea și trebuia să fie suspectată de către medicii-obstetrician și chirurg. Decizia medicului-chirurg de a interna pacienta în Secția de chirurgie a fost corectă. Toate investigațiile prescrise bolnavei de către chirurg au fost necesare, corecte și efectuate în timp util. Totodată, suntem de părerea că pentru concretizarea diagnosticului mai era necesară intervenția de laparoscopie diagnostică, care a fost doar recomandată de către chirurg, însă nu a fost efectuată. Manifestările clinice ale patologiei, solicitarea întârziată a ginecologului pentru consultare și neefectuarea laparoscopiei diagnostice au determinat executarea întârziată a intervenției chirurgicale. A stabili cu certitudine diagnosticul de ruptură a uterului și decolare precoce a placentei la momentul internării cet. P. în spitalul municipal nu era posibil, însă monitorizarea continuă a pacientei, implicarea precoce a medicului-obstetrician-ginecolog pentru consultații și evidență, efectuarea laparoscopiei diagnostice ar fi urgentat stabilirea precoce a patologiei

obstetricale și respectiv intervenția chirurgicală. Ținând cont atât de prematuritatea fătului, rata înaltă a mortalității perinatale a feților născuți la un asemenea termen, imposibilitatea stabilirii momentului decesului fătului, cât și de deficiențele tactico-diagnostice admise în asistența medicală, comisia nu poate aprecia care dintre acești factori a fost decisiv în survenirea morții fătului. Din aceste considerente nu poate fi stabilită și o legătură certă de cauzalitate dintre deficiențele admise în asistența medicală acordată cet. P. și decesul fătului ei. Însă, considerăm că între efectuarea întârziată a intervenției chirurgicale și înlăturarea uterului există o legătură de cauzalitate directă.

Studiu de caz nr.2 (constatări)

Din materialele cauzei penale rezultă că cet. H., cu vârsta de 22 de ani, a născut pe 04.11.2006 în maternitatea raională un copil de sex masculin cu scorul Apgar 3 determinat de asfixia mecanică intrauterină prin strangularea gâtului cu cordonul ombilical. La nașterea placentei s-a constatat lob suplimentar și defect placentar, care au necesitat efectuarea raclajului uterin, în urma căruia uterul s-a contractat. În virtutea stării generale, pe 05.11.2006, pruncul nou-născut a fost transferat pentru asistență medicală în IMSP ICȘOSMșiC. Pe 06.11.2006, la insistența proprie și cea a soțului, lăuza H. a fost externată în stare satisfăcătoare din maternitatea raională și s-a deplasat la ICȘOSMșiC pentru a îngriji pruncul nou-născut. La 10.11.2006, lăuza H. s-a internat în ICȘOSMșiC pe motiv de hemoragie abundentă și în regim de urgență, sub anestezie generală, i-a fost efectuat raclajul uterin. După aplicarea anesteziei generale, medicul-anestezist și asistenta medicală au plecat din sala de operații. În procesul efectuării intervenției chirurgicale a survenit stop cardiac și respirator care, în lipsa medicului și asistentei anesteziști, a fost observat cu întârziere, fiind tardiv efectuate și măsurile de resuscitare. După restabilirea activității cardiovasculare și respiratorii, pacienta H. a rămas inconștientă, fiind diagnosticată encefalopatia hipoxică și edemul cerebral. După o lună de tratament intensiv a fost diagnosticată Flebotromboza iliofemurală acută pe stânga. În lipsa evoluției stării pacientei, aceasta a fost transferată pe 26.12.2006 cu reanimobilul în spitalul raional pentru continuarea tratamentului, unde pe 03.01.2007 a decedat din cauza tromboemboliei arterei pulmonare. La examenul histologic al fragmentelor de țesut cerebral s-au constatat modificări proprii pentru hipoxia cerebrală îndelungată.

Studiu de caz nr.2 (concluzii)

Diagnosticul „Graviditate 38–39 de săptămâni. N II. Fals travaliu. Placentă jos înserată. Colpită” stabilit pacienței H. la 04.11.2006 a fost corect. Starea pacienței H. după naștere a fost apreciată corect, iar tratamentul a fost acordat corect în corespundere cu starea stabilită. După naștere, care s-a complicat cu defect al placentei și hemoragie uterină, starea lăuzei H. a fost apreciată corect. Aceste complicații au fost tratate operativ (raclajul uterului) cu anestezie suficientă. După asemenea complicații, lăuza nu putea fi categoric externată în perioadă timpurie. La externarea din maternitatea raională, lăuza nu a fost examinată în volumul necesar. Investigația ultrasonografică după controlul cavității uterine a fost obligatorie. Investigația dată, în asemenea circumstanțe, determină prezența în uter a resturilor de placentă. La internare în IMSP ICȘOSMșiC, lăuzei H. i-a fost stabilit corect diagnosticul „Stare după naștere (a 6-a zi). Hemoragie uterină”, stare care a necesitat raclajul repetat al uterului pentru înlăturarea conținutului acestuia. Acest tratament a fost necesar și acordat corect, sub protecția anesteziei generale. Complicațiile asemănătoare celor apărute la cet. H. și tratamentul operator acordat foarte rar cauzează stopul cardiac (care a și avut loc la pacientă), precizarea căruia este imposibilă. Conform literaturii de specialitate, tromboflebita se dezvoltă ca urmare a traumatizării intimei vaselor, creșterii coagulabilității sângelui și stazei venoase, condiții care apar frecvent după intervenții chirurgicale, perfuzii și alte manipulații invazive, afectând în special venele profunde ale membrelor inferioare și bazinului. Prin urmare, nașterea, intervențiile chirurgicale, perfuziile și aflarea îndelungată la pat, în cazul cet. H. au putut fi cauza apariției tromboflebitei. La examenul histologic al creierului pacienței H. au fost constatate modificări caracteristice hipoxiei îndelungate a creierului, soldată cu decorticarea persoanei. Acest proces este rezultatul direct al încetării alimentării creierului cu oxigen ca urmare a stopului cardiac și respirator îndelungat cu o durată mai mare de 5 minute. Stopul cardiac și respirator puteau fi constatate precoce doar în cazul monitorizării continue a pacienței H. de către medicul-anesteziolog și asistenta medicală anestezistă în timpul intervenției de chiuretare a cavității uterine. După apariția decorticării cet. H., în perioada postoperatorie, orice manipulații medicale erau ineficiente și nu puteau preveni decesul. Transferarea bolnavei în Secția de reanimare a Spitalului Central Raional nu a fost nicidecum cauza decesului cet. H. În cazul H. au fost încălcate metodele

contemporane de acordare a asistenței medicale în maternitatea raională, fapt ce a determinat externarea neadmisă din spital la 06.11.2006. Medicul-anestezist al IMSP ICȘOSMșiC a încălcat prevederile Ghidurilor și standardelor clinice, lăsând pacienta sub anestezie generală fără supraveghere, astfel omițându-se momentul instalării stopului cardiac și respirator, situație care a dus la hipoxia cerebrală și decorticarea pacientei. Reținerea lăuzei H. în maternitatea raională și acordarea asistenței medicale necesare după investigațiile obligatorii putea evita apariția hemoragiei uterine și necesitatea reinternării. Monitorizarea continuă a pacientei H. de către medicul-anestezist și asistenta medicală anestezistă a IMSP ICȘOSMșiC putea permite constatarea precoce a stopului cardiorespirator și efectuarea măsurilor de resuscitare în timp util (până la apariția hipoxiei cerebrale ireversibile) și astfel – evitarea apariției complicațiilor ulterioare (tromboflebita venei iliace) generatoare de deces. Prin urmare, acordarea calificată a asistenței medicale în maternitatea raională și IMSP ICȘOSMșiC în conformitate cu recomandările Ghidurilor și altor surse de specialitate (manuale, monografii etc.) putea evita decesul cet. H. Ținând cont de cauza morții cet. H. conchidem că între neajunsurile admise în acordarea asistenței medicale în cadrul maternității raionale și decesul acesteia există legătură de cauzalitate indirectă. Însă, între neajunsurile admise în cadrul IMSP ICȘOSMșiC și decesul pacientei H. există legătură de cauzalitate directă.

Jocuri de rol

Istrucțiuni pentru aplicarea jocurilor de rol. Jocurile de rol de mai jos conțin câte 3 roluri fiecare: rolul moderatorului, rolul medicului, rolul pacientului. Rolul moderatorului conține informații de ordin general necesare atât pentru medic și pacient, cât și pentru auditoriu. Rolul medicului și al pacientului conțin informații exclusiv pentru uzul individual-privat al fiecăruia dintre aceștia și nu trebuie să fie prezentat unul altuia și nici auditoriului. Informațiile din rolul medicului și al pacientului conțin date, argumente și contrargumente ce constituie baza viitorului dialog, orientează dialogul într-o direcție anumită și urmează a fi utilizate de fiecare dintre jucători la momentul oportun. Prezentarea acestei informații până la finele jocului ar diminua elementul-surpriză și ar prejudicia calitatea dialogului și a jocului în ansamblu. Din aceste considerente, în procesul pregătirii materialelor didactice pentru jocul de rol, este rațională tipărirea rolurilor jucătorilor pe foi separate. Pentru comoditatea *medicului* și *pacientului*, pe foile separate ale acestora poate fi plasată și informația de ordin general din rolul moderatorului. În scopul menținerii controlului asupra jocului, se recomandă ca profesorul să aibă la dispoziție, pe o foaie separată, rolurile tuturor jucătorilor. Este evident că jocul de rol este o acțiune cu caracter creativ și conținutul acestuia va fi completat pe parcursul desfășurării jocului de imaginația participanților. De aceea, informațiile oferite în rolurile medicului și pacientului pot fi considerate doar o bază minimă. În cadrul jocului de rol privind obținerea consimțământului informat al pacientului, *medicul* urmează să asigure completarea formularului *Consimțământului informat al pacientului*, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 303 din 06.05.2010 (Anexa 1 vezi pag. 182), pus la dispoziție de către profesor. La finele acestui exercițiu, auditoriul va evalua rezultatele interviului în baza fișei propuse. Implementarea prezentelor jocuri de rol la Catedra medicină legală a IP USMF „Nicolae Testemițanu” în cadrul modulului *Dreptul medical* a arătat deschiderea și interesul studenților pentru utilizarea lor de mai departe.

Obținerea consimțământului informat al pacientului

Rolul moderatorului

Pacientul (a) Ion (Elena) Salvatorul, în vârstă de 45 de ani, s-a adresat după asistență medicală specializată la Spitalul Clinic Republican, fiind îndreptat (ă) de medic cu diagnosticul *Colecistică cronică*. La momentul examinării acuză dureri acute și senzație de greutate permanentă sub rebordul costal drept, care au apărut după o masă copioasă 2 zile în urmă și nu cedează după administrarea spasmoliticilor. Din anamneză rezultă că are dureri periodice asemănătoare, care au apărut aproximativ cu 5 ani în urmă. Durerile apar, în special după mese copioase și cedează după administrarea de No-Spa. După asistență medicală în legătură cu această problemă nu s-a adresat. La momentul examinării, starea generală este satisfăcătoare. Tegumentele și mucoasele vizibile sunt pal-roze, curate. Cutia toracică este simetrică, respirația nazală – liberă, FR=18 resp./minut, ascultativ – murmur vezicular. Tonurile cordului sunt ritmice, clare, TA 140/90 mmHg, pulsul – 80 b./min. Abdomenul, la palpare, este moale, dureros sub rebordul costal drept, ficatul și splina nu se palpează. Tapotamentul renal nedureros bilateral, eliminările fiziologice sunt fără particularități. Din rezultatul examenului USG al organelor cavității abdominale rezultă *...pereții colecistului sunt îngroșați, în cavitatea lui se conțin multipli calculi cu ecogenitate crescută, cu diametrul de la 0,5cm până la 2,3cm.*

Rolul medicului-curant

Sunteți medic-chirurg de prima categorie cu experiență profesională de 9 ani. Activați în Secția chirurgie abdominală a Spitalului Clinic Republican și sunteți în procesul internării pacientului (ei) Ion (Elena) Salvatorul. Analizați informația expusă de Moderator și obțineți acordul informat al pacientului la intervenția chirurgicală de *Colecistectomie*. Asigurați completarea formularului acordului informat al pacientului la intervenția medicală, aprobat prin ordinul Ministrului Sănătății nr. 303 din 06.05.2010.

Rolul pacientului (ei)

Sunteți pacientul (a) Ion (Elena) Salvatorul, căsătorit (ă), aveți 2 copii minori. Vă aflați în secția chirurgie abdominală a Spitalului Clinic Republican. Ați acceptat internarea în clinică și așteptați discuția cu medicul-curant. Sunteți o fire prudentă și poate chiar relativ fricoasă.

Nu ați suportat vreodată intervenții chirurgicale. Sunteți învățător (oare) de profesie la clasele primare; peste 20 de zile aveți o deplasare cu autocarul în țara vecină. Nu aveți cunoștințe în medicină și nici nu sunteți familiarizat (ă) cu termenii medicali. Suferiți de hipertensiune arterială de 10 ani. Analizați metodele de tratament propuse de medicul-curant și acceptați-o doar pe cea mai optimă pentru dvs. Argumentați alegerea.

Fișa de evaluare a interviului

Alegeți opțiunea pe care o considerați corectă, de la 1 – slab până la 5 – foarte bine.

I. A propus oare medicul toate metodele de tratament valabile acestui caz?

1 2 3 4 5

II. A reușit oare medicul să explice pacientului scopul, caracterul, beneficiile și riscurile fiecărei metode în parte?

1 2 3 4 5

III. A fost oare clar pacientului limbajul utilizat de medic?

1 2 3 4 5

IV. A conștientizat oare pacientul informația expusă de medic?

1 2 3 4 5

V. A fost oare corect întocmit formularul acordului informat al pacientului la intervenția medicală?

1 2 3 4 5

VI. A oferit oare pacientul benevol acordul său informat la intervenția medicală sau decizia a fost luată sub presiunile medicului?

1 2 3 4 5

VII. A fost oare obținut acordul informat al pacientului și pentru înlăturarea vezicii biliare?

1 2 3 4 5

VIII. Au fost oare respectate de către medic principiile etice în procesul comunicării cu pacientul și obținerii acordului său informat?

1 2 3 4 5

IX. Cât de utilă v-a părut metoda jocului de rol pentru dezvoltarea abilităților de obținere și documentare a acordului informat al pacientului la intervenție medicală?

1 2 3 4 5

Sterilizarea chirurgicală

Rolul moderatorului

Gravida Maria S., în vârstă de 26 de ani, mamă a unei fetițe de 3 ani, a fost internată în maternitatea municipală cu diagnosticul *Sarcină 39–40 de săptămâni. Gravitatea a II-a, nașterea a II-a. HIV pozitivă*. În mod planificat, operația cezariană a fost reușit efectuată sub anestezie generală, fiind extras un făt de sex feminin, sănătos cu masa de 3500 gr. și scorul Apgar 7/8 p. A doua zi după operație, medicul obstetrician a vizitat parturienta și nou-născutul și a inițiat o discuție cu pacienta.

Rolul medicului-obstetrician

Sunteți medic-obstetrician de categorie superioară cu experiență profesională de 24 de ani și aveți titlul de doctor în medicină. Activați în maternitatea municipală timp de 21 de ani. Ați asigurat nașterea la gravida Maria S. prin intermediul operației cezariene, realizate sub protecția anesteziei generale. Știind că gravida este HIV pozitivă și mai are o fetiță, în procesul efectuării operației, spontan, ați decis să sterilizați pacienta și ați ligaturat ambele trompe uterine. Informați parturienta despre reușita și volumul intervenției chirurgicale efectuate. Comunicați parturientei despre sterilizarea realizată și argumentați decizia dvs.

Rolul pacientei

Sunteți parturienta Maria S., căsătorită. Ați fost diagnosticată cu HIV 4 ani în urmă. Urmați regulat tratamentul antiretroviral. Soțul și fetița de 3 ani sunt HIV negativi. Copilul nou-născut este dorit. Soțul dvs. își mai dorește un băiat și-i împărtășeți dorința. Sunteți în perioada post-operatorie. Medicul a venit să vă viziteze.

Sarcina pentru grup, enunțată la finele dialogului

1. Analizați acțiunile medicului-obstetrician.
2. Expuneți condițiile legalității sterilizării chirurgicale, prevăzute de art. 31 al Legii ocrotirii sănătății.
3. Care este răspunderea pentru sterilizarea chirurgicală ilegală?

Teste de autoevaluare

Complementul simplu

1. Acordarea asistenței medicale începe cu:
 - a) aflarea acuzelor;
 - b) culegerea anamnezei;
 - c) examenul fizic al pacientului;
 - d) cercetările paraclinice;
 - e) obținerea consimțământului pacientului.
2. Consimțământul pacientului:
 - a) nu este necesar în procesul acordării asistenței medicale;
 - b) este necesar doar pentru anumite categorii de pacienți;
 - c) este necesar pentru orice prestație medicală propusă;
 - d) este necesar doar pentru intervențiile cu caracter invaziv;
 - e) este inutil, deoarece medicul decide singur ce este mai bine pentru pacient.
3. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății pacientului, în lipsa reprezentantului legal sau a rudei apropiate, medicul trebuie să:
 - a) aștepte rudele sau reprezentantul legal al pacientului;
 - b) solicite acordul conducătorului instituției pentru intervenție medicală;
 - c) solicite acordul consiliului pentru intervenție medicală;
 - d) intervină în scopul salvării vieții pacientului;
 - e) solicite acordul juristului instituției pentru intervenție medicală.
4. Pentru pacienții cu vârsta sub 16 ani, consimțământul este oferit de către:
 - a) pedagog;
 - b) reprezentantul său legal;
 - c) consiliul medicilor;
 - d) conducerea instituției medico-sanitare;
 - e) asistentul social.
5. Sunt oare obligați lucrătorii medicali și farmaceutici să acorde ajutor medical de urgență?
 - a) da, indiferent de circumstanțele solicitării;
 - b) doar în cadrul programului său de activitate;
 - c) doar în cadrul instituției medico-sanitare;
 - d) doar în funcție de specialitatea profesată;
 - e) nu sunt obligați.

6. Trebuie oare pacientul informat despre starea sănătății proprii?
 - a) informarea pacientului nu este obligatorie;
 - b) medicul decide volumul informației furnizate pacientului;
 - c) nu toți pacienții au dreptul la informații despre starea sănătății lor;
 - d) informarea pacientului este un drept al său;
 - e) informarea pacientului este o pierdere de timp.
7. Rugămintea pacientului de a fi lipsit de viață prin mijloace medicale (eutanasia):
 - a) poate fi satisfăcută în orice cazuri;
 - b) poate fi satisfăcută pentru anumite categorii de pacienți;
 - c) poate fi satisfăcută pentru pacienții internați în staționare;
 - d) poate fi satisfăcută cu acordul rudelor;
 - e) nu poate fi satisfăcută.
8. Poate oare pacientul să obțină copie de pe documentele sale medicale?
 - a) da;
 - b) nu;
 - c) doar de pe fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu;
 - d) doar de pe fișa medicală a bolnavului de staționar;
 - e) cu acordul directorului instituției medico-sanitare.
9. Pot fi oare divulgate datele cu caracter medical?
 - a) da;
 - b) nu;
 - c) doar după externarea pacientului din staționar;
 - d) doar după finalizarea tratamentului;
 - e) doar după decesul pacientului.
10. Confidențialitatea informațiilor cu caracter medical este asigurată:
 - a) doar de medic;
 - b) doar de asistenta medicală;
 - c) doar de consiliul medicilor;
 - d) doar de infirmieră;
 - e) de toți specialiștii menționați mai sus.
11. Poate oare fi pacientul fotografiat sau filmat fără consimțământul scris al acestuia?
 - a) doar în cazul participării lui la învățământul clinic;
 - b) doar în cazul consultațiilor realizate de academicieni;
 - c) doar la solicitarea motivată a jurnaliștilor;
 - d) doar la solicitarea organelor de urmărire penală sau instanțelor judecătorești;
 - e) este interzis.

12. Lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) antrenează răspundere:
- a) disciplinară;
 - b) contravențională;
 - c) administrativă;
 - d) familiară;
 - e) penală.
13. Lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) în Republica Moldova este:
- a) permisă;
 - b) permisă doar în cazul bolnavilor incurabili;
 - c) permisă doar la pacienții de vârstă a treia;
 - d) interzisă;
 - e) interzisă doar în cazul minorilor.
14. Efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale atrage răspundere:
- a) disciplinară;
 - b) penală;
 - c) contravențională;
 - d) familiară;
 - e) administrativă.
15. Avortul ilegal duce la răspundere:
- a) contravențională;
 - b) disciplinară;
 - c) penală;
 - d) administrativă;
 - e) familiară.
16. Efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei atrage răspundere:
- a) disciplinară;
 - b) contravențională;
 - c) administrativă;
 - d) penală;
 - e) familiară.
17. Neacordarea de ajutor unui bolnav, fără motive întemeiate, atrage răspundere:
- a) penală;
 - b) administrativă;
 - c) disciplinară;

- d) contravențională;
 - e) familiară.
18. Internarea ilegală într-o instituție psihiatrică a unei persoane vădit sănătoase din punct de vedere psihic antrenează răspundere:
- a) administrativă;
 - b) disciplinară;
 - c) contravențională;
 - d) penală;
 - e) familiară.
19. Contaminarea cu maladia SIDA ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare de către un lucrător medical a obligațiilor sale profesionale atrage răspundere:
- a) penală;
 - b) administrativă;
 - c) disciplinară;
 - d) contravențională;
 - e) familiară.
20. Încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale antrenează răspundere:
- a) contravențională;
 - b) administrativă;
 - c) penală;
 - d) disciplinară;
 - e) familiară.
21. Practicarea ilegală a medicinei sau a activității farmaceutice antrenează răspundere:
- a) contravențională;
 - b) administrativă;
 - c) familiară;
 - d) disciplinară;
 - e) penală.
22. Răspândirea bolilor epidemice antrenează răspundere:
- a) contravențională;
 - b) penală;
 - c) familiară;
 - d) disciplinară;
 - e) administrativă.

23. Prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope antrenează răspundere:
- contravențională;
 - disciplinară;
 - penală;
 - familiară;
 - administrativă.
24. Prin boli iatrogene se subînțelege:
- posibilitatea admisă și recunoscută ca generatoare de interpretări greșite;
 - maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale ale medicului;
 - soluție nefavorabilă a intervenției medicale printr-un concurs incidental de împrejurări pe care medicul nu le-a putut prevedea și evita;
 - încălcarea a îndatoririlor profesionale;
 - situația în care medicului nu i se poate reproșa conduita aleasă.
25. Confidențialitatea în practica medicală reprezintă:
- dreptul de a furniza informații secrete la solicitarea instituțiilor mass-media;
 - obligația de a păstra secrete informațiile despre persoane, obținute în exercitarea profesiei;
 - obligația de a păstra secrete informațiile față de pacient;
 - obligația de a informa colectivul de muncă în care activează pacientul;
 - dreptul de a nu informa pacientul despre rezultatele investigațiilor.
26. Este oare necesară obținerea consimțământului pentru absolut oricare act medical?
- nu;
 - doar pentru intervenții chirurgicale;
 - doar pentru copiii până la 18 ani;
 - doar pentru cetățenii străini;
 - da.
27. Sterilizarea chirurgicală poate avea loc doar în baza:
- acordului conducerii instituției medico-sanitare;
 - acordului informat scris al pacientului;
 - deciziei instanței judecătorești;
 - concluziei medico-legale;
 - indicațiilor Ministerului Sănătății.

28. Provocarea avortului ilegal se sancționează:
- contravențional;
 - disciplinar;
 - moral;
 - penal;
 - administrativă.
29. Greșeala medicală presupune:
- posibilitatea admisă și recunoscută ca generatoare de interpretări greșite;
 - soluție nefavorabilă a intervenției medicale printr-un concurs incidental de împrejurări pe care medicul nu le-a putut prevedea și evita;
 - încălcarea a normelor de conduită (îndatoririlor) profesionale;
 - maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale ale medicului;
 - situația în care medicului nu i se poate reproșa conduita aleasă.
30. Eroarea medicală reprezintă:
- maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale ale medicului;
 - încălcarea a îndatoririlor profesionale;
 - situația în care orice alt cadru medical ar fi reacționat identic în condiții similare;
 - soluție nefavorabilă a intervenției medicale printr-un concurs incidental de împrejurări pe care medicul nu le-a putut prevedea și evita;
 - nerespectarea obligațiilor de serviciu ale personalului medical.
31. Modul paternalist de interacțiune dintre medic și pacient se bazează pe:
- superioritatea pacientului față de medic;
 - superioritatea medicului față de pacient;
 - poziția de egalitate (colegială) dintre medic și pacient;
 - superioritatea reprezentantului pacientului față de medic;
 - superioritatea rudelor pacientului față de asistenta medicală.
32. Modul antipaternalist de interacțiune dintre medic și pacient presupune:
- superioritatea medicului față de pacient;
 - superioritatea pacientului față de medic;
 - poziția de egalitate (colegială) dintre medic și pacient;
 - superioritatea reprezentantului pacientului față de medic;
 - superioritatea rudelor pacientului față de asistenta medicală.

Complementul multiplu

1. Activitatea profesională a medicului este reglementată în Republica Moldova de:
 - a) Legea ocrotirii sănătății;
 - b) Legea cu privire la sănătate mentală;
 - c) Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic;
 - d) Legea cu privire la petiționare;
 - e) Legea cu privire la drepturile și obligațiile pacientului.
2. Modul de exprimare a consimțământului poate fi:
 - a) veridic;
 - b) fals;
 - c) implicit;
 - d) colectiv;
 - e) explicit (exprimat).
3. Consimțământul poate fi exprimat de pacient în formă:
 - a) tradițional;
 - b) oral;
 - c) în scris;
 - d) forțat;
 - e) electronic.
4. Consimțământul pacientului incapabil de discernământ este oferit de:
 - a) medic;
 - b) directorul instituției;
 - c) reprezentantul legal;
 - d) președintele Ligii medicilor;
 - e) ruda apropiată.
5. Consimțământul pacientului se atestă prin semnătură de către:
 - a) pacient;
 - b) juristul instituției medico-sanitare;
 - c) consiliul medicilor;
 - d) medicul curant;
 - e) asistenta medicală.
6. Sterilizarea chirurgicală voluntară poate fi efectuată:
 - a) la dorința persoanei;
 - b) cu consimțământul scris al persoanei;
 - c) cu consimțământul verbal al persoanei;
 - d) în instituții medico-sanitare abilitate cu dreptul de efectuare a unor asemenea operații;
 - e) în orice instituții medico-sanitare.

7. Avortul medical poate fi efectuat:
 - a) la dorința persoanei;
 - b) cu consimțământul scris al persoanei;
 - c) cu consimțământul verbal al persoanei;
 - d) în instituții medico-sanitare abilitate cu dreptul de efectuare a unor asemenea operații;
 - e) până la 12 săptămâni de sarcină.
8. În calitate de reprezentant legal al pacientului poate fi:
 - a) instanța de judecată;
 - b) părintele;
 - c) vecinul;
 - d) tutorele;
 - e) pedagogul.
9. Drepturile pacientului se clasifică în:
 - a) economice;
 - b) individuale;
 - c) sociale;
 - d) politice;
 - e) culturale.
10. Pacientul are dreptul:
 - a) la informații cu privire la starea sănătății, metodele de diagnostic și tratament;
 - b) la opinie medicală alternativă;
 - c) la exprimare benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenție medicală;
 - d) să nu comunice personalului medical despre bolile social-periculoase de care suferă;
 - e) la despăgubirea daunelor aduse sănătății.
11. Acordul informat al pacientului trebuie să conțină obligatoriu următoarea informație:
 - a) motivele adresării după asistență medicală;
 - b) scopul și efectul scontat al procedurii medicale;
 - c) metodele intervenției medicale;
 - d) riscul potențial al intervenției medicale și posibilele consecințe;
 - e) variantele alternative de tratament și îngrijire medicală.
12. Refuzul categoric al pacientului pentru intervenție medicală:
 - a) se expune de pacient doar verbal;
 - b) se înscrie obligatoriu în documentul medical;

- c) se înscrie pe orice bilețel de hârtie;
 - d) conține obligatoriu consecințele posibile ale refuzului;
 - e) se semnează de către medic și pacient.
13. Condițiile (temeiurile) apariției răspunderii juridice sunt:
- a) fapta ilicită;
 - b) prejudiciul (rezultatul produs);
 - c) legătura cauzală dintre fapta ilicită și prejudiciu;
 - d) lipsa profesionalismului;
 - e) vinovăția subiectului faptei ilicite.
14. Infracțiunea reprezintă o faptă ce poate fi săvârșită prin:
- a) umilire;
 - b) acțiune;
 - c) inacțiune;
 - d) satisfacție;
 - e) supunere.
15. Potrivit Codului Penal al RM, infracțiunea poate fi săvârșită:
- a) cu gândul;
 - b) cu intenție;
 - c) din lipsa mijloacelor financiare;
 - d) din imprudență;
 - e) din plictiseală.
16. Din infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei, aplicabile activității medicale profesionale fac parte:
- a) lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia);
 - b) provocarea ilegală a avortului;
 - c) efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale;
 - d) neacordarea de ajutor unui bolnav;
 - e) pruncuciderea.
17. Din infracțiunile contra sănătății publice și conviețuirii sociale, aplicabile activității medicale profesionale fac parte:
- a) contaminarea cu maladia SIDA;
 - b) proxenetismul;
 - c) încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale;
 - d) practicarea ilegală a medicinei sau a activității farmaceutice;
 - e) prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice.

18. Avortul medical poate fi efectuat de:
- a) pediatru;
 - b) ginecolog;
 - c) moașă;
 - d) obstetrician;
 - e) orice cadru medical.
19. Drept motive întemeiate, care împiedică acordarea ajutorului unui bolnav și înlătură răspunderea juridică pot fi:
- a) necesitatea de a acorda în același timp ajutor unui bolnav aflat în stare mai gravă;
 - b) aflarea medicului în concediu de odihnă;
 - c) calamitățile naturale;
 - d) boala lucrătorului medico-sanitar însuși;
 - e) aflarea medicului în afara programului de activitate.
20. Pentru contaminarea cu maladia SIDA ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare a obligațiilor profesionale poate fi tras la răspundere:
- a) medicul;
 - b) asistenta medicală;
 - c) felcerul;
 - d) contabilul;
 - e) moașa.
21. Pentru încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale poate fi tras la răspundere:
- a) medicul;
 - b) juristul;
 - c) asistenta medicală;
 - d) felcerul;
 - e) moașa.
22. Încălcarea regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale poate lua următoarele forme:
- a) examinarea insuficientă a bolnavilor;
 - b) întârzierea la serviciu;
 - c) pregătire insuficientă și executarea necalitativă a operației chirurgicale;
 - d) spitalizarea întârziată sau nerealizată;
 - e) administrarea incorectă a preparatelor medicamentoase.

23. În procesul activității medicale pot fi comise următoarele deficiențe:
- organizatorice;
 - individuale;
 - diagnostice;
 - curative;
 - colective.
24. Cauzele generatoare de deficiențe în activitatea medicală pot fi:
- subiective;
 - specifice;
 - individuale;
 - obiective;
 - caracteristice.
25. Bolile iatrogene pot fi de natură:
- economică;
 - politică;
 - psihică;
 - somatică;
 - socială.
26. Modul antipaternalist de interacțiune dintre medic și pacient poate fi realizat prin intermediul mecanismelor de:
- constrângere a pacientului;
 - etică a monologului;
 - interpretare cu etica dialogului;
 - acord informat sau consimțământ al pacientului;
 - luare a deciziei de către medic.
27. Modul paternalist de interacțiune dintre medic și pacient se realizează prin:
- constrângere a medicului;
 - etică a monologului;
 - interpretare cu etica dialogului;
 - acord informat sau consimțământ al pacientului;
 - luarea deciziei de către medic.
28. Avortul ilegal presupune întreruperea cursului sarcinii, săvârșită:
- în afara instituțiilor medicale autorizate în acest scop;
 - de către o persoană care nu are studii medicale superioare speciale;
 - în cazul sarcinii ce depășește douăsprezece săptămâni, în lipsa indicațiilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății;

- d) la solicitarea gravidei;
 - e) în condiții antisănătore.
29. Întreruperea cursului sarcinii după 12, dar până la 21 de săptămâni, poate fi permisă:
- a) la indicații ale instanței de judecată;
 - b) la indicații medicale;
 - c) la minore în toate cazurile;
 - d) la indicații sociale;
 - e) la indicațiile Centrului pentru Drepturile Omului.
30. Drepturile pacientului cuprind următoarele dimensiuni:
- a) drepturi familiale;
 - b) drepturi speciale;
 - c) drepturi individuale;
 - d) drepturi economice;
 - e) drepturi sociale.
31. Personalul medical poate fi tras la răspundere juridică:
- a) facultativă;
 - b) contravențională;
 - c) civilă;
 - d) personală;
 - e) penală.
32. Confidențialitatea trebuie asigurată de:
- a) medic;
 - b) pacient;
 - c) asistentă medicală;
 - d) felcer;
 - e) infirmieră.
33. Modulurile de abordare și de interacțiune dintre medic și pacient sunt:
- a) modul democrat;
 - b) modul paternalist;
 - c) modul liberal;
 - d) modul antipaternalist;
 - e) modul dictatorial.
34. Informațiile medicale trebuie prezentate pacientului într-un limbaj:
- a) indiferent;
 - b) clar;
 - c) terminologic;
 - d) accesibil;
 - e) confuz.

35. Pacienții pot fi limitați legitim în drepturi în următoarele cazuri:
- a) spitalizare și examinare a bolnavilor care suferă de boli psihice;
 - b) examinare medicală obligatorie a persoanelor care donează benevol sânge, substanțe lichide biologice, organe și țesuturi;
 - c) testare la HIV/SIDA ca precondiție de angajare în câmpul muncii;
 - d) spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social;
 - e) izolarea obligatorie a persoanelor aflate în stare de ebrietate alcoolică.

ANEXE

Anexa 1

„INREGISTRAT”

Ministerul Justiției

nr. 763 din 21.06.10

Ministru

Alexandru TĂNASE



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA

ORDIN ПРИКАЗ

mun. Chișinău

„06” 05 2010

Nr. 303

Cu privire la asigurarea accesului la informația
privind propriile date medicale și lista intervențiilor
medicale care necesită perfectarea acordului informat

În conformitate cu art. 11(4) și art. 13(2) al Legii nr.263-XVI din 27 octombrie
2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (Monitorul Oficial al
Republicii Moldova, 2005, nr. 176-181, art. 867),

ORDON:

1. Se aprobă:
 - 1) Instrucțiunea cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale din dosarele medicale, conform anexei nr.1.
 - 2) Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă, conform anexei nr.2.
 - 3) Modelul acordului informat în formă scrisă, conform anexei nr.3.
2. Directorul Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Directorul Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Șeful Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice și private vor asigura executarea prevederilor prezentului ordin.
3. Direcția politici în asistența medicală (dna Tatiana Zatic) va acorda suportul consultativ – metodic necesar în implementarea prezentului ordin;
4. Controlul executării prezentului Ordin se atribuie dlui Octavian Grama, viceministru.

Ministru

Vladimir HOTINEANU

**Instrucțiune
cu privire la modul de eliberare a informației
privind propriile date medicale**

**Secțiunea 1
Dispoziții generale**

1. Prezenta instrucțiune reglementează modalitatea de eliberare a informației din dosarele medicale, de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de forma juridică de organizare, în scopul asigurării accesului pacientului la propriile date cu caracter medical și garantarea confidențialității informațiilor ce țin de secretul medical.

2. În sensul prezentei instrucțiuni, dosarul medical al pacientului reprezintă documentația de evidență medicală primară de ambulatoriu și staționar ce conține informațiile despre starea sănătății fizice și psihice, precum și rezultatele investigațiilor, tratamentelor și îngrijirilor medicale primite.

3. Informația din documentația de evidență medicală primară de ambulatoriu și staționar (în continuare – dosar medical), cu privire la propriile date medicale, la rezultatele investigațiilor, la tratamentele și îngrijirile primite se eliberează personal pacientului, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani, precum și cele declarate incapabile sau cu capacitate de exercițiu limitată – reprezentanților lor legali (rudele apropiate), informând concomitent pacientul în măsură adecvată capacității lui de exercițiu. În cazul când pacientul nu dorește să fie personal informat, la solicitarea acestuia, informația se prezintă persoanei nominalizate de către pacient.

4. În cazul solicitării informației despre datele cu caracter medical a unui pacient decedat, informația se eliberează rudelor apropiate, cu condiția că în acordul informat semnat în timpul vieții de către pacientul decedat nu este indicată expres dorința acestuia referitor la păstrarea confidențialității absolute a datelor despre sănătatea sa.

5. La solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, informația privind propriile date medicale se eliberează în conformitate cu legislația.

6. Responsabil de asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale ale pacientului este conducătorul instituției medico-sanitare.

7. Cheltuielile aferente necesare pentru efectuarea copiilor din dosarul medical sunt acoperite de către solicitant în conformitate cu prevederile articolului 20 al Legii Nr. 982 – XIV din 11 mai 2000 privind accesul la informație („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2000, nr. 88-90, art. 664).

Secțiunea 2

Modul de eliberare a informației privind propriile date medicale

8. Informația privind propriile date medicale poate fi oferită sub forma unui rezumat în scris (extras din fișa medicală de ambulatoriu sau fișa medicală de staționar (F 027 e) și/sau copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale.

9. Informația privind propriile date medicale se eliberează la cererea în scris sau verbală a solicitantului.

10. În cazul când informația este disponibilă extrasul din fișa medicală de ambulatoriu sau staționar, sau copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale se eliberează conform cererii verbale a solicitantului, cu efectuarea mențiunii respective în documentația de evidență medicală primară și confirmarea primirii informației prin semnătura solicitantului și conducătorului instituției medico-sanitare sau subdiviziunii, după caz.

11. În cazul când informația solicitată necesită timp pentru pregătirea acesteia (dosarul medical se află în arhiva instituției medico-sanitare etc.), ea va fi pusă la dispoziția solicitantului, în baza cererii în scris, nu mai târziu de 15 zile de la înregistrarea cererii.

12. Cererea se întocmește pe numele conducătorului instituției medicale și se depune la cancelaria/secretariatul instituției pentru a fi înregistrată în modul stabilit.

13. Cererea scrisă va conține:

- a) datele de identificare a solicitantului;
- b) detalii suficiente și concludente pentru identificarea informației solicitate (date despre aflarea la evidență în instituția dată, date despre perioada tratamentului ambulatoriu/staționar efectuat, date despre perioada de efectuare a investigațiilor etc.);

- c) modalitatea acceptabilă de primire a informației solicitate (extras din fișa medicală de ambulatoriu/staționar, copia integrală sau parțială a fișei medicale).
- d) acordul de a acoperi cheltuielile pentru copiile primite din dosarul medical și modul de primire a informației (expediat prin poștă, personal).

14. Cererea este însoțită de următoarele acte:

- a) buletinul de identitate al solicitantului;
- b) în cazul pacienților care nu au atins vârsta de 18 ani, solicitantul anexează la cererea depusă și copia de pe certificatul de naștere al pacientului și, după caz, copia actului oficial, care atestă dreptul de tutore sau curator al pacientului;
- c) în cazul pacienților declarați prin hotărâre judecătorească incapabili sau cu capacitate de exercițiu limitată, solicitantul va anexa la cerere și copia de pe hotărârea judecătorească și, după caz, copia actului oficial, care atestă dreptul de tutore sau curator al pacientului;
- d) în cazul pacienților care au delegat o altă persoană care să fie informată în locul său, solicitantul va anexa copia de pe procura autenticată notarial.

15. Persoana responsabilă de eliberarea informației din dosarul medical, desemnată prin ordinul conducătorului instituției medico-sanitare, va asigura eliberarea informației solicitate în termenul menționat în punctul 11.

16. În cazul când la momentul ridicării dosarului din arhivă se va depista cererea pacientului decedat la confidențialitate deplină, stipulată în formularul acordului informat îndeplinit în perioada aflării sale în instituția medicală dată, cererea de eliberare a dosarului medical este respinsă, fapt despre care este informat în scris solicitantul, cu anexarea copiei cererii pacientului decedat la confidențialitate deplină.

17. În cazul când nu este posibilă furnizarea datelor medicale, solicitantul este informat în scris, cu indicarea cauzei (dosarul medical lipsește, prezența cererii pacientului despre confidențialitate deplină etc.).

18. Despre eliberarea informației privind propriile date medicale, la cererea scrisă a solicitantului, se înregistrează în Registrul de evidență a corespondenței instituției medico-sanitare și se păstrează la dosar împreună cu cererea în scris a solicitantului, actele anexate de către acesta

și răspunsul în scris către solicitant semnat de conducătorul instituției medico-sanitare.

19. Conducătorul instituției medico-sanitare asigură respectarea prevederilor prezentei Instrucțiuni și este responsabil de organizarea păstrării documentației de evidență medicală primară în conformitate cu actele normative în vigoare în vederea asigurării accesului la propriile date medicale.

**Lista intervențiilor medicale
care necesită perfectarea acordului informat al pacientului**

- I. Intervențiile chirurgicale, inclusiv manopere de mică chirurgie.
- II. Intervenții parenterale, inclusiv imunizări.
- III. Servicii medicale specifice:
 - a) prelevarea sângelui pentru determinarea parametrilor clinici, biochimici, imunologici, serologici;
 - b) recoltarea produselor pentru biopsie, citologie, histologie;
 - c) extracție de corpi străini;
 - d) tratamente locale (badijonaj, lavaj);
 - e) manopere terapeutice (puncție, cateterizare).
- IV. Servicii medicale paraclinice, inclusiv:
 - a) testele intradermale;
 - b) servicii de transfuzie;
 - c) servicii medicale de diagnostic funcțional (cu test farmacologic, de efort sau funcțional, etc.);
 - d) imagistică medicală (metode invazive de diagnostic cu ghidaj ecografic; ecografia cardiacă (ecocardiografie) cu efort fizic, farmacologic, cu contrast, transesofagiană);
 - e) investigații de radiodiagnostic;
 - f) tomografia convențională și computerizată;
 - g) investigații angiografice; medicină nucleară;
 - h) investigații prin rezonanța magnetică nucleară (RMN);
 - i) investigații de diagnostic intraarticulare;
 - j) endoscopia de diagnostic.
- V. Servicii de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice, inclusiv:
 - a) electroterapia;
 - b) aerosolo- și electro-aerosoloterapia;
 - c) fototerapia.
- VI. Tratamente terapeutice cu efecte adverse specifice sau risc sporit.

În funcție de profilul de activitate al instituției medico-sanitare, lista intervențiilor medicale, care necesită perfectarea acordului informat al pacientului, se completează prin ordin intern.

**Modelul
acordului informat la intervenția medicală**

Instituția medico-sanitară publică _____

Eu, subsemnatul _____ prin prezentul
îmi exprim acordul (consimțământul) la următoarele proceduri de diagnos-
tic/tratament prin următoarele metode: _____
caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medicul,

Eu am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin
utilizarea dispozitivelor (aparaturilor) _____

_____,
special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile
vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale,
special pregătite în acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de tratament eu voi fi conectat la
aparaturile (dispozitivul) medical prin intermediul _____
și voi avea senzații _____
(vibrație, mici înțepături, căldură, caracteristice acestor forme de tratament).

Mie mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic și
tratament, care nu au un grad absolut de eficacitate și despre consecințele ne-
dorite ce pot duce, în anumite cazuri, la complicații grave și chiar moarte.
Vor fi luate toate măsurile de preîntâmpinare, care constau în supravegherea
atentă a stării mele de către personalul medical mediu în procesul tratamen-
tului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței me-
dicale de urgență sunt disponibile.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la
toate întrebările mele.

Benevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea pro-
cedurilor descrise. Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice în-
călcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor pri-
mite.

Data _____

Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

Confirm că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și
riscurile procedurilor descrise.

Data _____

Semnătura medicului _____

Republica Moldova
MINISTERUL SANĂTĂȚII

ORDINUL nr. 647
din 21.09.2010

**cu privire la efectuarea întreruperii voluntare
a cursului sarcinii în condiții de siguranță**

Publicat: 10.12.2010 în „Monitorul Oficial” nr. 241-246, art. nr. 948

ÎNREGISTRAT:
Ministerul Justiției
nr. 782 din 9.11.2010
Ministru Alexandru TĂNASE

În scopul asigurării serviciilor calitative și accesibile de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, conform prevederilor articolului 32 al Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 1995, nr. 34, art. 373), articolele 6 și 7 ale Legii nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2001, nr. 90-91, art. 697) și articolele 5 și 9 ale Legii nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2005, nr. 176-181, art. 867),

ORDON:

1. Se aprobă:

- 1) regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, conform anexei 1;
- 2) fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e), conform anexei 2;
- 3) registrul de evidență a intervenției de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-4/e), conform anexei 3.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare:

- 1) vor organiza prestarea serviciilor de întrerupere a sarcinii în conformitate cu prevederile prezentului ordin;
- 2) vor asigura condițiile necesare pentru prestarea serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii;

- 3) vor efectua trimestrial analiza calității serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, cu punerea în discuție anuală la Ședința Consiliului Medical;
 - 4) vor asigura raportarea statistică a efectuării întreruperii voluntare a cursului sarcinii către Centrul Național de Management în Sănătate conform prevederilor prezentului Regulament.
3. Specialiștii principali al Ministerului Sănătății în planificarea familială și obstetrică și ginecologie, în comun cu Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului:
- 1) vor asigura monitorizarea și controlul implementării și realizării prevederilor Regulamentului în cauză;
 - 2) vor efectua, semestrial și anual, analiza efectuării intervențiilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii în instituțiile medico-sanitare din republică, cu prezentarea informației exhaustive privind situația curentă și propuneri privind îmbunătățirea acesteia.
4. Direcția politici asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile a Ministerului Sănătății va asigura suportul consultativ-metodic necesar pentru implementarea prevederilor prezentului ordin.
5. Se abrogă pct.7 din anexa la ordinul Ministerului Sănătății nr. 139 din 28 mai 2002 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară din instituțiile medicale”, Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul 003-1/e).
6. Controlul executării ordinului în cauză se atribuie dlui Gheorghe Țurcanu, viceministrul sănătății.

VICEMINISTRUL SĂNĂTĂȚII

Octavian GRAMA

Nr. 647. Chișinău, 21 septembrie 2010

Anexa 1
la Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 647 din 21 septembrie 2010

REGULAMENT

privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii

Capitolul I. Dispoziții generale

1. Regulamentul pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (în continuare – Regulament) stabilește cadrul normativ de activitate a instituțiilor medico-sanitare privind prestarea serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

2. Noțiunea de întrerupere voluntară a cursului sarcinii este definită prin întreruperea cursului sarcinii bazat pe alegere, atât în baza dreptului femeii la sănătatea reproducerii prin prisma drepturilor omului, inclusiv dreptul femeii la maternitate, precum și la libera alegere a instituției medico-sanitare care prestează servicii de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (în continuare – instituție medico-sanitară), electiv și în baza indicațiilor medicale și sociale, stabilite de Ministerul Sănătății în prezentul Regulament.

Capitolul II. Obiectivele principale

3. Asigurarea accesibilității universale a femeii gravide la servicii de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

4. Asigurarea serviciilor medicale de înaltă calitate de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, fără pericol pentru viața și sănătatea reproductivă a femeii gravide.

5. Promovarea celor mai sigure, inofensive și calitative practici ale îngrijirii în întreruperea voluntară a cursului sarcinii, bazate pe dovezi științifice.

6. Promovarea principiilor și drepturilor esențiale ale femeii gravide în îngrijirile de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (dreptul la consiliere, acord informat, garantarea respectării intimității și confidențialității).

Capitolul III. Organizarea prestării serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii

Secțiunea 1. Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii

7. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 1995, nr. 34, art. 373).

8. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează în instituția medico-sanitară care prestează acest gen de servicii, la alegerea femeii gravide, indiferent de locul de trai sau viza de reședință.

9. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează numai de medicii-specialiști în obstetrică-ginecologie, instruiți în prestarea acestui gen de servicii.

10. Medicii-rezidenți în obstetrică-ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a cursului sarcinii doar sub supravegherea responsabililor pentru instruirea și pregătirea lor.

11. Instituția medico-sanitară garantează accesul liber și nestingherit al femeilor gravide la serviciul de întrerupere voluntară a cursului sarcinii și efectuarea acestuia în condiții de confidențialitate.

12. Instituția medico-sanitară informează fiecare femeie gravidă, care se adresează pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, asupra metodelor, alternativelor, precum și asupra riscurilor existente, conform prevederilor Legii nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2005, nr. 176-181, art. 867).

13. Instituția medico-sanitară efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă sau o referă către altă instituție medico-sanitară care prestează servicii de întrerupere a sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă.

14. Instituția medico-sanitară afișează în loc vizibil și accesibil drepturile pacientului și tarifele intervențiilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, conform actelor normative în vigoare.

15. Medicii obstetricieni-ginecologi, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, vor menține evidența zilnică a pacienților în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (Anexa 3 la ordin).

16. Examinarea la prezența maladiilor sexual-transmisibile și aprecierea gradului de puritate a vaginului, la necesitate, se efectuează înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii, cu prealabila explicare a necesității și acordului informat al pacientei.

17. În cazul depistării proceselor inflamatoare acute și subacute de diverse localizări și a bolilor infecțioase acute, intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii se efectuează după tratamentul acestora, luând în considerație și termenul sarcinii.

18. Femeile gravide, care efectuează o întrerupere voluntară a cursului sarcinii, înainte de efectuarea intervenției își vor exprima consimțământul prin semnarea acordului informat (Anexele 3 și 4 la Regulament), care se anexează la Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (Anexa 2 la ordin).

19. La femeia gravidă cu vârstă sub 16 ani întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează cu consimțământul reprezentantului său legal, conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 1995, nr. 34, art. 373), cu excepția cazurilor când sarcina pune în pericol viața femeii gravide.

20. În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața femeii gravide, când aceasta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesul femeii.

21. Antecedentele medicale și reacțiile alergice ale pacientei, vârsta gestațională (confirmată și consemnată în baza anamnezei menstruale și examenului clinic), semnele vitale înainte și după intervenție (tensiunea arterială, pulsul, temperatura), de asemenea, se înregistrează în Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

22. Grupa sanguină și Rh se determină în cazul în care nu sunt cunoscute și documentate în buletinul de identitate. Femeilor gravide cu Rh negativ li se oferă Imunoglobulină antirezus.

23. Efectuarea/neefectuarea izoimunizării se înregistrează în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere a cursului sarcinii.

24. Consilierea postavort și eliberarea de contraceptive se documentează în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere a cursului sarcinii, cu semnătura de confirmare a pacientei.

25. Medicii obstetricieni-ginecologi, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, la necesitate, vor elibera certificat de concediu medical pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr.469 din 24 mai 2005 „Cu privire la aprobarea instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical” („Monitorul Oficial al Republicii Moldova”, 2005, nr. 77-79, art. 529). La solicitarea pacientei, în certificatul de concediu medical nu se va indica diagnosticul de avort.

26. Despre complicațiile survenite în urma întreruperii voluntare a cursului sarcinii, medicul obstetrician-ginecolog curant, de comun cu șeful subdiviziunii, în mod de urgență anunță conducătorul instituției medico-sanitare, care informează Secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.

27. Instituția medico-sanitară întocmește Raportul statistic nr. 13 „Privind întreruperea de sarcină” (aprobat prin Ordinul nr. 106 din 6 octombrie 2008 al Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova), care se prezintă trimestrial, semestrial și anual către Centrul Național de Management în Sănătate.

28. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se codifică și se raportează după Clasificația Internațională a Maladiilor (CIM) revizia X a OMS.

Secțiunea 2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină

29. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice și private.

30. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă, în perioada primelor 9 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în metoda avortului medicamentos, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice, în secția de sănătate a reproducerii a Centrului Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală.

31. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în perioada primelor 10 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice, în secția de sănătate a reproducerii a Centrului Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală.

32. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii cu termen între 10-12 săptămâni de sarcină se efectuează în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală specializată spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie) prin metoda vacuum aspirării manuale/electrice sau raclaj, dacă metodele de aspirare vacuum nu sunt disponibile.

33. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni cu patologie asociată (cu risc major pentru pacientă) și la pacientele cu vârstă sub 16 ani (indiferent de prezența sau nu a patologiei asociate), se efectuează numai în instituția medico-sanitară ce oferă

asistență medicală specializată spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie).

34. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni se efectuează sub anestezie locală sau generală, la alegerea pacientei, după informarea ei în cadrul consilierii, și exprimarea consimțământului prin semnarea acordului informat.

35. La externare medicul va completa și oferi pacientei Extrasul medical (Formular nr. 027/e), cu menționarea diagnosticului, metodei efectuate pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii și recomandărilor la domiciliu.

Secțiunea 3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni de sarcină

36. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni de sarcină se efectuează doar în instituțiile medico-sanitare publice.

37. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii a 21-a de sarcină se efectuează la indicații medicale (Anexa 1 la Regulament) și sociale (Anexa 2 la Regulament).

38. Instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală specializată de ambulatoriu:

1) asigură prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi, perfectarea Fișei personale a gravidei și lăuzei (formularul nr. 111/e) și perfectarea îndreptării către Compania Națională de Asigurare în Medicină teritorială pentru eliberarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală;

2) asigură efectuarea investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști de profil în argumentarea indicațiilor și asigură evidența cazurilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii a 21-a de sarcină;

3) aprobă prin ordin Comisia Medical-Consultativă în următoarea componență: directorul medical al instituției medico-sanitare publice, medicul curant specialist obstetrician-ginecolog, medicul specialist în medicina internă, șeful secției obstetrică, un jurist din cadrul instituției medico-sanitare publice.

39. Comisia Medical-Consultativă:

1) selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale

prezentate, și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;

2) eliberează trimitere-extras (formularul 027/e), ce servește drept bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrical-ginecologic.

40. Instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală specializată spitalicească:

1) asigură perfectarea Fișei medicale a bolnavului din staționar, Forma nr. 003/e;

2) efectuează evidența fiecărei femeii gravide pentru întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni în Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare, Forma nr. 001/e, și Registrul de înregistrare a intervențiilor chirurgicale în staționar, Forma nr. 008/e;

3) efectuează intervenția de întrerupere a cursului sarcinii.

41. Prezența malformațiilor congenitale la făt va fi confirmată de cel puțin 2 specialiști în ultrasonografie, inclusiv unul din cadrul Centrului Perinatologic de nivelul III până la sfârșitul săptămânii 21 de gestație.

42. În caz de diagnostic incert de malformații congenitale, femeia gravidă se va îndrepta în Centrul Național Sănătatea Reproduserii și Genetică Medicală, pentru confirmarea diagnosticului și oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale.

43. Malformațiile congenitale și aberațiile cromozomiale se confirmă prin examenul patomorfologic al produsului de concepție, cu documentarea (fotografierea) malformațiilor fetale, care se anexează la Fișa medicală a bolnavului din staționar, Forma nr. 003/e.

Anexa 1

la Regulamentul pentru efectuarea
întreruperii voluntare a cursului sarcinii

**Indicațiile medicale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni
și până la sfârșitul săptămânii a 21-a de sarcină**

2. Malformațiile fetale incompatibile cu viața/incurabile.
3. Stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important.
4. Maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide.

Nr. crt.	Denumirea bolii	Forma, stadiul, gradul bolii	Remarcă
1	2	3	4
5	6	7	8
1.	<p>Capitolul I Bolile infecțioase și parazitare: Tuberculoza Tuberculoza aparatului respirator, cu confirmare bacteriologică și histologică Tuberculoza sistemului nervos</p> <p>Tuberculoza altor organe</p>	<p>Toate formele active -//-/- -// - // -</p>	<p>Meningită tuberculoasă contraindicată la întreruperea sarcinii Tuberculoză miliară, contraindicată la întreruperea sarcinii</p>
2.	<p>Sifilisul: Sifilisul recent (primar, secundar) Sifilisul tardiv Alte forme de sifilis, fără precizare</p>	<p>Formele grave</p>	
3.	Hepatita virală		
4.	Rubeola		Primele 3 luni de sarcină
5.	Bolile prin virusul de imunodeficiență umană		După suportarea altor boli infecțioase în primele 3 luni de sarcină, problema întreruperii sarcinii se rezolvă în mod individual

	<p>Capitolul II Tumorile maligne</p> <p>Capitolul III Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar</p> <p>1. Aplazii medulare 2. Anomalia de coagulare, purpură și alte afecțiuni hemoragice</p> <p>Capitolul IV Bolile endocrine, de nutriție și metabolism</p> <p>1. Afecțiunile glandei tiroide Sindromul insuficienței tiroide congenitale 2. Tireotxicoza (hipertiroidia)</p> <p>3. Diabetul zaharat Diabetul zaharat insulino dependent Diabet zaharat la ambii soți 4. Hipoparatiroidia 5. Hiperparatiroidia și alte boli ale glandei paratiroide 6. Tulburări ale glandei suprarenale 7. Fenilcetonurie clasică 8. Amiloidoza</p> <p>Capitolul V Tulburări mentale și de comportament</p> <p>1. Tulburări mentale organice 2. Tulburări mentale și de comportament legate de utilizarea substanțelor psiho-active 3. Schizofrenia, tulburări schizotipale, tulburări delirante 4. Tulburări afective 5. Tulburări specifice ale personalității 6. Retard mintal 7. Alcoolismul 8. Narcomania</p>	<p>Orice formă și localizare</p> <p>Decompensat Forme medii și severe Forma severă</p> <p>Faza activă</p> <p>Cazuri severe</p>	<p>Des recidivante</p> <p>Concluzia dispensarului psihoneurologic</p> <p>Întârzierea mentală medie, severă, profundă</p>
--	--	--	--

	<p>Capitolul VI Bolile sistemului nervos Bolile inflamatoare ale sistemului nervos central</p>		
1.	Meningită bacteriană		
2.	Meningita în cursul unor boli bacteriene clasate la alte locuri		
3.	Meningita în cursul altor boli infecțioase și parazitare clasate la alte locuri		
4.	Meningita datorită altor cauze și neprecizate		
5.	Encefalita, mielita și encefalomi- mielita		
6.	Encefalita, mielita și encefalomie- lita în cursul unor afecțiuni clasate la alte locuri		
7.	Cisticercoza		
	Atrofii primare sistemice afectând în special sistemul nervos central		
1.	Coreea Huntington	Toate formele	
2.	Ataxia ereditară		
3.	Amiotrofia spinală și sindroamele înrudite		
4.	Afecțiuni degenerative sistemice afectând în principal sistemul ner- vos central în cursul unor afec- țiuni clasice la alte locuri		
	Sindroame extrapiramidale și tul- burări ale motricității		
1.	Boala Parkinson		
2.	Sindromul Parkinson secundar		
3.	Alte boli degenerative ale nucle- lor centrale cenușii		
	Alte afecțiuni degenerative ale si- stemului nervos		
	Boli demielinizante ale sistemului nervos central		
1.	Afecțiuni episodice și paroxistice		
2.	Polinevrite și alte afecțiuni ale sistemului nervos		
3.	Neuropatia ereditară și idiopatică		
4.	Afecțiuni musculare și neuromus- culare		
5.	Paralizii cerebrale și alte sindroa- me paralitice		

1.	<p>Capitolul VII Bolile ochiului și anexelor sale Afecțiuni ale scleroticii, corneei, irisului și corpiilor ciliari Keratita Cicatrice și opacități corneene</p>	Forme severe	
2.	<p>Afecțiuni ale choridei și ale retinei Chorioretinita Dezlipirea și ruptura retinei Glaucomul</p>	Formă severă	
3.	<p>Afecțiuni ale nervului și căilor optice Nevrita optică Alte afecțiuni ale nervului și căi- lor optice Afecțiuni ale nervului și căilor optice în cursul unor boli clasate la alte locuri</p>	Orice stadiu	
4.	<p>Tulburări de vedere și cecitate</p>	La ambii ochi Mai puțin de 0,05	
	<p>Capitolul VIII Bolile urechii și apofizei mastoide Bolile urechii interne Otoscleroza Afecțiunile funcției vestibulare</p>		
	<p>Capitolul IX Bolile sistemului circulator</p>	Toate formele	
1.	<p>Reumatismul articular acut Cardiopatia reumatismală cronică Bolile reumatismale ale valvei mitrale Bolile reumatismale ale valvei aortice Bolile reumatismale ale valvei tricuspide Boli multiple valvulare</p>		
2.	<p>Boala hipertensivă Boala ischemică a inimii</p>		
3.	<p>Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare Alte forme de cardiopatii</p>		

<p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p>	<p>Pericardita acută Alte boli ale pericardului Miocardita acută Miocardita în bolile clasate la alte locuri Bloc atrio-ventricular și al ramurii stângi a fasciculusului Alte tulburări de conducere Stopul cardiac Tahicardia paroxistică Fibrilația atrială, flutter Insuficiența cardiacă Anevrismul și disecția aortică Embolia și tromboza arterială Alte afecțiuni ale arterelor și arteriolelor</p> <p>Capitolul X Bolile aparatului respirator Sindromul de suferință respiratorie la adulți Insuficiență respiratorie neclasată la alte locuri</p> <p>Capitolul XI Bolile aparatului digestiv Ulcerul gastric</p> <p>Ulcerul duodenal Ulcerul peptic, cu localizare neprecizată Ulcerul gastrojejunal Hernia abdominală</p> <p>Hernia diafragmatică Alte hernii abdominale Colita ulceroasă Alte gastroenterite și colite neinfecțioase Boala alcoolică a ficatului Boala toxică a ficatului Insuficiența hepatică</p> <p>Hepatita cronică</p>	<p>Stadiile II-III</p> <p>Cu stenoză și hemoragie -/-/-/-/-/- -/-/-/-/-/- -/-/-/-/-/- Cu diastaza peretelui abdominal</p> <p>Forme grave</p>	<p>De dimensiuni considerabile</p>
-------------------------------	--	---	------------------------------------

	<p>Fibroza și ciroza ficatului Litiaza biliară Pancreatita acută Malabsorbția intestinală</p> <p>Capitolul XII Bolile pielii și țesutului celular subcutanat Pemfigusul Pemfigoidele</p> <p>Capitolul XIII Bolile sistemului osteoarticular ale mușchilor și țesutului conjunctiv</p> <p>1. Artropatiile infecțioase 2. Poliartropatiile inflamatoare Artrita reumatoidă seropozitivă Alte artrite reumatoide</p> <p>3. Afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv</p> <p>4. Spondilartrita anchilozantă 5. Osteopatiile și condropatiile</p> <p>Capitolul XIV Bolile aparatului genito-urinar</p> <p>1. Granulopatiile 2. Bolile renale tubulointerstițiale 3. Insuficiența renală 4. Fistulele tractului genital la gravidă</p> <p>Capitolul XV Sarcina, nașterea, lăuzia Mola hidatiformă Hipertensiunea gestațională cu proteinurie importantă Vomă incoercibilă în cursul sarcinii</p> <p>Capitolul XVI 1. Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale 2. Bolile ereditare</p>		<p>Cu insuficiență renală</p> <p>Nașterea copiilor cu aceeași anomalie Existența la un copil a unei boli ereditare</p>
--	--	--	--

Anexa 2
la Regulamentul pentru efectuarea
întreruperii voluntare a cursului sarcinii

**Indicațiile sociale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni
și până la sfârșitul săptămânii a 21-a de sarcină:**

- 1) vârsta femeii gravide de până la 18 ani și după 40 ani;
- 2) sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;
- 3) divorț în timpul sarcinii;
- 4) decesul soțului în timpul sarcinii;
- 5) privațiune de libertate sau de drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;
- 6) femeile gravide aflate în procesul de migrație;
- 7) femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;
- 8) femeile gravide care au în grija lor:
 - a) un copil mai mic de 2 ani;
 - b) unul sau mai mulți membri ai familiei încadrați în gradul I de invaliditate, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității;
- 9) asocierea a minimum 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa surseilor financiare de existență, abuzul de alcool sau/și droguri, acte de violență domestică, vagabondaj.

Anexa 3
la Regulamentul pentru efectuarea
întreruperii voluntare a cursului sarcinii

**Acordul informat
pentru intervenția de aspirație vacuum
electrică sau manuală**

Vacuum aspirația este intervenția prin intermediul căreia conținutul cavității uterine este evacuat prin o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de aspiratorul vacuum electric sau de o sursă manuală de aspirație vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereții uterului și, de aceea, vacuum aspirația este mai puțin traumatică.

Avantajele aspirației vacuum electrice sau manuale

1. Prin această metodă se reduce esențial traumatizarea colului uterin și a endometrului:
 - 1) până la termenul de 7 săptămâni, canula poate fi introdusă în uter fără dilatarea colului uterin;
 - 2) chiuretajul de control al cavității uterine nu este necesar.
2. Examinarea imediată a aspiratului obținut permite de a confirma evacuarea completă a conținutului din uter.
3. Intervenția durează mult mai puțin decât chiuretajul și poate fi efectuată sub anestezie locală.
4. Multiple studii științifice arată că numărul complicațiilor severe și sterilității este mult mai redus în vacuum aspirație față de chiuretaj.

Trebuie să fiți conștientă de faptul că în toate intervențiile chirurgicale, medicale și de diagnosticare există unele riscuri pentru infecție, dereglarea coagulării sângelui, hemoragie, șoc, reacții alergice și chiar moartea.

Riscurile aspirației vacuum electrice sau manuale

1. Hemoragie, care poate cere dilatare și chiuretaj pentru a înlătura cheagurile sau resturile din uter.
2. Avort incomplet sau continuarea sarcinii, care poate necesita o intervenție suplimentară.
3. Infecția uterului, trompelor și a ovarelor.
4. Sterilitate sau incapacitate de a naște copii.
5. Stenoză cervicală cu necesitate de redilatare.
6. Eșecul revenirii la ciclul menstrual.
7. Formarea țesutului cicatrizant intrauterin.
8. Perforarea uterului cu vătămarea uterului, ovarelor, altor organe vecine, care pot necesita intervenție abdominală și operație de restabilire a intestinului, a vezicii urinare, uterului sau a vaselor sangvine sau histerectomia (înlăturarea) uterului.
9. Moartea în urma complicațiilor anesteziei sau intervenției de întrerupere a sarcinii.

Aceste complicații, însă, sunt extrem de rare în aspirarea vacuum electrică sau manuală.

Anestezia implică riscuri și pericole suplimentare, dar aplicarea mijloacelor anestetice este necesară pentru ușurare și protecție de durere în timpul intervențiilor prevăzute și a celor suplimentare. Anestezia, posibil, va trebui să fie modificată fără ca să primiți explicații în timpul

intervenției. În urma folosirii oricărui mijloc anestezic pot surveni probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizia, afectarea creierului și chiar moartea, însă aceste complicații sunt **extrem de rare** și specifice mai mult anesteziei generale.

La alegerea dumneavoastră se aplică anestezia generală sau locală.

Avantajele anesteziei locale

1. Sunteți în contact cu medicul, vă puteți stăpâni propriile emoții.
2. În caz de complicații, diagnosticul este pus imediat, ceea ce este dificil în caz de anestezie generală.
3. Sunteți scutită de riscurile anesteziei generale.
4. Hemoragia în timpul intervenției este mai mică.
5. După intervenție sunteți în conștiință, nu este nevoie de timp ca să reveniți la normal de la starea de somnolență care survine după anestezia generală.

În caz de anestezie locală, în timpul intervenției aspirației vacuum electrice sau manuale veți simți atingerile, dar durerea va lipsi. Poate să persiste senzația de durere moderată în partea de jos a abdomenului (comparabilă cu aceea pe care o aveți în timpul menstruației, când ultima este dureroasă), de o intensitate mai mare sau mai mică, dar aceste crampe sânt absolut suportabile, mai ales că intervenția este de scurtă durată.

Fiind informată despre riscurile și beneficiile anesteziei locale sau generale, eu aleg:

Anestezie locală ____ Anestezie generală _____

Trebuie să știți că în săptămânile care urmează după avort aveți aceleași șanse să deveniți gravidă ca și după o menstruație obișnuită. De aceea este strict necesar să **discutați cu medicul și să alegeți chiar acum o metodă de contracepție.**

Fiind conștientă de decizia de a întrerupe sarcina, cerând întreruperea sarcinii și citind acest formular, eu îmi asum responsabilitatea pentru rezultatul acestei intervenții în comun cu medicii și personalul care oferă aceste servicii și nu voi avea nicio pretenție în cazul survenirii unor complicații din cele enumerate.

Numele pacientei _____

Data

Semnătura

**Acordul informat
pentru avortul medicamentos**

Avortul medicamentos este o modalitate de întrerupere a sarcinii folosind pastile administrate oral. Eu înțeleg că o altă opțiune de întrerupere a sarcinii pentru mine este un avort chirurgical.

Eu înțeleg că, dacă aleg această metodă, eu voi administra 200 mg mifepriston (1 tabletă) pe cale orală în clinică. Eu înțeleg că va trebui să administrez 400 mcg misoprostol (2 tablete) pe cale sublinguală (sub limbă) timp de 30 minute peste 24 ore și eu pot alege să-l administrez la domiciliu sau să revin la clinică pentru a-l administra. Eu înțeleg că va trebui să revin a doua oară la clinică pentru un control peste două săptămâni după prima vizită. Eu pot, de asemenea, veni la clinică oricând, precum și dacă am unele întrebări sau preocupări. Eu înțeleg că pot solicita și voi beneficia de avort chirurgical în orice moment.

Eu înțeleg că multe femei gravide dezvoltă unele efecte adverse de la regimul de inducere a avortului medicamentos utilizat în acest studiu. Eu pot avea greață și pot vomita sau avea diaree. Eu înțeleg că probabil voi avea dureri abdominale sau crampe abdominale și hemoragie. Hemoragia poate fi mai masivă decât cea pe care o am de obicei în timpul menstruației. Eu înțeleg că toate aceste efecte adverse sunt temporare.

Eu înțeleg că regimul de inducere a avortului medicamentos poate eșua să întrerupă sarcina. Eu am fost informată că aceasta se întâmplă în două până la opt procente de cazuri.

Există câteva raportări ale anomaliilor fetale de la femeile gravide care au administrat misoprostol și apoi au decis să ducă sarcinile până la termen. Prin urmare, dacă tratamentul eșuează, eu înțeleg că este foarte recomandabil să fiu supusă unui avort chirurgical. Totuși, dacă eu optez pentru continuarea sarcinii până la termen, eu înțeleg că pot beneficia de asistența prenatală standard oferită de această clinică.

Eu înțeleg că informația despre acest avort va fi păstrată confidențială.

Dacă eu am o urgență medicală în urma intervenției efectuate de întrerupere a sarcinii sau preocupări privind studiul, eu pot apela la _____, la numărul de telefon: _____.

Eu, _____ (tipăriți numele), sunt de acord să obțin avortul medicamentos.

Eu am luat cunoștință de și înțeleg informația din acest formular de acord informat. Eu am primit răspuns la toate întrebările mele; am primit numele persoanei și numărul de telefon la care pot apela în caz de urgență.

Semnătura _____ Data _____

Confirmarea prestatorului

Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Semnătura _____ Data _____



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE AL
REPUBLICII MOLDOVA**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

**ORDIN
ПРИКАЗ**

24.10.05 Nr. 340
mun. Chișinău

Cu privire la sterilizarea
chirurgicală feminină voluntară

În conformitate cu Legea ocrotirii sănătății din 28.03.1995, nr.411-XIII, Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproducerii și planificarea familială din 24.05.2001, nr.185-XV și Codul Penal, în scopul satisfacerii depline a populației în serviciile medicale înalt calificate de sterilizare chirurgicală feminină voluntară,

APROB:

1. Lista indicațiilor și contraindicațiilor medicale pentru efectuarea sterilizării chirurgicale feminine voluntare (Anexa 1).
2. Instrucțiunea privitor la aplicarea metodelor de sterilizarea chirurgicală feminină voluntară (Anexa 2).

ORDON:

1. A considera metoda sterilizării chirurgicale feminine voluntare – o metodă modernă, înalt efectivă și cu pericol minim de contracepție.
2. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu” (dl Ion Ababii), specialistul principal netitular al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, obstetrician-ginecolog (dl Valentin Friptu), directorul IMSP Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, (dna Ludmila Ețco), directorul Centrului Național Științifico-Practic de Sănătate Reproductivă, Genetică Medicală și

Planificare Familială, (dl Veaceslav Moșin), directorul Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, (dl Victor Savin), șeful Secției Sănătate a Primăriei municipiului Bălți, (dl Veaceslav Batîr), directorul Direcției Sănătății și Asistenței Sociale UTA Găgăuzia, (dl Nicolae Cernev), medicii șefi ai raioanelor:

- 2.1. A organiza instruirea specialiștilor în domeniul sterilizării chirurgicale voluntare;
- 2.2. A asigura condițiile necesare și instrumentariul specific a sălilor de ginecologie pentru efectuarea sterilizării chirurgicale voluntare;
- 2.3. A ține la control prelucrarea, dezinfectarea și întreținerea instrumentariului și aparaturii pentru sterilizare chirurgicală voluntară în strictă conformitate cu Instrucțiunea Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă.
3. Se abrogă anexa nr.5 la ordinul nr.152 din 13.08.1994 a Ministerului Sănătății „Despre unele măsuri de ocrotire a sănătății femeii, micșorarea numărului de avorturi în republică”.

Controlul îndeplinirii acestui ordin se asumă viceministrului dlui Borîș Golovin.

Ministru



Valerian REVENCO

***Indicațiile medicale către sterilizarea chirurgicală
feminină voluntară***

Sterilizarea chirurgicală se efectuează doar cu acordul și la cererea confirmată în scris a femeii după unele indicații.

1. Existența a 3 și mai mulți copii vii.
2. Vârsta de 30 de ani și mai mult, cu 2 copii vii.
3. Vârsta mai mare de 40 de ani.
4. Cicatrice pe uter după operație cezariană.
5. Cicatrice pe uter după miomectomie conservativă.
6. Tumori maligne în anamneză de orice localizare.
7. Maladii endocrine congenitale și dobândite: hipotiroidia congenitală și dobândită, diabet zaharat și nezaharat, hipoparatiroidia, hiperparatiroidia, bolile glandelor suprarenale.
8. Maladiile sângelui, ale organelor hematopoetice și unele tulburări ale mecanismului imun.
9. Tulburări mentale și de comportament (în remisie): stări psihice de trecere, apărute în urma maladiilor organice, schizofrenia, stări paranoide, alte psihoze neorganice, dereglări neurotice, dereglări de personalitate, alcoolism cronic (toate formele), toxicomanii (dependență medicamentoasă), retard mental.
10. Maladiile sistemului nervos: atrofii primare sistemice, afectând în special sistemul nervos central, sindroame extrapiramidale și tulburări ale motricității; afecțiuni degenerative ale sistemului nervos, epilepsia, boli demielizante ale sistemului nervos central, afecțiuni musculare și neuromusculare, paralizii cerebrale.
11. Maladiile organelor de simț: dezlipirea și ruptura retinei, chorioretinita, glaucomul cu tensiunea intracraniană mărită, tulburări de vedere și cecitate, miopia de grad înalt, orbirea, dereglări de refracție și acomodatie, nevrita optică, cheratită, bolile urechii interne, bolile nervului auditiv cu progresarea scăderii auzului.
12. Maladiile aparatului circulator (în remisie): pericardita reumatică cronică, bolile (viciile) valvulelor mitrale, aortice, tricuspide cu insuficiență circulatorie, vicii combinate, boli multiple valvulare, boala hipertensivă, boala ischemică a inimii, cardiopatia pulmonară și bolile vaselor

pulmonare, pericardite, miocardite, dereglări de ritm, embolia și tromboză arterială în anamneză, vicii congenitale, stare după comisurotomie, stare după protezarea valvei cordului (fără dereglări circulatorii).

13. Maladiile aparatului respirator: astmul, bronșiectazia, maladiile pulmonilor și pleurei.

14. Maladiile aparatului digestiv: ulcerul gastric și duodenal, sindromul gastrului operat, hepatita cronică, litiaza biliară, alte boli ale vezicii biliare, bolile pancreasului.

15. Maladiile aparatului genito-urinar: glomerulonefrită cronică, pielonefrită, hidronefroză, bolile renale tubulo-interstițiale, fistulele urorecto-genitale și stările după operații în urma acestora.

16. Maladiile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv: artropatii, afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv, artrita reumatoidă și alte artropatii inflamatorii, spondilartrita anchilozantă, osteopatii și chondropatii.

17. Malformații congenitale și anomalii cromozomiale: nașterea repetată a copiilor cu vicii congenitale, nașterea unui copil cu anomalii cromozomiale.

18. Maladii ereditare.

19. Stare după operație cu înlăturarea organului vital necesar (rinichi, pulmon ș.a.).

Contraindicații medicale către sterilizarea chirurgicală feminină

1. Maladii infecțioase acute.

2. Maladii inflamatoare acute sau cronice în faza de acutizare ale organelor genitale.

INSTRUCȚIUNE **despre folosirea metodei chirurgicale de sterilizare voluntară** **a femeii**

Pregătirea către sterilizarea chirurgicală

Sterilizarea chirurgicală voluntară se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi cu pregătire respectivă, în condiții de staționar, secție ginecologie. Înainte de intervenția chirurgicală se necesită următoarele investigații:

- 1) analiza generală a sângelui;
- 2) analiza generală a urinei;
- 3) grupa de sânge, Rh factor;
- 4) consultația anesteziologului
- 5) alte investigații la indicația specialistului.

Înainte de operației se efectuează clister și duș igienic. Înainte de somn se indică somnifere. Dimineața în ziua operației se efectuează clister de evacuare. Cu 30 de minute înainte de operație se administrează premedicația, de obicei, include, promedol (2%) – 1,0, atropin (0,1%) – 1,0, dimedrol (1%) – 1,0.

Metoda de bază în anestezie este anestezia endotraheală. La un șir de paciente se poate administra anestezia epidurală. Sterilizarea endoscopică se poate efectua sub anestezie endotraheală, anestezie intravenoasă, care oferă o relaxare totală a mușchilor bazinului. În unele cazuri se preferă sterilizarea și sub anestezie locală.

Metodele sterilizării chirurgicale feminine voluntare, efectuate în timpul laparatomiei:

- 1) ligaturarea simplă a trompelor uterine;
- 2) strivirea trompelor uterine cu ligaturarea ulterioară a lor;
- 3) despicarea simplă a trompelor uterine între două ligaturi;
- 4) despicarea trompelor uterine între două ligaturi cu afundarea (imersiunea) părților terminale;
- 5) rezecția segmentară a trompelor uterine cu prelucrarea diversă a terminațiilor rămase;

- 6) excizia trompelor uterine în regiunea unghiulară a uterului cu rezecția ulterioară sau înlăturarea lor;
- 7) afundarea (imersiunea) terminațiilor abdominale ale trompelor uterine;
- 8) aplicarea inelelor (elipselor) pe trompele uterine;
- 9) introducerea plutei (dop) în orificiul (delta) trompelor uterine în timpul histeroscopiei.

Ligaturarea simplă a trompelor uterine după Lungren constă în suturarea cu ață de capron mezenterul trompelor uterine la capătul ei distal și ligaturarea ei. Recanalizarea de sine stătătoare a trompelor uterine survine în 18–23% din cazuri.

A 2-a metodă de sterilizare chirurgicală feminină constă în strivirea trompelor uterine cu ligaturarea ulterioară a lor după Madlener. Trompele uterine se iau (se prind) de la mijloc și se aduc anterior sub formă de unghi drept. Apoi se aplică o pensă pe ambele coturi ale trompei uterine și o parte de mezosalpinx dintre ele. Țesuturile se comprimă în așa mod, încât ele să fie ca o foaie de hârtie. Pensa se scoate, porțiunea strivită se ligaturează cu ață de capron. O modificare de sterilizare chirurgicală după Madlener a fost propusă de Waser. Ea se deosebește prin faptul că pensa se aplică nu la baza unghiului format de trompa uterină, dar mai inferior, ceea ce duce la strivirea unei porțiuni mai mari a trompei uterine.

Mai sigure sunt metodele spintecarea sau rezecția trompelor uterine (3, 4, 5, 6).

Despicarea simplă a trompelor uterine între două ligaturi a fost propusă de Thomas și Kerer. Cu un ac cu ață de capron se ligaturează mezenterul trompelor uterine în două locuri la o distanță de 1,5–2 cm în porțiunea din mijloc și se rezectează cu bisturiul ori cu cuțitul electric.

Sterilizarea chirurgicală prin metoda despicarea trompelor uterine între două ligaturi cu afundarea (imersiunea) părților terminale are o mulțime de modificări. Mai des întrebuințată este sterilizarea chirurgicală după Asch. Tehnica acestei metode de sterilizare chirurgicală constă în următoarele: Trompa uterină se ia cu două pense la o distanță de 2–3 cm de la uter și se despică. Porțiunea uterină a trompei se rezectează de la mezenterul trompei uterine la o distanță de 1 cm și se ligaturează cu o ață de capron, cu afundarea ulterioară între foițele ligamentului lat. Capătul distal nu se ligaturează, dar la baza lui se aplică o sutură pentru

hemostază. Apoi se efectuează peritonizarea așa ca porțiunea distală a trompei uterine să rămână liberă.

Mai sigură este sterilizarea chirurgicală după metoda rezecției a unei porțiuni a trompei uterine cu afundarea capetelor lor sub peritoneu. Cea mai cu succes din toate variantele de sterilizare chirurgicală este modificarea după Dutzmann. Se ia cu două pense peritoneul ce acoperă trompa uterină la o distanță de 4 cm una de la alta, astfel încât prima pensă să se aplice la 1 cm de la unghiul uterului. Cu bisturiul se despică peritoneul pe trompa uterină într-o direcție paralelă. Trompa uterină se separă din lojă. Pe sub trompa uterină se aplică două ațe și se ligaturează trompa uterină, sectorul între ligaturi se rezectează. Terminațiile trompei se afundă între foițele ligamentelor late, apoi extremitățile peritoneului se unesc printr-o sutură neîntreruptă.

Separarea trompei din unghiul uterului cu rezecția și înlăturarea ei constă în rezecția porțiunii interstițiale a trompei uterine, în așa fel, încât porțiunea distală a trompei uterine sau se peritonizează (metodele Tossi, Serdiucov, Braude), sau se lasă deschise (metodele Sergheev, Kiparschii). Mai des este folosită metoda după Braude: în mezenterul trompei uterine la o distanță de 2 cm de la unghiul uterului cu o pensă se face o gaură și prin ea se trece o ligatură. Trompa uterină se ligaturează și se rezectează. Porțiunea uterină a trompei se desecă de la mezențer în direcția uterului, din unghiul uterului se rezectează trompa în colț în așa fel ca să nu deschidem cavitatea uterului. Uterul se suturează cu ațe de catgut. Capătul distal al trompei se peritonizează cu ajutorul aceleiași ligaturi cu care a fost suturată. Un capăt de ligatură se trece prin foița ligamentului lat. La ligaturare, trompa uterină se afundă sub plică peritoneului. Prioritatea acestei metode de sterilizare chirurgicale constă în restabilirea ulterioară a trompelor uterine prin implantarea lor în uter. Un moment nefavorabil al acestei metode de sterilizare chirurgicale este formarea cicatricei pe uter.

Rezecția porțiunii ampulare a trompei uterine se efectuează după metoda Mermann și are o întrebuințare limitată. Esența ei constă în următoarele: trompa uterină se separă de mezențer pe tot parcursul, sectorul ampular se desecă și trompele se suturează pe suprafața anterioară a uterului. Sterilizarea chirurgicală de autor era efectuată pe cale vaginală prin fornexul posterior.

Metoda afundării (imersiei) porțiunii ampulare a trompei uterine actualmente importanță practică nu are.

Metodele enumerate de sterilizare chirurgicală se efectuează, ca de obicei, în timpul laparatomiei ca o intervenție chirurgicală adăugătoare. Ca o operație de sine stătătoare se poate efectua prin minilaparatomie. Alegerea metodei depinde de iscusința medicului obstetrician-ginecolog. Este mai binevenită metoda Dutzmann. Toate metodele expuse sunt folosite pentru sterilizarea chirurgicală permanentă a femeii. Dar, trebuie de menționat faptul, că în timpul actual oricând se poate de restabilit permeabilitatea trompelor uterine cu ajutorul microchirurgiei.

Metodele sterilizării chirurgicale feminine voluntare, efectuate în timpul endoscopiei

Sterilizarea chirurgicală voluntară a femeii se efectuează în timpul laparoscopiei sau histeroscopiei.

Sterilizarea chirurgicală laparoscopică

Metodele

1. Electrocoagularea trompelor uterine.
2. Ocluzia mecanică a trompelor uterine.

Fiecare metodă are avantaje, dezavantaje și complicațiile sale. Alegerea uneia din aceste metode depinde de inventarul aflat la dispoziție, iscusința chirurgului, raportul topografo-anatomic în bazinul mic.

Către metodele de electrocauterizare se atribuie:

- 1) diatermia unipolară;
- 2) cauterizarea bipolară;
- 3) coagularea terminală;
- 4) vaporizare cu laser și fotocoagulare.

Diatermia unipolară poate fi folosită în lipsa altor surse tehnice. Temperatura locală a trompei uterine coagulate poate atinge 300–400°, ceea ce e foarte periculos pentru organele și țesuturile învecinate, chiar și traume distale. Profilactica acestor complicații poate fi pneumoperitoneul cu nu mai puțin de 5 litri și spălarea cavității peritoneale cu scop de răcire a zonei coagulate. La posibilitatea efectuării altor metode, diatermia unipolară cu țel de sterilizare trebuie evitată.

Cauterizarea bipolară. Cleștele propuse de Rioux și Kleppingen, exclude apariția arsurilor și deteriorărilor distale, dar temperatura locală este tot așa de ridicată și necesită o mare precauție la îndeplinirea ei.

Metoda se îndeplinește în felul următor: Laparoscopia se efectuează tipic. Se introduce în cavitatea peritoneală sistemul optic al laparoscopului. Se face revizia organelor cavității abdominale și ale bazinului mic. Se apreciază starea trompele uterine (existența aderențelor, creșterea lor cu alte organe, dimensiunile trompelor uterine, diametrul, mobilitatea lor și altele). Se introduc cleștele bipolari de coagulare. Trompa uterina se apucă cu cleștele în porțiunea istmică la o distanță nu mai mică de 2 cm de la unghiul uterului, în așa fel ca brânza deștelor să se afle numai pe trompa uterina. În așa mod vom evita coagularea mezosalpinxului. Apoi se efectuează electrocoagularea trompei uterine în una dintre cele 3 regimuri:

- trompa uterină se coagulează cu două clește câte 15 secunde fiecare;
- trompa uterină se coagulează cu șase clește câte 2,5 secunde fiecare;
- trompa uterină se coagulează cu opt clește câte 1,5 secunde fiecare. Zona de coagulare la regimul 2, 3 constituie 1,5 cm.

Pentru micșorarea riscului de recanalizare a trompelor uterine se poate efectua desecarea trompelor uterine la locul coagulării.

Coagularea termică a fost introdusă de Semm K., pentru micșorarea numărului de complicații, apărute în urma încălzirii țesuturilor. Metoda constă în încălzirea electrică a aței de la clește până la temperatura de 120° sau 140°. În așa fel, cleștele se poate aplica pe trompele uterine timp de 20 secunde în trei părți diferite. Pentru veridicitate se recomandă excizia trompelor uterine.

Vaporizare cu laser și fotocoagulare. La disponibilitatea chirurgiei laser, trompele uterine pot fi excizate cu raze focusate CO₂ a laserului și se petrece absolut fără sângerare și fără complicații.

E posibilă sterilizarea cu ajutorul CO₂ laserului prin laparoscopie. Metoda este efectivă, dar costisitoare.

La disponibilitatea instrumentarului special histeroscopic, sterilizarea poate fi efectuată cu ajutorul endocoagulării trompelor uterine cu un coagulator special, introdus în canalul operator al histeroscopului sub controlul vederii.

Metodele mecanice de sterilizare chirurgicală voluntară

În prezent, metodele mecanice de sterilizare sunt cele mai simple și sigure metode de sterilizare chirurgicală voluntară. Alegerea uneia sau alteia dintre sursele ocluzionale depind de amenajarea tehnică, indicații

și contraindicații. Așadar, pe trompele uterine fixate, fibrozante și edemațiate, aplicarea inelelor Falope este imposibilă, deoarece duce la rezecția, ischemia țesuturilor și la hemoragie.

Tehnica sterilizării chirurgicale laparoscopice cu ajutorul sursei mecanice. În timpul sterilizării chirurgicale, cu ajutorul inelelor Falope se introduce un instrument-aplicator, care are branșe pentru fixarea trompei și inelul elastic, care se îmbracă pe trompa uterină. Porțiunea medie a trompei uterine se fixează cu branșele și se trage în spațiul instrumentului. Inelul îmbrăcat pe aplicator alunecă pe trompa uterină și o strânge. Dacă trompa a fost trasă în spațiul instrumentului insuficient, atunci ea poate fi întinsă cu ajutorul unei pense fixatorii. Inelul îmbrăcat pe trompa uterină, este confecționat din dimetilpolipropilen, cu diametrul de 2,5 mm, diametrul intern de 1 mm, întinzându-se până la 4 mm. Îmbrăcătă pe trompa uterină, se produce o zonă de ischemie locală pe parcursul a 2–3 cm.

Dacă trompa uterină este edemațiată și fibrozată metoda ocluziei mecanice cu ajutorul inelelor nu este binevenită, deoarece poate duce la leziunea și ruptura trompei uterine.

Dintre alte metode mecanice de sterilizare chirurgicală laparoscopică merită atenție ocluzia trompelor uterine cu ajutorul unor elipse speciale Hulka-Clemens, elipse Filshie, clipe Bleiera, elipse Svecke și elipse Tupla.

Aceste elipse sunt confecționate din diverse poliamide, materiale roentgenocontrastate. Se folosesc pe scară largă în diferite țări și sunt efective. Alegerea metodei depinde de asigurarea tehnică a clinicii, experiența chirurgului și indicațiile la sterilizarea chirurgicală.

Numărul recanalizării și eșecului metodei sterilizării chirurgicale depinde de tehnica folosită și constituie la coagularea unipolară 2,6–3,7 de cazuri la 1000 de sterilizări chirurgicale, la cauterizația bipolară – 1,1 la 1000; la coagularea termică (Semm 1983) 0,21–0,4 de cazuri la 1000 de sterilizări. La folosirea metodei mecanice, erorile variază de la 0,9 (la 1000 de sterilizări chirurgicale) până la 1%.

Conduita perioadei postoperatorii

Conduita perioadei postoperatorii a bolnavelor în urma laparotomiei nu are particularități deosebite. Perioada de externare a lor depinde de volumul intervenției chirurgicale.

În cazul sterilizării chirurgicale prin metoda laparotomiei, conduita perioadei postoperatorii a pacienților este identică cu conduita perioadei postoperatorii a bolnavelor operate pe trompele uterine. După sterilizarea

colposcopică, femeile necesită supraveghere medicală timp de 24 de ore, după care poate fi externată la domiciliu. După sterilizarea laparoscopică, femeile se află în staționar timp de 2–3 zile. În diferite țări, această procedură se efectuează în staționarul de zi sau ambulatoriu, ceea ce depinde de asigurarea tehnică a clinicii, experiența și calificarea chirurgului și condițiile de trai ale pacientei.

Complicațiile sterilizării chirurgicale voluntare la femei

Trompele uterine sunt bine vascularizate prin intermediul vaselor ce anastomozează în mezenterul trompelor. De aceea, intervenția chirurgicală, legată de sterilizarea chirurgicală, necesită o adresare delicată cu țesuturile și efectuarea hemostazei sigure.

Vasele care trec prin mezenterul trompelor, pot fi lezate și pot duce la apariția hemoragiei în timpul operației, iar uneori și în perioada post-operatorie. Dacă în timpul efectuării hemostazei s-a produs înțeparea vasului cu acul, atunci poate să se formeze hematom de dimensiuni însemnate.

Sterilizarea endoscopică corect efectuată, duce la apariția complicațiilor minime. Dar nu trebuie de uitat, că la electrocoagularea trompelor uterine pot apărea arsuri ale țesuturilor și organelor învecinate.

La aplicarea inelelor pe trompele uterine este posibilă despicarea trompei cu brânșele instrumentului, ceea ce poate duce la apariția hemoragiei.

Pentru realizarea cu succes a sterilizării chirurgicale voluntare endoscopice a femeii, este necesar de respectat următoarele condiții:

- folosirea instrumentelor calitative;
- pneumoperitoneum adecvat;
- vizualizarea și respectarea tuturor etapelor operației. Pacientele după sterilizarea chirurgicală endoscopică pot acuza dureri moderate în decursul câtorva ore.

În rest, complicațiile la sterilizarea endoscopică sunt legate nemijlocit de situația apărută la diverse etape ale operației: analgezie, aplicarea pneumoperitoneului, manipulații chirurgicale și endocoagularea.

Șefa Direcției Asistență
Medicală Mamei și Copilului

Maria Țăruș

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**
Министерство здравоохранения
Республики Молдова



**MINISTERUL AFACERILOR
INTERNE AL REPUBLICII
MOLDOVA**
Министерство внутренних дел
Республики Молдова

**ORDIN
ПРИКАЗ**

03.11.09

mun. Chișinău
мун. Кишинэу

Nr. 372/388

**Cu privire la măsurile de îmbunătățire a conlucrării
dintre organele ocrotirii sănătății și afacerilor interne**

În scopul informării operative și permanente despre accidentele rutiere, traumatisme, otrăviri, combustii, electrocutare, calamități și alte stări excepționale cu pătimași, inclusiv despre cazurile de tortură, acordarea la timp a ajutorului medical necesar persoanelor cu leziuni corporale ca urmare a unei infracțiuni comise, depistarea persoanelor ce necesită acordarea ajutorului medical de urgență,

ORDONĂM:

1. Directorii Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, șeful Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, conducătorii instituțiilor medico-sanitare, indiferent de apartenență și formă juridică de organizare, vor obliga personalul instituțiilor medico-sanitare subordonate:

1) să informeze imediat organele teritoriale de poliție despre faptul acordării ajutorului medical persoanelor cu leziuni corporale, comise ca urmare a unei infracțiuni asupra lor, în rezultatul accidentelor rutiere sau a morții subite, iar în cazurile adresării cetățenilor drept urmare a unor acțiuni din partea reprezentanților organelor de drept, ce vizează sănătatea și/sau integritatea corporală, să informeze imediat procuratura teritorială sau specializată în a cărei rază se află instituția medico-sanitară;

2) să asigure deplasarea imediată a echipelor de asistență medicală urgentă la locul accidentelor rutiere, incendiilor, inundațiilor etc., anunțate de către populație sau de colaboratorii de poliție;

3) să organizeze asistența medicală persoanelor cu leziuni corporale, în volumul stabilit de actele normative în vigoare, asigurând instituția cu medicamente și dispozitive medicale necesare în cantități suficiente;

4) să asigure controlul asupra plenitudinii și corectitudinii informației transmise organelor teritoriale de poliție și procuraturii.

2. Comisarilor de poliție ai municipiilor Chișinău și Bălți și raioanelor:

1) vor asigura informarea imediată, permanentă și reciprocă a instituțiilor medico-sanitare teritoriale despre accidentele rutiere, incendiile, încălcările ordinii publice și infracțiunile cu pățimași;

2) vor înăspri controlul asupra stării tehnice permanente a transportului predestinat pentru deplasarea la locul accidentelor, calamităților, infracțiunilor;

3) vor asigura controlul asupra plenitudinii și corectitudinii informației primite de la instituțiile medico-sanitare;

4) vor organiza anual desfășurarea unui ciclu de lecții cu efectivul subordonat pe întrebările acordării primului ajutor medical, antrenând ca lectori personalul medical din teritoriu;

5) vor asigura activitatea permanentă a liniilor telefonice directe între unitățile de gardă a comisarariatelor de poliție și a instituțiilor medico-sanitare teritoriale;

6) vor asigura examinarea și luarea deciziilor corespunzătoare la informațiile instituțiilor medico-sanitare în modul stabilit de legislația în vigoare;

7) vor asigura unitățile de gardă și colaboratorii poliției rutiere, serviciului de patrulare și santinelă cu truse speciale pentru acordarea primului ajutor medical de urgență.

3. Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Afacerilor Interne nr.83/92 din 30.03.98 „Cu privire la măsurile de îmbunătățire a conlucrării dintre organele ocrotirii sănătății și afacerilor interne” se abrogă.

4. Prezentul ordin se aduce la cunoștința personalului medical al tuturor instituțiilor medico-sanitare indiferent de apartenență și formă juridică de organizare și efectivului organelor de poliție și procuraturii.

5. Controlul executării prezentului ordin se atribuie viceministrului sănătății (dl Oleg Lozan) și prim-viceministrului afacerilor interne.

Ministrul sănătății

Ministrul afacerilor interne

Vladimir HOTINEANU

Victor CATAN

BIBLIOGRAFIE

1. Apetri L. *Satisfacția pacientului – reflectare a calității serviciilor de sănătate*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr. 5 (20)/2007, p. 69–73.
2. Baciú Gh. *Istoricul medicinei legale în Republica Moldova*. Chișinău, 1997, 96 p.
3. Baciú Gh. *Particularități ale standardizării și valorificării activității medicale*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2008, nr. 1 (23)/2008, p. 11–14.
4. Baciú Gh., Ungurean S. *Rolul medicinei legale în combaterea greșelilor medicale*. În: „Strategia de dezvoltare și reforme a sistemului sănătății din RM în condițiile economice noi”. Chișinău, 1995, p. 34–35.
5. Baciú Gh., Cuvșinov I. *Managementul actual al serviciului medico-legal din Republica Moldova*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr. 6 (21)/2007, p.147–150.
6. Belii A., Lungu O. *Calitatea asistenței anestezice: studiu-pilot*. În: „Curierul Medical”, 2009, nr. 3 (309), p. 33–37.
7. Berinde A. M. ș.a. *Opinii privind noile aspecte ale criteriologiei malpraxi-sului*. În: „Romanian Journal of Legal Medicine”, 2006, nr. 2, vol. XIV, p. 145–151.
8. Brânză S. ș.a. *Drept penal*. Ediția a II-a. Chișinău, Ed. „Cartier”, 2005, vol. 2. 804 p.
9. *Carte românească de învățătură*. Ediție critică. București, 1961, 431 p.
10. Cazacov V. ș.a. *Evaluarea asistenței chirurgicale în RM în 2006*. În: Materialele Congresului X al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM. Chișinău, 2007, p. 227.
11. *Chirurgie (sub redacția lui A. Spânu)*. Chișinău, Tipografia Centrală, 2000, 736 p.
12. Ciocanu M. ș.a. *Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”, 2007, nr. 1 (16)/2007, p. 4–8.
13. *Cod civil (nr.1107)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 82–86 din 22.06.2002.
14. *Cod contravențional (nr. 218)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 3–6 din 16.01.2009.
15. *Cod de procedură penală (nr. 122)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 104–110 din 07.06.2003.
16. *Cod penal (nr. 985)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 128–129 din 13.09.2002.
17. *Constituția Republicii Moldova*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 1 din 18.08.1994.

18. Crasiuc Iu., Russu Gh. *Calitatea serviciilor medicale*. În: „Curierul Medical. 2003, nr. 5, p. 47–53.
19. Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat. *Ordinul MS nr. 303 din 06.05.2010*.
<http://ms.md/files/1634-Ordin%2520nr.%2520300%2520din%252024.07.07%2520cu%2520privire%2201a%2520aprobarea%2520unor%2520acte%2520normative%2520pentru%2520implementarea%2520prevederilor%2520Legii%2520DP.pdf> (vizitat 28.03.2010).
20. Curca G. C. *Răspunderea disciplinară și juridică versus datorie în exercitarea obligației medicale profesionale de confidențialitate*. În: „Educație medicală continuă”, 2005.
<http://www.emcb.ro/article.php?story=20051120172017213> (vizitat 27.01.2010).
21. Cuvșinov I. *Erorile de radiodiagnostic–temei juridic pentru dispunerea expertizei medico-legale în comisie*. În: *Materialele Conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților USMF „N. Testemițanu”*. Chișinău, 2003, p. 203–206.
22. *Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată de ONU la 10 decembrie 1948*. <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (vizitat 13.02.2011).
23. Dermengiu D., Curca C. *Aspecte generale ale practicii medicale și jurisprudenței în obținerea consimțământului la tratament*. În: „Educație medicală continuă”, 2002.
<http://www.emcb.ro/article.php?story=20021117102058000> (vizitat 27.01.2010).
24. Despre implementarea în practica medicală a Standardelor medicale de diagnostic și tratament. *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 235 din 09.06.2008*.
<http://ms.md/files/2299-NEV%2520STADARDE.pdf> (vizitat 17.03.2010).
25. *Dicționar Enciclopedic Ilustrat*. Editura „Cartier”, 1999, 1808 p.
26. Dressler M. L. ș.a. *Eroare, greșeală, stare de necesitate, caz fortuit și risc iatrogen în practica medico-legală*. În: „Etiopatogenia infracțiunilor comise împotriva omului”. Chișinău, 1997, p. 30–34.
27. Ețco C. ș.a. *Unele opinii ale lucrătorilor medicali din AMP privind conduita de supraveghere a copiilor*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr. 6 (21)/2007, p. 77–80.
28. Florea V. *Răspunderea penală pentru infracțiunile medicale*. Chișinău, Ed. „Epigraf”, 2006, 332 p.
29. Florea V. *Infracțiunile medicale împotriva vieții și sănătății pacienților*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr. 6 (21)/2007, p. 238–240.
30. Fronescu E. *Erori de diagnostic în medicina internă*. București, Ed. Medicală, 1970, 279 p.
31. *Legea ocrotirii sănătății (nr.411)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 34 din 22.06.1995.

32. *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (nr. 1585)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 38–39 din 30.04.1998.
33. *Legea privind sănătatea mentală (1402)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 44–46 din 21.05.1998.
34. *Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor (nr. 382)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 073 din 15.07.1999.
35. *Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială (nr.185)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 090 din 02.08.2001.
36. *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (nr. 263)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 176–181 din 30.12.2005.
37. *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic (nr. 264)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 172–175 din 23.12.2005.
38. *Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA (nr. 23)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 54–56 din 20.04.2007.
39. Mereuță I., Gațcan Șt., Roșculeț L. *Responsabilitatea penală în activitatea medicală*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2004, nr. 3 (6)/2004, p. 29–38.
40. Mîdrigan V. *Condițiile legalității riscului medical*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr. 6 (21)/2007, p. 233–236.
41. *Moldova Suverană*, 2008, nr. 138 (531), p. 2.
42. Novac-Hreplenco T., Dodon I. *Bazele legislației în sistemul sănătății publice*. Chișinău, Ed. „Bons offices”, 2006, 246 p.
43. *Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice*. Ratificat prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990. În vigoare din 26.04.1993. Publicat în ediția „Tratate internaționale”, vol. I, p. 30
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/005/03/IMG/NR000503.pdf?OpenElement> (vizitat 13.02.2011).
44. Perju-Dumbravă D. *Bioetică și responsabilitate medicală*. Cluj-Napoca, Ed. „Hipparion”, 1999, 186 p.
45. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (2007–2021)*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 127–130 din 17.08.2007.
46. *Programul formării medicale continue a medicilor și farmaciștilor*. 2009. <http://www.usmf.md/uploads/Downloads/Regulamente/Programul%20FP M.pdf> (vizitat 03.02.2010).
47. Railean D. *Pacienții „plătesc” greșelile medicilor*. În: „Ziarul de gardă”. 2008, nr. 4(165), p. 1.
48. *Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 170–172 din 08.08.2003.

49. Sava V. *Drepturile pacienților în sistemul național de ocrotire a sănătății*. În: „Drepturile pacientului”, 1999, nr. 1(3), p. 1–2.
50. *Sănătatea Publică în Moldova, anul 2007*. Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. Chișinău, 2008, 322 p.
51. *Sănătatea Publică în Moldova, anul 2008*. Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. Chișinău, 2009, 333 p.
52. Scripcaru Gh., Ciornea T., Ianovici N. *Medicină și drept*. Iași, Ed. „Junimea”, 1979. 208 p.
53. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008–2017*. În: „Monitorul Oficial al Republicii Moldova” nr. 8–10 din 15.01.2008.
54. Tetercev V., Ungurean S. *Moartea violentă în spital și greșelile expertale*. În: Materialele Congresului I al medicilor legiști din RM (27–28 septembrie 2001). Chișinău, 2001, p. 96–98.
55. Tetercev V., Ungurean S., Bluvștein Gr. *Problemele expertizei medico-legale în dosarele despre infracțiunile profesionale medicale*. În: Materialele Congresului I al medicilor legiști din RM (27–28 septembrie 2001). Chișinău, 2001, p. 98–99.
56. Țirdea T., Gramma R. *Bioetica medicală în Sănătate Publică*. Chișinău, Ed. „Bons Offices”, 2007, 248 p.
57. Ungurean S. *Medicina legală*. Chișinău, Ed. „Știința”, 1993, p. 403–409.
58. Ungurean S. *Personalul mediu și asistența medicală inadecvată*. În: „Etiopatogenia infracțiunilor comise împotriva omului”. Chișinău, 1997, p. 78–82.
59. Ungurean S. *Asistența medicală inadecvată și responsabilitatea penală*. În: Materialele conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților USMF „N. Testemițanu”. Chișinău, 1997, p. 98.
60. Ungurean S. *Consecințele nefavorabile ale actului medical*. În: Materialele conferinței științifice a farmacologilor din RM Chișinău, 2001, p. 282–283.
61. Ungurean S. *Deficiențe medicale: cauze și consecințe*. Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*, 2001, 123 p.
62. Vicol C. *Opinia populației rurale și medicilor specialiști referitor la calitatea asistenței medicale spitalicești și la medicina prin asigurare*. În: „Sănătate publică, economie și management în medicină”. 2007, nr.6 (21)/2007, p. 155–157.
63. Volovei V., Mocanu V., Ciocanu M. *Sănătatea populației Republicii Moldova: aspecte medico-sociale (realizări, opinii, perspective)*. Chișinău, Prag-3, 2008, 300 p.
64. Акопов В. И. *О состоянии, правовом значении и возможностях повышения уровня контроля качества медицинской помощи на досудебном этапе*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 307–309.

65. Акопов В. И., Новосёлов В. П. *Юридические основы деятельности врача. Медицинское право.* Новосибирск-Ростов-на-Дону, изд. «Наука», 2006, 264 с.
66. Александрова О. Ю. и др. *Объективная непредотвратимость, или как доказать невиновность врача.* В: «Человек и лекарство», 2007, № 2 (28), с. 11.
67. Анютин Р. Г. и др. *Об ответственности врача-оториноларинголога при оказании медицинской помощи в современных социально-экономических условиях.* В: «Вестник оториноларингологии», 2005, №1. <http://www.mediasphera.ru/journals/oto/detail/132/1669/> (vizitat 26.12.2009).
68. Аракелян М. А. *Дефекты оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии и их оценка.* В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 6–8.
69. Аршев П. Г. *К организации экспертизы профессионально-должностных нарушений медработников.* В: «Тезисы докл. 10-й науч. сессии Кишинёвского мед. ин-та». Кишинёв, 1953, с. 82–83.
70. Аршев П. Г. *Задачи экспертизы по делам медицинских работников.* В: «Судебно-медицинские записки». Выпуск I. Кишинёв, 1955, с. 65–71.
71. Арутюнов С. Д., Даллакян В. Ф. *К вопросу о правоотношениях врача-стоматолога и пациента.* В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 9–10.
72. Астраух А. А., Кукушкина И. С. *Современные особенности и дефекты экспертиз в связи с правонарушениями медицинского персонала.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 304–306.
73. Бачу Г. С. *Анафилактический шок от введения новокаина.* В: «Судебно-медицинские записки». Кишинёв, 1971, вып. 5, с. 99–102.
74. Беляев Л. В., Ноздряков К. В. *Алгоритм проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по медицинским документам в акушерско-гинекологической практике.* В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2007, №1, с. 18–21.
75. Богомоллова И. Н., Богомоллов Д. В. *Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи при операциях по поводу опухолей тела матки.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 282–285.
76. Быховская О. А. *Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в условиях крупного города.* Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2002, 24 с.
77. Быховская О. А. *Роль судебно-медицинских комиссионных экспертиз в связи с обвинениями медицинских работников в оценке качества медицинской помощи.* В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 58–59.

78. Быховская О. А., Маградзе Д. Н. *Обоснованность претензий к медицинским работникам, по материалам экспертиз, проведённых по уголовным и гражданским делам в Спб БСМЭ в 2003-2004 гг.* В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 60–61.
79. Васильева З. И. *Ошибка лечащих врачей – причина ошибки эксперта.* В: «Судебно-медицинские записки». Выпуск 5. Кишинёв, 1971, с. 123–124.
80. Вермель И. Г. *Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики).* Свердловск: изд-во Урал, 1988, 112 с.
81. Воропаев А. В., Исаев Ю. С. *Конфликтная комиссия лечебно-профилактического учреждения как способ профилактики судебного разбирательства с пациентом по поводу некачественного лечения.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 290–291.
82. Воропаева И. В., Воропаев А. В. *Особенности судебно-медицинской экспертизы в связи с некачественным оказанием платных медицинских услуг.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 291–293.
83. Герштейн Е. Г. *Страхование профессиональной ответственности.* В: «Человек и лекарство», 2007, № 2 (28), с. 10–11.
84. Головин В. С. и др. *Материалы к вопросу судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 294–296.
85. Громов А. П. *Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников.* Москва, изд. «Медицина», 1969, 78 с.
86. Громов А. П. *Права, обязанности и ответственность медицинских работников.* Москва, изд. «Медицина», 1976, 227 с.
87. Диллис А. Д., Воропаев А. В., Проскурин В. Н. *Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в Иркутской области.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 293–294.
88. Дмитриева О. А. и др. *Судебно-медицинские акушерско-гинекологические экспертизы по делам связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников.* В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2007, №4, с. 24–27.
89. Егизарова С. В. *К вопросу о компенсации морального вреда в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи.* В: Официальный сайт межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов.
<http://www.eyenews.ru/pages.php?id=69> (vizitat 28.01.2010).

90. Елистратова И. В. *Экспертиза дефектов оказания дермато-венерологической помощи*. Автореф. диссертации кандидата мед. наук. Москва, 2008б 26 с.
91. Ерофеев С. В., Новосёлов В. П. *Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2008, №1, с. 35–38.
92. Ерофеев С. В., Тимофеев Д. Н. *Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи в офтальмологической практике*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 303–304.
93. Жаров В. В., Исаев А. И. *К оценке работы отдела сложных комиссионных экспертиз*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2008, №1, с. 33–35.
94. Зальмунин Ю. С. *Врачебные ошибки и ответственность врачей*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Ленинград, 1949.
95. Захаров С. О. *Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2003, 23с.
96. Зыкова Н. А., Ривенсон М. С. *К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 1998, №3, с. 3–6.
97. Исламов Ш. Э. *Производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профессиональным правонарушениям медицинских работников*. В: Материалы III съезда Государственной службы медицинских судебных экспертиз (2–5 июня). Минск, 2009, с. 88–89.
98. Казарян В. М. *Дефекты оказания медицинской помощи при закрытой травме живота*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2008, №4, с. 37–39.
99. Казарян В. М. *Клиническое, медико-правовое и экспертное исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в urgentной абдоминальной хирургии и меры их профилактики*. Автореф. диссертации доктора мед. наук. Москва, 2008, 41 с.
100. Капустин А. В. *О некоторых вопросах оценки тяжести вреда здоровью, причинённого больному вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих профессиональных обязанностей*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 82–83.
101. Клевно В. А., Черкалина Е. Н., Будяков О. С. *Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела*. В: «Актуальные вопросы судебной

- медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 278–280.
102. Кузнецов Ю. Д., Рубина В. В. *Анализ дефектов оказания медицинской помощи хирургическим больным*. В: «Альманах судебной медицины», 2002, №2, с. 84–88.
 103. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. *Медицинская психология*. Москва, изд. Медицина, 1984, 272 с.
 104. Лепяхин В. К. и др. *Врачебные ошибки как причина осложнений лекарственной терапии*. В: «Качественная клиническая практика», 2002, №1. <http://medi.ru/doc/9920111.htm> (vizitat 28.01.2010).
 105. Максимов П. И., Волкова Н. М. *Об ошибках врачей акушер-гинекологов Молдавии по данным Республиканского Бюро Судебно-медицинской экспертизы*. В: «Судебно-медицинские записки». Кишинёв, 1977, с. 118–119.
 106. Малый А. Ю. и др. *Анализ работы комиссии по экспертизе качества изготовления зубных протезов за десять лет (1998–2007) в Москве*. В: «Стоматология», 2008, №6, с. 47–51.
 107. Матышев А. А. *Судебная медицина. Руководство для врачей*. Санкт-Петербург, изд. «Гиппократ», 1998, с. 505–515.
 108. Низий А. В., Юртаева Е. А. *Дефекты диагностики и лечения, выявленные в ЛПУ г. Находка за 2003–2005 гг.* В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». Выпуск 12, часть 1. Новосибирск-Красноярск, 2007, с. 41–44.
 109. Огарков И. Ф. *Профессиональные правонарушения врачей и уголовная ответственность за них*. Ленинград, 1961, 74 с.
 110. Осипенкова-Вичтомова Т. К. *Ятрогенные осложнения при лечении лимфогранулематоза*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 310–311.
 111. Папков В. Г., Тяжлов Н. А., Дубов Ю. В. *Характеристика экспертиз по «врачебным делам» в Рязанской области*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 306–307.
 112. Пашинян Г. А., Талалаев В. Н., Анютин Р. Г. *Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи в оториноларингологии*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2004, №4, с. 3–6.
 113. Пашинян Г. А. и др. *Исторические аспекты отношения врачей к своим профессиональным ошибкам*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2008, №5, с. 44–46.
 114. Пиголкин Ю. И. *Критерии обоснованности врачебного риска и их судебно-медицинская оценка*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2004, №1, с. 3–7.

115. Пирогов Н. И. *Сочинения*. Москва, 1959, т. 2, с. 286.
116. Пономарёва Е. Н. и др. *Трудности диагностики лёгкой черепно-мозговой травмы у лиц с алкогольным опьянением*. В: *Материалы III съезда Государственной службы медицинских судебных экспертиз (2–5 июня)*. Минск, 2009, с. 80–83.
117. *Правила определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2009, №1, с. 8–27.
118. Розман М. С. *Дефекты медицинской документации: значение для наступления гражданско-правовой ответственности лечебно-профилактических учреждений (из практики Ханты-Мансийского городского суда)*. В: «Медицинское Право», 2003, № 4(4), с. 47–50.
119. Ромодановский П. О., Арутюнов С. Д., Тангиева Т. А. *Оценка неблагоприятных исходов оказания стоматологической помощи по вине пациента*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2005, №6, с. 13–16.
120. Самойличенко А. Н., Паньков И. В. *Анализ дефектов медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 300–301.
121. Сапрыкин С. Б., Проценков М. Г. *Некоторые особенности установления причинно-следственных связей между повреждениями и их последствиями при оказании пострадавшим медицинской помощи*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2007, №2, с. 43–44.
122. Северова Е. Я., Велишева Л. С. *Вопросы приобретённой аллергии в судебно-медицинской практике*. Москва, изд. «Медицина», 1972, 160 с.
123. Семенова И. А., Асадуллаев М. Р. *Стандарты учреждения по ведению медицинской документации*. В: «Качество медицинской помощи», 2003, №3, с. 3–11.
124. Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. *Неблагоприятный исход медицинской помощи: оценка причин и условий инцидента*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 301–302.
125. Смирнов В. В., Смирнов Вл. Вл., Костяков А. И. *Значение медицинской документации при проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 288–290.
126. Смирнов Е. В. *Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях*. Ленинград, изд. «Медицина», 1976, 152 с.
127. Стемпурский Ю. Н., Морозов М. Н., Губергриц А. Я. *Методология врачебного диагноза и прогноза*. Киев, изд. «Здоровья», 1986, 88 с.

128. Татаринцев и др. *К вопросу о врачебных ошибках в хирургической практике*. В: «Актуальные проблемы судебной медицины». Москва, 2006, с. 154–157.
129. Томилин В. В., Соседко И. И. *Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2000, №1, с. 3–7.
130. Томилин В. В., Соседко Ю. И. *Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2000, №6, с. 4–8.
131. Томилин В. В., Соседко Ю. И. *Дефекты медицинской помощи, допускаемые частнопрактикующими врачами (предприятиями)*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2001, №4, с. 3–5.
132. Хохлов В. В. *Организация и задачи судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам» на современном этапе*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 285–287.
133. Хрусталёва Ю. А. *Влияние медицинской помощи на установление причинно-следственной связи между травмой и летальным исходом*. В: «Судебно-медицинская экспертиза», 2009, №6, с. 7–10.
134. Чеминава Р. В. *Влияние дефектов медицинской помощи на неблагоприятный исход у больных с острым хирургическим заболеванием*. В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 120–121.
135. Чеминава Р. В. *К вопросу о ятрогении при острых хирургических заболеваниях: медико-правовая квалификация*. В: «Теория и практика судебной медицины». Санкт-Петербург, 2006, с. 121–122.
136. Черников Е. Э., Зарецкий М. М., Черникова Н. М. *Врачебная ошибка: невежество или халатность?* В: Укр. мед. часопис., 2009, № 2(70), с. 70–73.
137. Черкалина Е. Н. *Оценка медицинских документов при проведении комиссионных экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанных с дефектами оказания медицинской помощи новорожденным*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 311–313.
138. Черкалина Е. Н., Баринев Е. Х., Ромодановский П. О. *Значение медицинских документов при проведении комиссионных экспертиз по материалам дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи новорожденным*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики». Выпуск 12, часть 1. Новосибирск-Красноярск, 2007, с. 74–77.

139. Шапкина Н. Б., Саркисян Б. А. *Судебно-медицинская оценка качества оказания хирургической помощи в Кемеровской области*. В: «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе». Москва, 2006, с. 298–300.
140. Шмурун Р. И. *Диагноз и его структура на современном этапе*. В: «Терра Медика Нова», 1999, №3. <http://medi.ru/doc/8790310.htm> (vizitat 28.01.2010).
141. Щеголев П. П. *Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащей медицинской помощи*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Гродно, 1974.
142. Эдель Ю. П. *Врачебные ошибки и ответственность врача (на судебно-медицинском материале)*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Харьков, 1957.
143. Ярема И. В. и др. *Этические и правовые проблемы в ургентной абдоминальной хирургии*. В: «Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова», 2006, №8. <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/266/4049/> (vizitat 26.12.2009).
144. Andrews L. B. et. al. *An alternative strategy for studying adverse events in medical care*. In: "Lancet", 1997, nr. 349, p. 309–313.
145. Appelbaum P. S. *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. In: „The New England Journal of Medicine”, 2007, nr. 18, vol. 357, p. 1834–1840.
146. Aștărăstoaiе V. et. al. *Medical mistakes and their impact on medical care*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 86.
147. Blendon R.J. et. al. *Views of practicing physicians and the public on medical errors*. In: "The New England Journal of Medicine", 2002, nr. 24, vol. 347, p. 1933–1940.
148. Burger I., Schill K., Goodman S. *Disclosure of individual surgeon's performance rates during informed consent*. In: "Annals of surgery", 2007, nr. 4, vol. 245, p. 507–513.
149. Carter D. *The surgeon as a risk factor*. In: "British Medical Journal", 2003, vol. 326, p. 832–833.
150. Darok M. et. al. *Forensic autopsy and medical malpractice – a ten year review*. In: "Journal de medecine legale, droit medical, victimologie, dommage corporel", 2002, nr. 4–5, vol. 45, p. 93.
151. Delbanco T., Bell S. K. *Guilty, afraid, and alone – struggling with medical error*. In: "The New England Journal of Medicine", 2007, nr. 17, vol. 357, p. 1682–1683.
152. Dettmeyer R., Egl M., Madea B. *Medical malpractice charges in Germany – role of the forensic pathologist in the preliminary criminal proceeding*. In: "J. Forensic Sci.", 2005, nr. 50(2), p. 423–427.

153. Di Nunno N. et. al. *Medical malpractice: a study of case histories by the forensic medicine section of Bari*. In: "The Amer. J. of Forensic Medicine and Pathology", 2004, vol. 25, p. 141–144.
154. Duncanson E., Richards V., Luce K. M., Gill J. R. *Medical homicide and extreme negligence*. In: "The American Journal of Forensic Medicine and Pathology", 2009, vol. 30(1), p. 18–22.
155. Gallagher Th. H., Studdert D., Levinson W. *Disclosing harmful medical errors to patients*. In: "The New England Journal of Medicine", 2007, nr. 26, vol. 356, p. 2713–2719.
156. Grozeva M., Nankova V., Valkov G. *Some legal aspects in proving crimes committed as a result of careless performance of medical duties which led to death*. In: The 4th Annual Meeting of the Balkan Academy of Forensic Sciences (8–11 June 2006). Stara Zagora, 2006, p. 43–44.
157. Gundogmus U. N. et. al. *A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey*. In: "Ann. Saudi Med.", 2005, nr. 25(5), p. 404–408.
158. Mallardi V. *The origin of informed consent*. In: "Acta Otorhinolaryngol. Ital", 2005, nr. 5, vol. 25, p. 312–327.
159. Manaouil C., Jardé O. *Information du patient en médecine: bilan de 4 années de jurisprudence*. In: "Journal de Médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel", 2001, nr. 7–8, vol. 44, p. 533–541.
160. Mavroforou A., Michalodimitrakis M. *How to protect a physician from malpractice litigation*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 29.
161. Meisel A., Kuczewski M. *Legal and ethical myths about informed consent*". In: "Arch. Intern. Med", 1996, nr. 22, vol. 156, p. 2521–2526.
162. Palmiere C. et. al. *Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità?* In: "Difesa sociale", 2004, nr. 2(2004), vol. LXXXIII, p. 99–114.
163. Panarese F. et. al. *Le infezioni in terapia intensiva. Aspetti sociali e problematiche medico legali*. In: "Difesa sociale", 2004, nr. 1(2004), vol. LXXXIII, p. 89–105.
164. Paysant F. et. al. *Crime or/and medical fault. Two complicated cases faced by expert*. In: "Journal de médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel", 2002, nr. 4–5, vol. 45, p. 133.
165. Perju-Dumbrava D. et.al. *Medicolegal considerations regarding five alleged cases of malpractice*. In: The 4th Annual Meeting of the Balkan Academy of Forensic Sciences (8–11 June 2006). Stara Zagora, 2006, p. 69.
166. Radoinova D., Balev B. *Factors in current imagine diagnostics related to medical malpractice*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 90.
167. Rogers S. O. et. al. *Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers*. In: "Surgery", 2006, nr. 140(1), p. 25–33.

168. Rougé-Maillart C. et. al. *Mise au point, le devoir d'information du patient: 4 ans après...* In: "Journal de Médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel", 2001, nr. 7–8, vol. 44, p. 541–549.
169. Schwarze Margaret L. *The process of informed consent*. In: "Annals of surgery", 2007, nr. 4, vol. 245, p. 514–515.
170. Sprung C. L., Winick B. J. *Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization*. In: "Crit. Care Med", 1989, nr. 12, vol. 17, p. 1346–1354.
171. Studdert D. M. et. al. *Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation*. In: "The New England Journal of Medicine", 2006, nr. 19, vol. 354, p. 2024–2033.
172. Tartaglia R., Picazio T., Fenyés S. *L'analisi degli errori in medicina: opportunità per migliorarsi o problema per possibili conseguenze giudiziarie?* In: "Toscana medica", 2005, nr. 7, p. 56–59.
173. *To err is human: building a safer health system*. Report of Institute of Medicine of the National Academies. November, 1999.
<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.ashx>
(vizitat 28.02.2010).
174. Trîmbițașu A., Salem A. *Forensic medical expertise in medical faults evaluation – the experience of the romanian superior commission of legal medicine*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 25–26.
175. Vamvakidou S., Notas G., Michalodimitrakis M. *The role of clinical practice guidelines in medical malpractice litigation*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 34.
176. Wilson R. M. et. al. *The quality in Australian health care study*. In: "Med. J. Aust.", 1995, nr. 163(9), p. 458–471.
177. White A. A. et. al. *Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology*. In: „Obstet. Gynecol.”, 2005, nr. 105(5pt1), p. 1031–1038.
178. Yayci N. *The position of the physicians claimed with medical malpractice in Turkey*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2–5 June 2005). Constanța, 2005, p. 87–88.
179. Zhan Ch., Miller M. R. *Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization*. In: "JAMA", 2003, nr. 290(14), p. 1868–1874.

CUPRINS

ABREVIERI	3
CUVÂNT-ÎNAINTE	4
Capitolul 1. ABORDAREA ACTUALĂ A PROBLEMEI CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE	
1.1. Calitatea asistenței medicale și amploarea deficiențelor din activitatea profesională.....	6
1.2. Evaluarea calității serviciilor de sănătate. Termeni și no- țiuni.....	16
1.3. Situația privind tragerea la răspundere juridică a persona- lului medical din Republica Moldova.....	22
Capitolul 2. DEFICIENȚELE CONSTATATE ÎN ACTIVITATEA SPECIALIȘTILOR PROFILULUI CHIRURGICAL DIN REPUBLICA MOLDOVA	
2.1. Frecvența comiterii și structura deficiențelor.....	30
2.2. Deficiențele organizatorice.....	34
2.3. Deficiențele diagnostice.....	36
2.4. Deficiențele tactice.....	47
2.5. Deficiențele curative.....	55
2.6. Deficiențele tehnice.....	59
2.7. Deficiențele documentare.....	59
2.8. Consecințele asistenței medicale.....	82
Capitolul 3. REALIZAREA DREPTURILOR PACIENTU- LUI ȘI RĂSPUNDEREA JURIDICĂ A PERSONALULUI MEDICAL	
3.1. Asigurarea protecției drepturilor pacientului în Republica Moldova.....	88
3.2. Aspectele etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului.....	95
3.3. Gradul de cunoaștere de către chirurghi a legislației națio- nale ce le reglementează activitatea profesională.....	101
3.4. Răspunderea juridică a personalului medical.....	109
DISCUȚII	128
RECOMANDĂRI	141
ASPECTE METODICO-DIDACTICE	144
Actele normative și literatura recomandată	144
Metode interactive de predare	147

<i>Studii de caz</i>	148
<i>Studii de caz cu concluzii medico-legale</i>	160
<i>Jocuri de rol</i>	165
Teste de autoevaluare	169
ANEXE	182
BIBLIOGRAFIE	221