

Drepturile omului

în îngrijirea pacienților

GHID PENTRU PRACTICIENI

ROMÂNIA



Drepturile omului în îngrijirea pacienților

Ghid pentru practicieni

ROMÂNIA

București

Decembrie 2015

Editori

Dana Ududec

Silvia Gabriela Scîntee

Judith Overall

Autori (în ordine alfabetică)

Alexandra Banaș (capitolele 6, 7, 8)

Vadim Chiriac (capitolele 5, 6, 8)

Dana Farcașanu (capitolele 5, 6)

Liviu Fătu (capitolele 6, 7, 8)

Iustina Ionescu (capitolele 6, 8)

Romanița Iordache (capitolele 5, 6, 8)

Georgiana Iorgulescu (capitolele 5, 6, 8)

Silvia Gabriela Scîntee (capitolele 5, 6)

Cristian Vlădescu (capitolele 5, 6)

Dana Ududec (capitolul 6)

Au mai contribuit

Laura Petrescu

Oana David

Sliviu Alexandru Aionesei

Text revăzut de

Roxana Mândruțiu

Material realizat de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate prin Grantul OR2013-07079 oferit de Open Society Foundation prin Programul de Sănătate Publică

Materialul a fost elaborat cu sprijinul tehnic al următoarelor instituții

Centrul de Resurse Juridice

Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice

Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

Drepturile omului în îngrijirea pacienților: ghid pentru practicieni

România / Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate –

Buzău: Alpha MDN, 2015

ISBN 978-973-139-326-1

616-083

CUPRINS

Prefață	4
1 Introducere	9
2 Cadrul internațional pentru drepturile omului în îngrijirea pacienților	17
3 Cadrul regional pentru drepturile omului în îngrijirea pacienților	101
4 Proceduri internaționale și regionale	157
5 Contextul național	183
6 Drepturile și responsabilitățile pacienților în România	193
7 Drepturile și obligațiile furnizorilor de servicii medicale	303
8 Proceduri juridice naționale	333

PREFAȚĂ

Dreptul la sănătate a fost mult timp considerat ca un „drept de a doua generație”, ceea ce înseamnă că nu are forță juridică obligatorie la nivel național și ca atare nu i s-a acordat destulă atenție și nu s-a investit destul în respectarea acestuia. Această percepție, însă, s-a schimbat considerabil având în vedere că din ce în ce mai multe țări includ în constituția lor dreptul la sănătate și elementele cheie ale acestuia printre drepturile fundamentale și executorii și dezvoltă aceste drepturi prin legislația lor națională. Hotărâri judecătorești ale curților naționale, în special din Asia, Africa și America latină, au contribuit semnificativ la aplicarea dreptului la sănătate la nivel național și la stabilirea unei jurisprudențe în acest domeniu.

Deși aceste inițiative pozitive, ca și altele de altfel, de asigurare a celor mai înalte posibile standarde ale sănătății fizice și mintale reprezintă un progres considerabil, dreptul la sănătate pentru toți fără discriminare nu este respectat pe deplin, deoarece, pentru multe grupuri vulnerabile și marginalizate, cele mai înalte posibile standarde de sănătate sunt greu de atins. De fapt, pentru mulți, interacțiunea cu instituțiile medicale și furnizorii serviciilor de sănătate implică discriminare, abuz și încălcarea drepturilor lor fundamentale. Așa cum reiese din raportul asupra consimțământului informat și a dreptului la sănătate pe care l-am înaintat Adunării Generale a ONU, încălcarea dreptului la viață privată și integritate corporală a fost identificată într-o serie largă de contexte. Atât pacienții, cât și medicii au nevoie de sprijin pentru a preveni, a identifica și a remedia încălcarea drepturilor omului în contextul îngrijirilor medicale, în special în acele situații în care inegalitățile de poziție în relația medic-pacient dictate de nivelele diferite de cunoștințe și experiență și de nevoia pacientului de a se încrede în capacitatea medicului sunt exacerbate de vulnerabilitatea datorată diferențelor de clasă socială, gen, etnie sau alți factori socio-economici.

Deși există un număr mare de publicații despre principiile drepturilor omului, foarte puține dintre ele abordează modul de aplicare a principiilor drepturilor omului la nivelul instituțiilor care furnizează servicii de sănătate. În acest context, acest ghid acoperă o nevoie de mult resimțită. Ghidul este realizat pentru instituțiile medicale din țările est europene, dar poate fi utilizat și în afara acestui context, la nivel internațional. Speranța mea este că ghidul va încuraja stabilirea de mecanisme de protecție și acțiuni legale care să împiedice încălcarea drepturilor în contextul îngrijirilor medicale. Pe lângă rolul de a sprijini furnizorii de servicii de sănătate, practicienii din domeniul juridic și activiștii din domeniul sănătății să transpună normele drepturilor omului în practică, ghidul are și rol de a ajuta comunitățile să conștientizeze, să se mobilizeze și să solicite drepturile pe care le au.

Autorii au făcut un serviciu deosebit prin promovarea drepturilor la sănătate. Ei merită toată stima pentru realizarea unei munci atât de laborioase. Fundația pentru o Societate Deschisă, de asemenea, merită mulțumiri pentru finanțarea și publicarea unei lucrări atât de importante. Nu am nici un dubiu că acest ghid al practicianului va determina o mai bună apreciere a rolului pe care respectarea drepturilor omului îl are în furnizarea de servicii medicale de calitate pentru îngrijirea pacienților și se va dovedi, de asemenea, a fi o resursă inestimabilă pentru cei care lucrează pentru realizarea dreptului la sănătate.

Anand Grover, Raportor la Națiunile Unite pentru Dreptul la Sănătate

MULȚUMIRI

Acest ghid este produsul efortului de echipă al unui număr de persoane și organizații dedicate. Ideea realizării ghidului provine din îngrijorarea și convingerea sincere ale acestor persoane cu privire la faptul că, dată fiind poziția dependentă a pacienților în relație cu furnizorii lor de servicii de sănătate, promovarea normelor de drepturile omului în domeniul îngrijirii pacienților va garanta respectarea demnității umane atât a pacienților, cât și a profesioniștilor din domeniul medical.

Le mulțumim în mod special Anei Ayala, lui Oscar Cabrera și lui Brian Honerman (O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University), care au scris și revizuit capitolele privind cadrul internațional și regional. De asemenea, au contribuit la aceste capitole următoarele persoane: Tanya Baytor, Marguerite de Causans, Michelle Robert, Luis Enrique Rosas, Ami Shah, Zachary Turk și Lucy Xi cu cercetare și susținere; Eric Friedman, Aliza Glasner și Susan Kim care au revăzut textul; Susie Talbot (ESCR-Net) care a revăzut textul și a oferit comentarii; precum și Iain Byrne, care a dezvoltat varianta inițială a acestor capitole (și a fost autorul glosarului internațional, împreună cu Judith Overall).

Am beneficiat de susținerea Roxanei Mândruțiu, avocat, care a corectat și revăzut textul ghidului, oferind sugestii importante. De asemenea, suntem recunoscători Laurei Petrescu pentru că a supravegheat traducerea în limba română a Capitolelor 2, 3 și 4 privind cadrul internațional și regional.

În cele din urmă, acest ghid nu ar fi existat fără entuziasmul și dedicarea personală manifestată de Judith Overall, OSF Consultant, JD, MSHA, M.Ed.

Grupul autorilor din România (în ordine alfabetică)

Alexandra Banaș, Vadim Chiriac, Dana Farcașanu, Liviu Fătu, Iustina Ionescu, Romanița Iordache, Georgiana Iorgulescu, Silvia Gabriela Scintee, Cristian Vlădescu, Dana Ududec

RECENZIE

Autorii reușesc să ofere cititorilor ceea ce promite titlul ghidului: un instrument deosebit de util pentru avocați, judecători, medici, alți profesioniști ce au tangență cu domeniul sănătății (furnizori/producători de echipament și dispozitive medicale), precum și pentru toate persoanele interesate de aplicarea drepturilor omului în sănătatea publică și privată.

După sfârșitul celui de-al doilea război mondial, garantarea drepturilor omului a reprezentat o temă majoră a vieții interne a statelor și a relațiilor internaționale. În consecință, această aspirație a devenit un element important al construcției europene. Astfel, au fost adoptate texte fundamentale pentru protecția drepturilor omului, respectiv: Declarația Universală a Drepturilor Omului, Convenția Europeană a Drepturilor Omului, Carta Europeană a Drepturilor Fundamentale, acestea fiind adevărate instrumente juridice de *umanizare* a Uniunii Europene. Între acestea, Carta Europeană a Drepturilor Pacienților este un instrument de *soft law* care contextualizează prevederile internaționale de drepturile omului și le valorifică aplicabilitatea în domeniul îngrijirilor medicale.

Acest ghid reprezintă un adevărat promotor al drepturilor și responsabilităților omului în domeniul sănătății, precum și al mecanismelor de protecție a drepturilor și libertăților (**Capitolul 8** face o analiză amănunțită a procedurilor de urmat în situația încălcării acestor drepturi).

Permițând participanților la actul medical (pacienți și furnizori de servicii medicale) să-și cunoască drepturile și responsabilitățile, ghidul contribuie indirect la îmbunătățirea serviciilor medicale și a stării de sănătate a populației (e.g. cunoașterea de către pacienți a responsabilităților față de protecția sănătății publice duce la prevenirea contaminării și răspândirii diverselor boli contagioase, infecții).

Deși legislația în domeniul sănătății este deosebit de stufoasă și greu digerabilă pentru practicienii dreptului, din cauza multitudinii termenilor medicali, prin stilul clar și coerent de prezentare, acest ghid are meritul de a *face mai accesibil* conținutul normei juridice.

După o trecere în revistă a cadrului legal european și național aplicabil fiecărui drept analizat, autorii prezintă câteva exemple practice de conformare și de încălcare a dreptului, precum și cazuri de practică judiciară, ce se dovedesc foarte utile pentru practicienii dreptului, pentru o înțelegere aprofundată a dreptului analizat și a condițiilor în care poate fi invocat.

Ghidul este foarte bine structurat, cucerește cititorul prin pasiunea pentru detaliu, autorii reușind să ne ofere o prezentare minuțioasă a drepturilor și responsabilităților pacientului, precum și ale furnizorului de servicii medicale, fără să acorde un tratament preferențial celor dintâi.

Și este firesc să fie așa, întrucât conceptul de drepturi ale omului aplicate în contextul îngrijirii pacientului se referă la aplicarea principiilor generale de drepturile omului față de toți actorii implicați în furnizarea serviciilor de sănătate și recunoaște interdependența dintre drepturile pacienților și cele ale furnizorilor.

Dintre drepturile pacienților analizate în **Capitolul 6** enumerăm cu titlu exemplificativ: dreptul la măsuri de prevenție, dreptul de a avea acces la servicii medicale, dreptul la siguranță, dreptul la confidențialitate, dreptul la un consimțământ informat, dreptul la demnitate, dreptul de a nu fi discriminat etc.

Am remarcat cu entuziasm că autorii provoacă cititorul la o aprofundare a subiectelor tratate, prin aducerea în discuție a unor probleme de *conflict* între drepturile pacientului și drepturile furnizorului de servicii medicale (e.g. analizarea legalității refuzului medicilor ginecologi de a furniza serviciul medical legal de avort la cerere, bazat pe art. 33 din Codul de Deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România, drepturile și libertățile aflate în conflict fiind libertatea de conștiință a medicului vs. dreptul pacientei de a avea acces la servicii de îngrijiri medicale).

În **Capitolul 7** al publicației, autorii ghidului detaliază drepturile furnizorilor de servicii medicale (dreptul la condiții de muncă decente, dreptul la libera asociere, dreptul la un proces echitabil etc.), insistând asupra legăturii strânse între drepturile acestora și drepturile pacienților (e.g. dreptul medicului la condiții de muncă

decente se află în corelație cu dreptul pacientului la siguranță).

Concluzionând, apreciez că acest ghid este un instrument deosebit de valoros atât pentru practicienii dreptului (avocați, judecători, procurori), cât și pentru actorii implicați în actul medical (pacienți, personal medical). Recomandarea mea pentru cititori este de a acorda o atenție sporită acestui ghid, mai ales datorită subiectului tratat: drepturile omului aplicate în contextul îngrijirii pacientului.

Dra. Roxana Mândruțiu, avocat



1.1 Introducere

1.2 Prezentare generală a ghidului

1.3 Abrevieri

1.4 Tabel privind ratificarea tratatelor

1

Introducere

1.1 Introducere

Acest ghid face parte dintr-o serie publicată în cooperare cu Inițiativa pentru Sănătate și Drept a Programului de Sănătate Publică al Fundațiilor pentru o Societate Deschisă (FSD), Programul de Granturi pentru Drepturile Omului și Guvernare al FSD, Proiectul Rusia al FSD și Fundațiile Soros din Armenia, Georgia, Kazahstan, Kirgîzstan, Macedonia, Moldova, România, Rusia, Serbia și Ucraina. Conceput ca un manual de practică pentru juriști, acesta are scopul de a explica procedura de utilizare a instrumentelor legale pentru protecția drepturilor elementare în furnizarea serviciilor medicale. Ghidul trece în revistă în mod sistematic diverse prevederi constituționale, prevederi din legi/ordonanțe, regulamente, reglementări secundare, și dispoziții aplicabile pacienților și furnizorilor de servicii de îngrijiri de sănătate, și le grupează în funcție de drepturi sau responsabilități. De asemenea, ghidul prezintă exemple și cazuri concrete din practica juriștilor.

Scopul ghidului este de a îmbunătăți gradul de cunoaștere al instrumentelor juridice existente și care pot fi folosite la remedierea abuzurilor în îngrijirea pacienților. Dacă este implementată în mod corect, legislația în vigoare are potențialul să abordeze încălcările răspândite ale drepturilor la consimțământ informat, la confidențialitate, la viață privată și la non-discriminare. Deoarece acest lucru poate fi realizat prin mecanisme formale și informale, ghidul de față acoperă tema apărării drepturilor în instanță, precum și căile alternative de protecție a drepturilor, cum ar fi Avocatul Poporului. Sperăm că avocații și alți profesioniști vor găsi această carte o referință utilă, într-un spațiu juridic în continuă schimbare.

Acest ghid folosește conceptul “drepturile omului în îngrijirea pacienților”, care cuprinde atât drepturile pacienților, cât și cele ale furnizorilor de servicii de îngrijiri de sănătate. Conceptul drepturilor omului în îngrijirea pacienților se referă la aplicarea principiilor generale ale drepturilor omului tuturor părților implicate în serviciile de îngrijiri de sănătate. Aceste principii generale ale drepturilor omului pot fi regăsite în tratatele internaționale și regionale, cum ar fi Pactul Internațional privind Drepturile Politice și Civile, Pactul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale, Convenția Europeană pentru Protecția Drepturilor și Libertăților Fundamentale ale Omului și Carta Socială Europeană. Aceste drepturi sunt universale și pot fi aplicate atât în domeniul îngrijirilor de sănătate, cât și în alte domenii.

1.2 Prezentare generală a ghidului

Capitolele 2 și 3 ale ghidului cuprind legislația internațională și regională care reglementează drepturile omului în îngrijirea pacienților. Acestea examinează instrumentele juridice cu forță obligatorie (*hard law*) și fără forță obligatorie (*soft law*) relevante și oferă exemple de cazuri și interpretări ale prevederilor din tratate internaționale. Aceste două capitole sunt organizate în mod identic în jurul anumitor drepturi ale omului ce pot fi aplicabile atât pacienților, cât și furnizorilor de servicii medicale. Este vorba despre următoarele drepturi: dreptul la libertatea și securitatea persoanei; la viață privată; la informare; integritate corporală; la viață; la cele mai înalte standarde de sănătate posibile; dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante; la participarea la formularea politicilor publice; la non-discriminare și egalitate pentru pacienți; dreptul de a lucra în condiții decente; libertatea de asociere; și dreptul la un proces echitabil pentru furnizori. Capitolul 4 conține informații despre procedurile internaționale și regionale pentru protecția acestor drepturi.

Capitolele 5, 6, 7, și 8 sunt specifice situației din România. Capitolul 5 clarifică statutul legal al tratatelor internaționale și regionale ratificate, semnate sau adoptate de România, explică folosirea precedentelor, și include o descriere succintă a sistemului judiciar și a sistemului de sănătate. Capitolul 6 se referă la drepturile și responsabilitățile pacienților. Secțiunea privind drepturile pacienților este organizată conform Cartei Europene a Drepturilor Pacienților, completată cu alte drepturi specifice României, care nu sunt cuprinse de Cartă. Elaborată în 2002 de Rețeaua Active Citizenship - o rețea europeană a organizațiilor civile, ale consumatorilor și ale pacienților - Carta Europeană a Drepturilor Pacienților nu este în sine un instrument juridic cu forță obligatorie, însă este privită pretutindeni drept cea mai clară și cuprinzătoare declarație a drepturilor pacienților. Carta încearcă să transpună documentele regionale privind sănătatea și drepturile omului în 14 prevederi concrete pentru pacienți: dreptul la măsuri preventive, acces, informare, consimțământ informat, alegere liberă, viață privată și confidențialitate, respect față de timpul pacienților, respectarea standardelor de calitate, securitate, inovație, evitarea suferinței și durerii nenesesare, tratament personalizat, dreptul de a formula plângeri și dreptul la compensare. Aceste drepturi au fost folosite în calitate de punct de referință pentru a monitoriza și evalua sistemele de îngrijiri de sănătate din Europa și drept model pentru legislațiile naționale.¹ Capitolul 6, prin urmare, folosește drepturile enumerate în Carta Europeană a Drepturilor Pacienților drept principiu organizator, iar pentru fiecare drept, sunt prezentate și analizate prevederile obligatorii aplicabile în cadrul legislației naționale. În final, prezentările acestor drepturi conțin trimiteri la formulări mai generale ale drepturilor din capitolele internaționale și regionale corepunzătoare. Capitolul 7 abordează drepturile și responsabilitățile furnizorilor de servicii, inclusiv drepturile de a lucra în condiții decente, libertatea de asociere, dreptul la un proces echitabil, și alte drepturi relevante specifice României.

Capitolul 8 prezintă mecanismele naționale pentru exercitarea drepturilor și responsabilităților pacientului și furnizorului. Acestea cuprind procedurile administrative, civile și penale, precum și mecanismele alternative, cum ar fi Avocatul Poporului, Ministerul Public.

1. Vedeți capitolul 3 pentru mai multe informații privind Carta Europeană a Drepturilor Pacienților

Utilizarea Ghidului

Ghidul este destinat drept resursă atât în caz de litigii, cât și pentru formarea profesioniștilor. În mod special, ghidul poate fi util programelor educaționale ale clinicilor juridice. Deși destinat pentru juriști, acesta poate prezenta interes și medicilor, managerilor din domeniul sănătății publice, angajaților Ministerelor Sănătății și Justiției, grupurilor de protecție a drepturilor pacienților, și chiar pacienților care doresc o înțelegere aprofundată a bazei legale privind drepturile și responsabilitățile pacienților și ale furnizorilor, și mecanismele disponibile pentru aplicarea legii.

Site-urile web de referință

Domeniul drepturilor omului în îngrijirea pacienților se schimbă și evoluează constant, necesitând actualizări permanente ale acestor ghiduri. Versiunile electronice ale ghidurilor vor fi actualizate periodic pe site-ul <http://www.health-rights.org/>. Această pagină web internațională oferă legături către paginile web ale țărilor care includ resurse adiționale colectate de către grupurile de lucru naționale care au pregătit fiecare ghid. Acestea includ legi și regulamente relevante, cazuri practice, instrumente și exemple de formulare, și sfaturi practice pentru avocați. Site-urile web, de asemenea, oferă un mod de a conecta avocații, furnizorii de servicii de sănătate, și pacienții preocupați de drepturile omului în îngrijirile de sănătate. Fiecare site web oferă un mecanism de a furniza feedback asupra ghidurilor.

Nota autorilor

Materialul din acest ghid reprezintă punctele de vedere ale unui grup de lucru multidisciplinar, compus din experți medicali și juriști. Ghidul nu are forță juridică și nici nu substituie consilierea legală a unui jurist profesionist. Mai degrabă, acesta reprezintă încercarea autorilor de a captura starea curentă a legislației și practicii juridice în domeniul drepturilor omului raportată la îngrijirea pacienților în România. Autorii încurajează orice comentarii legate de erori, omisiuni, sau sugestii propuse pentru ghid, precum și întrebări legate de modul de aplicare a dreptului la un caz particular.

După cum exemplifică acest ghid, domeniul drepturilor omului în îngrijirea pacienților este unul nou și în dezvoltare în România. Multe dintre prevederile juridice menționate în ghid nu au fost interpretate de către instanțe, iar cele care au fost rămân încă deschise viitoarelor aplicări și interpretări. Există în continuare mari lacune în înțelegerea modului în care drepturile omului în îngrijirea pacienților se aplică efectiv în practică. Acest ghid reprezintă, prin urmare, un punct de pornire pentru cercetări de natură juridică, și nu un răspuns final. Sperăm că acest ghid va atrage noi profesioniști către domeniul drepturilor omului în îngrijirea pacienților, iar edițiile ulterioare vor fi mai bogate în elaborarea noțiunilor de protecție juridică a acestor drepturi.

1.3 Abrevieri

ABREVIERE	TITLU
CJUE	Curtea de Justiție a Uniunii Europene
C Civ.	Codul civil
CCR	Curtea Constituțională a României
CEDO	Convenția Europeană a Drepturilor Omului
CMR	Colegiul Medicilor din România
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CP	Codul penal
CPC	Codul de procedura civilă
CPP	Codul de procedură penală
CPSS	Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate
CPU	Compartiment de primiri urgențe
CRJ	Centrul de Resurse Juridice
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
DSP	Direcție de Sănătate Publică
CEIP / ECPI	Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice / Euroregional Center for Public Initiatives
CEDP / ECPR	Carta Europeană a Drepturilor Pacienților / European Charter of Patients Rights
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
HG	Hotărâre de Guvern
ICCJ	Înalta Curte de Casație și Justiție
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
INTS	Institutul Național de Transfuzie Sanguină
L	Lege
MS	Ministerul Sănătății
OAMGMAMR	Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
OG	Ordonanță de Guvern
OMS/WHO	Organizația Mondială a Sănătății / World Health Organisation
OUG	Ordonanță de urgență
UE	Uniunea Europeană
UPU	Unitate de primiri urgențe

1.4 Tabel privind ratificarea tratatelor

DOCUMENTE	Data aderării	Data semnării	Data ratificării	Data intrării în vigoare	Legislația națională aplicabilă	Rezerve
INTERNAȚIONALE						
Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR)		27.06.1968	09.12.1974		Decret nr. 212 din 31.10.1974	
Protocolul opțional la Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR – OP)			20.07.1993	20.08.1993	Legea nr. 39 din 28.06.1993	
Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR)		27.06.1968	09.12.1974		Decret nr. 212 din 31.10.1974	
Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW)		04.09.1980	07.01.1982		Decretul nr. 342 din 26.11.1981	
Convenția Internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (CERD)	15.09.1970		14.07.1970	28.07.1970	Decret nr. 345 din 14.07.1970	*Rezervă retrasă prin Legea nr. 144 din 09.07.1998
Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT)	18.12.1990		09.10.1990	10.10.1990	Legea nr. 19 din 09.10.1990	
Protocolul opțional la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT – OP)		24.09.2003	02.07.2009		Legea nr. 109 din 14.04.2009	
Convenția cu privire la drepturile copilului (CRC)		25.01.1990	28.09.1990	28.09.1990	Legea nr. 18 din 27.09.1990, republicată la 13.06.2001	
Convenția Internațională pentru Protecția Drepturilor Tuturor Lucrătorilor Migrantși și a Membrilor Familiilor Acestora (ICMW)						
Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD)		26.09.2007	31.01.2011	31.01.2011	Legea nr. 221 din 11.11.2010	

SECȚIUNEA 1.4 TABEL PRIVIND RATIFICAREA TRATATELOR

DOCUMENTE	Data aderării	Data semnării	Data ratificării	Data intrării în vigoare	Legislația națională aplicabilă	Rezeve
EUROPENE (REGIONALE)						
Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: Convenția din 1997 privind drepturile omului și biomedicina		04.03.1997	24.04.2001	01.08.2001	Legea nr. 17 din 22.02.2001	
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la interzicerea clonării ființelor umane		12.01.1998	24.04.2001	01.08.2001	Legea nr. 17 din 22.02.2001	
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la transplantul de organe și țesuturi de origine umană		20.02.2015				
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la cercetarea biomedicală		17.07.2006				
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina vizând testările genetice în scopuri medicale						
Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (CEDO)		07.10.1993	20.06.1994	20.06.1994	Legea nr. 30 din 18.05.1994	
Carta socială europeană 1961		04.10.1994				
Carta socială europeană 1996		14.05.1997	07.05.1999		Legea nr. 74 din 03.05.1999	
Convenția-cadru din 1995 pentru protecția minorităților naționale		01.02.1995	11.05.1995	01.02.1998	Legea nr. 33 din 29.04.1995	
Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene		13.12.2007		01.01.2009	Legea nr. 13 din 07.02.2008	



2.1 Introducere

2.2 Izvoare de bază

2.3 Drepturile pacienților

2.4 Drepturile furnizorilor de servicii de sănătate

2

Cadrul internațional pentru drepturile omului în îngrijirea pacienților

2.1 Introducere

Acest capitol prezintă principalele standarde care protejează drepturile omului privind îngrijirea pacienților pe plan internațional și examinează modul în care organismele de monitorizare a Organizației Națiunilor Unite (ONU) au interpretat aceste standarde. Capitolul este împărțit în trei secțiuni. Prima secțiune prezintă cele mai importante izvoare de drept internațional ale drepturilor omului în ceea ce privește îngrijirea pacienților. Cea de-a doua secțiune analizează drepturile pacienților și include subsecțiuni care dezbate standardele și interpretările relevante legate de un anumit drept (ex. dreptul la viața privată) în cadrul a trei contexte relativ comune legate de sănătate: sănătate mintală, boli infecțioase, precum și drepturile sexuale și reproductive. Aceste subsecțiuni oferă exemple privind eventualele încălcări ale acestor drepturi, bazate pe observațiile organismelor de monitorizare ONU și pe jurisprudență. Trebuie subliniat că aceste trei contexte sunt utilizate ca exemple și că încălcările drepturilor omului (și, prin urmare, aplicarea standardelor privind drepturile omului) pot să apară dincolo de acest set limitat de contexte privind îngrijirea pacienților. A treia secțiune se axează pe drepturile furnizorilor de servicii medicale. Această ultimă secțiune include subsecțiuni care dezbate standardele și interpretările relevante privind un anumit drept protejat de organele de monitorizare ONU, precum și jurisprudența relevantă.

Standardele abordate în fiecare dintre aceste secțiuni cuprind tratate obligatorii, cum ar fi Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, și instrumente fără caracter obligatoriu elaborate de către ONU și de alte entități, precum Declarația Asociației Medicale Mondiale privind drepturile pacientului, de la Lisabona².

2. Asociația Medicală Mondială [WMA]. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.

2.2 Izvoare de bază

Această secțiune oferă o imagine de ansamblu asupra instrumentelor juridice relevante, incluzând tratatele ONU și mecanismele disponibile pentru monitorizarea respectării lor de către state. Aceasta oferă, de asemenea, exemple de instrumente fără caracter juridic obligatoriu emise de ONU și de alte organisme. Este de remarcat faptul că, în această secțiune, Declarația Universală a Drepturilor Omului³ este tratată separat de alte instrumente, datorită naturii sale juridice unice și ambigue, însă importante.

DECLARAȚIA UNIVERSALĂ A DREPTURILOR OMULUI

Declarația Universală a Drepturilor Omului⁴ a avut o foarte mare influență, în ciuda faptului că nu are caracterul unui tratat. Aceasta a fost adoptată de către Adunarea Generală a ONU în 1948 și a servit drept bază pentru cadrul legal modern al drepturilor omului. Multe dintre dispozițiile sale au fost reproduse în mod eficient în tratatele privind drepturile omului și dreptul intern al statelor, iar unii susțin⁵ că a atins statutul de drept internațional cutumiar, ceea ce înseamnă că dispozițiile sale reprezintă practici consacrate ale statelor și sunt acceptate de către state ca obligații, devenind standarde universale și obligatorii pentru acestea⁶.

Spre deosebire de tratatele ONU discutate mai jos, Declarația Universală a Drepturilor Omului în sine nu este pusă în executare printr-un organism specific de monitorizare a respectării Declarației de către un anumit stat.

TRATATELE ONU ȘI ORGANISMELE DE MONITORIZARE A TRATATELOR

În prezent, există opt tratate fundamentale internaționale privind drepturile omului care conțin garanții pentru protecția drepturilor omului în ceea ce privește îngrijirea pacientului. Majoritatea acestor tratate dispun de protocoale opționale, protocoale la care se face referire în acest ghid, chiar dacă nu sunt explorate în detaliu. Deși aceste tratate sunt obligatorii numai pentru statele care le-au ratificat, standardele pe care le impun au forță morală și politică puternică inclusiv pentru țările care nu le-au ratificat. Există câte un comitet pentru fiecare tratat, acesta ocupându-se de monitorizarea respectării tratatului de către statul semnatar. Acestea se numesc „organisme de monitorizare a tratatelor” sau „organisme ale tratatelor”.

Organismele de monitorizare a tratatelor ONU urmăresc respectarea tratatelor de către statele semnatare, folosind o combinație de trei tipuri de mecanisme. În primul rând, ele emit documente care interpretează conținutul tratatelor. Deși nu sunt obligatorii din punct de vedere juridic, aceste documente interpretative îndrumă statele cu privire la modul de a interpreta și de a pune în aplicare conținutul drepturilor prevăzute în tratatul respectiv. Aceste documente interpretative sunt cunoscute sub denumirea de «Comentarii generale», cu excepția celor emise de Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor și Comisia pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale, care sunt denumite «Recomandări generale». În al doilea rând, organismele de monitorizare a tratatelor evaluează respectarea de către state a tratatului în cauză, pe baza rapoartelor pe care statele membre sunt obligate să le prezinte în mod regulat. Ca parte a acestui proces, organismele de monitorizare emit «Observații finale». La momentul actual, opt⁷ din cele

3. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite Rezoluția 217A (III): Declarația Universală a Drepturilor Omului (UDHR). Doc. ONU A/810, p. 71. 12 decembrie 1948.
4. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite Rezoluția 217A (III): Declarația Universală a Drepturilor Omului (UDHR). Doc. ONU A/810, p. 71. 12 decembrie 1948.
5. Vezi Louis Henkin, *Epoca Drepturilor* [The Age of Rights]. New York: Columbia Press, 1990. p. 19; Christina M. Cerna. „Universalitatea drepturilor omului și diversitatea culturală: Punerea în aplicare a drepturilor omului în diferite contexte socio-culturale” [Universality of human rights and cultural diversity: implementation of human rights in different socio-cultural contexts] 16 Hum. Rts. Q. 740. 1994. p. 745.
6. Hurst Hannum. „Statutul Declarației Universale a Drepturilor Omului în dreptul național și internațional.” [The Status of the Universal Declaration of Human Rights in National and International Law.] 25 Ga., J. Int'l & Comp. L. 287. 1995-1996. p. 319.
7. Comitetul pentru Drepturile Omului [CCPR], Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale [CERD], Comitetul împotriva Torturii [Comitetul CAT], Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor [Comitetul CEDAW], Comitetul pentru Drepturile Copilului [CRC], Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități [CRPD], Comitetul pentru Disparițiile

zece organisme principale de monitorizare a tratatelor primesc și examinează comunicări individuale. Prin aceste comunicări, indivizi și grupuri de indivizi pot face sesizări privind încălcarea drepturilor omului de către statele care au ratificat instrumentul (de exemplu, protocoalele opționale ale tratatelor), astfel creându-se mecanismul individual de plângere. În urma examinării comunicării, organismul de monitorizare respectiv emite recomandări către statul pârât. Aceste recomandări nu au caracter juridic obligatoriu, însă pot avea o influență destul de importantă.

Organismele de monitorizare oferă și diverse posibilități de participare a societății civile. În Capitolul 4 sunt discutate funcțiile specifice, informațiile de contact ale fiecărui organism și modalitățile prin care societatea civilă poate participa.

Pentru o lectură mai rapidă, pot fi găsite mai jos abrevierile pentru tratatele și organismele de monitorizare a tratatelor ONU, care vor fi utilizate pe parcursul acestui capitol:

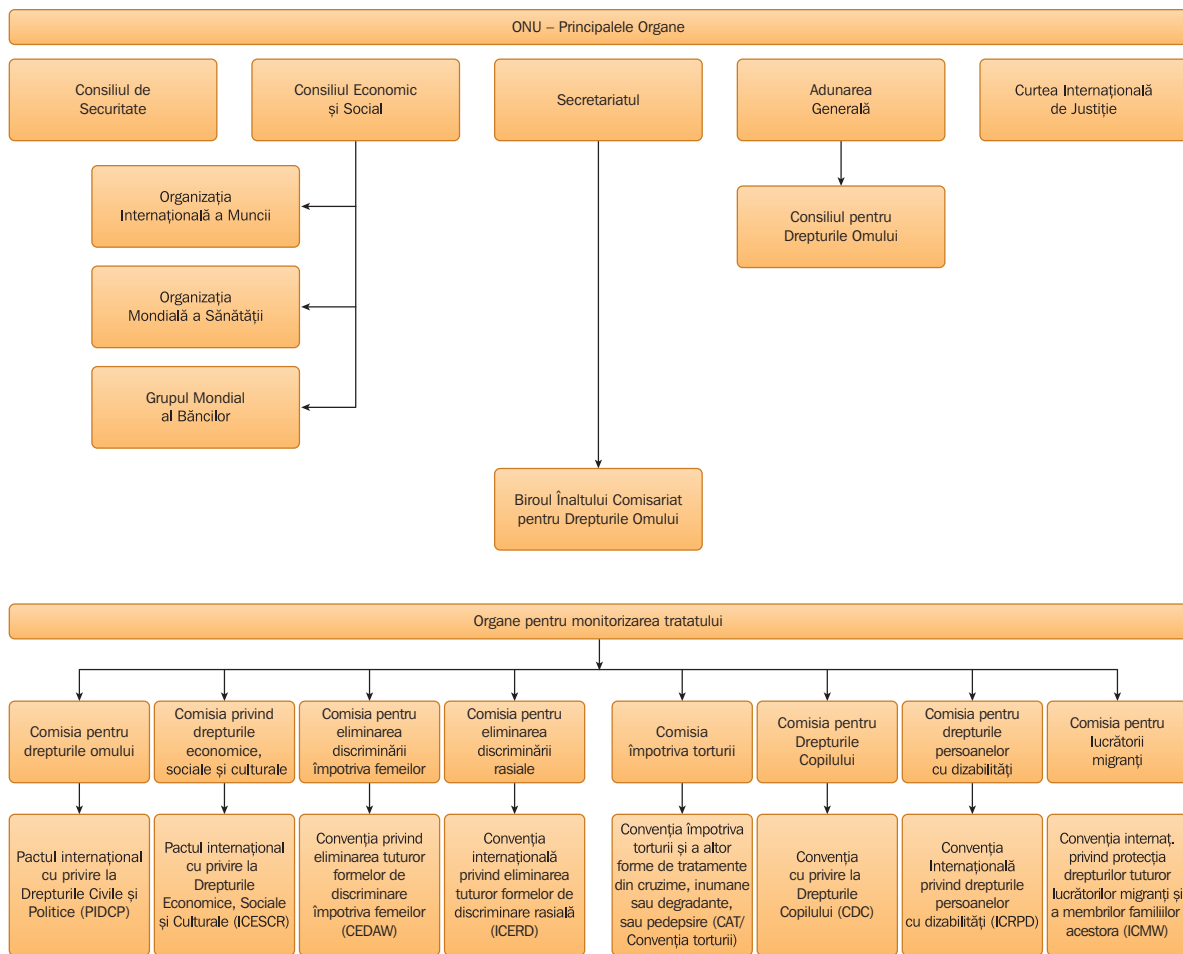
TRATATE

- ▶ **ICCPR - Pactul Internațional privind Drepturile Civile și Politice**
- ▶ **ICESCR - Pactul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale**
- ▶ **CAT/ Convenția împotriva Torturii - Convenția împotriva Torturii și altor Pedepse și Tratamente cu Cruzime, Inumane sau Degradante**
- ▶ **CEDAW - Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor**
- ▶ **ICERD - Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Rasială**
- ▶ **CRC - Convenția privind Drepturile Copilului**
- ▶ **ICRPD - Convenția Internațională privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități**
- ▶ **ICMW - Convenția Internațională pentru Protecția Drepturilor Tuturor Lucrătorilor Migranți și a Membrilor Familiilor Acestora**

ORGANISMELE DE MONITORIZARE A RESPECTĂRII TRATATULUI

- ▶ **CCPR - Comitetul pentru Drepturile Omului**
- ▶ **CESCR - Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale**
- ▶ **Comitetul CAT - Comitetul împotriva Torturii**
- ▶ **Comitetul CEDAW - Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor**
- ▶ **CERD - Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale**
- ▶ **Comitetul CRC - Comitetul pentru Drepturile Copilului**
- ▶ **CRPD - Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități**
- ▶ **CMW - Comitetul pentru Protecția Lucrătorilor Migranți**

SISTEMUL ONU ȘI ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR: TRATATE FUNDAMENTALE ȘI ORGANISME DE MONITORIZARE RELEVANTE



TRATATELE FUNDAMENTALE ALE ONU ȘI ORGANISMELE DE MONITORIZARE A TRATATELOR, SISTEMUL DE RAPORTARE PENTRU STATE ȘI SISTEMELE DE COMUNICĂRI INDIVIDUALE

TRATAT	ORGANISM DE MONITORIZARE	RAPORTARE DE CĂTRE STAT	COMUNICĂRI INDIVIDUALE
Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice (ICCPR) ⁸	Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR)	La fiecare 4 ani	Pentru statele care au ratificat Primul Protocol Opțional conform ICCPR
Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (ICESCR) ⁹	Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale (CESCR)	La fiecare 5 ani	Pentru statele care au ratificat Protocolul Opțional
Convenția împotriva Torturii și Altor Pedepse sau Tratamente cu Cruzime, Inumane sau Degradante (CAT / Convenția Împotriva Torturii) ¹⁰	Comitetul împotriva Torturii (Comitetul CAT)	La fiecare 4 ani	Pentru statele care declară recunoașterea competenței Comitetului CAT în conformitate cu articolul 21 din CAT
Convenția privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (CEDAW) ¹¹	Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (Comitetul CEDAW)	În funcție de necesitate, însă cel puțin o dată la 4 ani	Pentru statele care au ratificat Protocolul Opțional
Convenția Internațională privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Rasială (ICERD) ¹²	Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale (CERD)	La fiecare 2 ani	Pentru statele care declară recunoașterea competenței Comitetului CERD în conformitate cu articolul 14 din CERD
Convenția cu privire la Drepturile Copilului (CRC) ¹³	Comitetul pentru Drepturile Copilului (Comisia CRC)	La fiecare 5 ani	Pentru statele care au ratificat Protocolul Opțional
Convenția Internațională privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (ICRPD) ¹⁴	Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD)	La fiecare 4 ani	Pentru statele care au ratificat Protocolul Opțional
Convenția Internațională privind Protecția Drepturilor Tuturor Lucrătorilor Migranți și a Membrilor Familiilor Acestora (ICMW) ¹⁵	Comitetul pentru Lucrătorii Migranți (CMW)	La fiecare 5 ani	Articolul 77 din CMW va crea acest mecanism în momentul în care 10 state vor face declarațiile necesare.

8. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 2200A [XXI]: Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice (ICCPR). Doc. ONU A/6316. 16 decembrie 1966.
9. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 2200A [XXI]: Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (ICESCR). Doc. ONU A/6316. 16 decembrie 1966.
10. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 39/46: Convenția împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT). Doc. ONU A/39/51. 10 decembrie 1984.
11. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 34/180: Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW). Doc. ONU A/34/46. 18 decembrie 1979.
12. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 2106 [XX]: Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (ICERD). Doc. ONU A/6014. 21 decembrie 1965.
13. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 44/25: Convenția cu privire la drepturile copilului (CRC). Doc. ONU A/44/49. 20 noiembrie 1989.
14. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 61/106: Convenția internațională privind drepturile persoanelor cu dizabilități (ICRPD). Doc. ONU A/61/49. 13 decembrie 2006.
15. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 45/158: Convenția internațională privind protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora. Doc. ONU A/ 45/49. 18 decembrie 1990.

Pe lângă raportarea statală și comunicările individuale, au fost stabilite și alte mecanisme de monitorizare:

- ▶ **Proceduri de reclamații interstatuale. Acestea permit organismelor de monitorizare a tratatelor să examineze reclamațiile aduse de un stat împotriva altui stat în ceea ce privește încălcarea drepturilor omului. Până la momentul actual, această procedură nu a fost niciodată utilizată.**
 - Organismele de monitorizare a tratatelor care au această competență: CCPR, CESC, CERD, Comitetul CAT, Comitetul CRC, CMW, CRPD
- ▶ **Anchete. Acest mecanism permite organismelor de monitorizare a tratatelor să inițieze anchete în privința unor încălcări sistematice sau grave ale drepturilor omului într-o anumită țară.**
 - Organismele de monitorizare a tratatelor care au această competență: CESC, Comitetul CEDAW, Comitetul CAT, Comitetul CRC, CRPD
- ▶ **Procedura de avertizare anticipată. Acest mecanism permite organismelor de monitorizare a tratatelor să adopte măsuri pentru a preveni ca anumite situații să se transforme în conflicte sau probleme necesitând atenție urgentă.**
 - Organismul de monitorizare a tratatelor care are această competență: CERD

Aceste proceduri pot necesita declarații și ratificări adiționale din partea statelor pentru a intra în vigoare, ele nefiind analizate în detaliu în cadrul acestui capitol. Pentru mai multe informații în legătură cu acestea, a se vedea Capitolul 4 (Proceduri internaționale și regionale).

INSTRUMENTE FĂRĂ FORȚĂ JURIDICĂ OBLIGATORIE

Există o serie de alte instrumente care, deși nu au forța juridică obligatorie a tratatelor, beneficiază totuși de un consens la nivel internațional, acestea fiind utile pentru interpretarea conținutului drepturilor pacienților. De fapt, astfel de instrumente au fost adoptate de către grupuri ale societății civile, precum asociații profesionale și organizații non-guvernamentale. Mai jos sunt câteva exemple de astfel de instrumente.

NAȚIUNILE UNITE

- ▶ **Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare** ¹⁶

Aceste principii oferă îndrumări privind tratamentul și drepturile tuturor persoanelor care se află sub orice formă de detenție sau închisoare, inclusiv dreptul de a nu fi supus experimentelor medicale sau științifice care sunt în detrimentul sănătății individului, cu sau fără consimțământul acestuia.

- ▶ **Declarația de la Alma-Ata** ¹⁷

Această declarație „reafirmă faptul că sănătatea reprezintă starea completă de bine din punct de vedere fizic, psihic și social, și nu doar absența bolii sau infirmității, fiind un drept uman fundamental” (Art. 1). Se concentrează asupra importanței îngrijirilor de sănătate primare.

- ▶ **Declarația privind Eliminarea Violenței împotriva Femeilor** ¹⁸

Această declarație afirmă angajamentul statelor de a preveni violența împotriva femeilor și protejarea drepturilor lor, inclusiv dreptul la viață, la libertate și la siguranța persoanei, de a nu fi discriminate în niciun fel, de a beneficia de cele mai înalte standarde de sănătate fizică și psihică și de a nu fi supuse torturii sau altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante.

16. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 43/173: Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare. Doc. ONU A/RES/43/173. 09 decembrie 1998.

17. Conferința internațională privind asistența medicală primară. Declarația de la Alma-Ata. 06 septembrie 1978.

18. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 48/104: Declarația privind eliminarea violenței împotriva femeilor. Doc ONU. A/48/49. 20 decembrie 1993.

▶ **Principiile Limburg privind punerea în aplicare a Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale**¹⁹

Dezvoltate de un grup de experți în drept internațional, aceste principii delimitează domeniul de aplicare și natura obligațiilor statelor care au ratificat ICESCR. Ele au fost emise ca un document oficial al ONU și recunoscute în activitatea CESCR de interpretare a obligațiilor care provin din Pact.

▶ **Linii directoare de la Maastricht privind încălcarea drepturilor economice, sociale și culturale**²⁰

Dezvoltate de către experți de drept internațional, aceste linii directoare urmăresc să evidențieze semnificația și domeniul de aplicare al încălcării drepturilor economice, sociale și culturale. Experții consideră că eșecul unui stat de a oferi asistență medicală primară poate constitui o încălcare și astfel apelează la organisme internaționale în vederea adoptării de noi standarde privind anumite drepturi, inclusiv dreptul la sănătate. Aceste standarde au fost emise ca document oficial al ONU.

▶ **Principiile de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special pentru medici, privind protecția prizonierilor și a deținuților împotriva torturii sau a altor tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante**²¹

Aceste principii subliniază obligațiile furnizorilor de servicii medicale pentru prizonieri și deținuți, incluzând protejarea sănătății psihice și fizice în același mod în care ar proteja sănătatea unei persoane care nu este un prizonier sau deținut. Ei trebuie totodată să se abțină de a incita sau a încerca să îi supună pe aceștia torturii sau altor tratamente sau pedepse săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante.

▶ **Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și îmbunătățirea îngrijirilor medicale privind sănătatea mintală**²²

Aceste principii definesc drepturile persoanelor cu dizabilități mintale în contextul asistenței medicale. Ele abordează problemele de consimțământ informat, confidențialitate, standard de îngrijire și tratament. Ele privesc și drepturile celor internați în instituțiile specializate pentru tulburări psihice.

▶ **Principiile Siracusa asupra prevederilor privind limitarea și derogarea de la Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice**²³

Aceste principii au jucat un rol important în evaluarea măsurilor care restricționează drepturile omului garantate de ICCPR. Acestea impun ca orice măsură luată de stat care ar putea restrânge drepturile omului în cadrul ICCPR să fie: (1) izvorâtă din lege și în conformitate cu aceasta, (2) în interesul unui obiectiv legitim, (3) strict necesară într-o societate democratică pentru a atinge obiectivul, (4) mijloacele folosite să fie cel mai puțin intruzive și restrictive și (5) să nu fie arbitrar, nerezonabile sau discriminatorii.

▶ **Reguli minime standard pentru tratamentul deținuților**²⁴

Acest instrument prezintă un model de sistem de penitenciare în conformitate cu principiile și practica general acceptate în tratamentul deținuților și conducerea instituțiilor.

▶ **Proiectele de Rezoluții ale Comitetului Social, Umanitar și Cultural (Comitetul al treilea) al Adunării Generale a Națiunilor Unite**

Comitetul al treilea răspunde de promovarea scopului Adunării Generale din punct de vedere social,

19. Comitetul Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Principiile Limburg privind punerea în aplicare a Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale. Doc ONU. E/CN.4/1987/17. 08 ianuarie 1987.

20. Linii directoare de la Maastricht privind încălcările drepturilor economice, sociale și culturale. 22-26 ianuarie 1997.

21. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a ONU 37/194: Principii de Etică Medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special pentru medici, privind protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor tratamente cu cruzime, inumane sau degradante. Doc ONU. A/37/51. 18 decembrie 1982.

22. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a ONU 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea îngrijirilor medicale privind sănătatea mintală. 17 decembrie 1991.

23. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Principiile Siracusa asupra prevederilor privind limitarea și derogarea din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice. Doc ONU. E/ CN.4/1985/4. 28 septembrie 1984.

24. Națiunile Unite. Rezoluția Consiliului Economic și Social 663 C (XXIV): Reguli minime standard pentru tratamentul deținuților. 30 august 1955.

umanitar și al drepturilor omului. Acest lucru se realizează printr-o varietate de moduri, inclusiv discutarea și elaborarea de rezoluții care trebuie luate în considerare în cadrul reuniunii plenare a Adunării Generale.

► **Rezoluțiile Consiliului ONU pentru Drepturile Omului**

Ca organ subsidiar al Adunării Generale responsabil pentru protecția și promovarea tuturor drepturilor omului, Consiliul pentru drepturile omului emite recomandări către statele membre ale ONU sub formă de rezoluții.

SOCIETATEA CIVILĂ

► **Declarația de la Lisabona privind drepturile pacienților (WMA)²⁵**

Această declarație prezintă drepturile pacienților, pe care medicii ar trebui să le recunoască și să le respecte, asupra unor aspecte cum ar fi dreptul la confidențialitate, la informație și la consimțământ informat.

► **Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient (Alianța Internațională a Organizațiilor Pacienților (IAPO))²⁶**

Această declarație promovează implicarea pacienților în propria îngrijire prin autogestionare, respectarea tratamentului și modificări de comportament pentru a face sistemul mai eficient și a îmbunătăți rezultatele din domeniul sănătății pentru pacienți.

► **Declarația de la Jakarta pentru Promovarea Sănătății în Secolul XXI²⁷**

Această declarație reprezintă documentul final rezultat al celei de-a Patra Conferințe Internaționale pentru Promovarea Sănătății și stabilește o serie de priorități pentru promovarea sănătății în secolul XXI, inclusiv responsabilitatea socială, creșterea investițiilor, o infrastructură sigură și împuternicirea pacienților.

► **Principiile de la Maastricht privind obligațiile extrateritoriale ale statelor în domeniul drepturilor economice, sociale și culturale²⁸**

Aceste principii se concentrează pe obligațiile extrateritoriale ale statelor pentru a asigura exercitarea drepturilor economice, sociale și culturale, inclusiv dreptul la sănătate.

► **Afirmare cu privire la poziția adoptată: Asistenții Medicali și Drepturile Omului 1998, Consiliul Internațional al Asistenților Medicali (ICN)²⁹**

ICN a adoptat acest document recunoscând dreptul la îngrijire medicală ca un drept al tuturor persoanelor, incluzând dreptul de a alege sau de a refuza îngrijirea medicală, care cuprinde drepturile la acceptarea sau refuzul de tratament sau hrană; consimțământ informat; confidențialitate; și demnitate, inclusiv dreptul de a muri cu demnitate. ICN vizează atât drepturile pacienților, cât și drepturile furnizorilor de servicii medicale, evidențiind obligațiile asistenților medicali de a proteja drepturile pacienților.

25. WMA. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.

26. Alianța Internațională a Organizațiilor Pacienților [IAPO]. Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006.

27. Declarația Jakarta privind Promovarea Sănătății în secolul XXI. 21-25 iulie 1997.

28. Principiile de la Maastricht privind obligațiile extrateritoriale ale statelor în domeniul drepturilor economice, sociale și culturale. 28 septembrie 2011.

29. Consiliul Internațional al Asistenților Medicali. Declarație: Asistenții medicali și drepturile omului. 1998.

2.3 Drepturile pacienților

Această secțiune explorează protecția internațională a zece drepturi critice ale pacienților:

- **dreptul la libertatea și siguranța persoanei;**
- **dreptul la viață privată;**
- **dreptul de acces la informație;**
- **dreptul la integritate corporală;**
- **dreptul la viață;**
- **dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate;**
- **dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;**
- **dreptul de a participa la elaborarea de politici publice;**
- **dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării;**
- **dreptul la un recurs efectiv.**

După cum a subliniat CCPR, deși Articolul 9 se referă la „dreptul la libertatea și siguranța persoanei”, dreptul la libertate este distinct de dreptul la siguranța persoanei. Din acest motiv, capitolul de față le abordează separat.³⁰

Documentele interpretative ale organismelor de monitorizare a tratatelor au jucat un rol important în ceea ce privește drepturile pacienților. CESC, în special, a oferit cel mai semnificativ comentariu juridic internațional pentru drepturile pacienților. Interpretarea dată dreptului la cel mai înalt standard posibil de sănătate (Articolul 12 al ICESCR) în cadrul Comentariului General 14³¹ a avut o mare influență, în ciuda lipsei caracterului obligatoriu. În plus, CESC a criticat frecvent guvernele pentru eșecul de a aloca resursele adecvate pentru îngrijire și servicii medicale pentru pacienți.

Alte organisme de monitorizare a tratatelor ONU au oferit, de asemenea, comentarii semnificative cu privire la drepturile pacienților. CCPR a invocat frecvent Articolele 9 (dreptul la libertatea și siguranța persoanei) și 10 (dreptul unei persoane lipsite de libertate de a fi tratată cu umanitate și demnitate) din ICCPR, pentru a critica detenția nelegală a pacienților cu tulburări psihice și refuzarea tratamentului medical pentru deținuți. Tot CCPR a susținut necesitatea protejării informațiilor medicale confidențiale, în conformitate cu Articolul 17 (dreptul la respectarea vieții private) din ICCPR și a folosit Articolul 6 (dreptul la viață) din ICCPR cu scopul de a garanta tratamentul medical în timpul arestului preventiv. În plus, așa cum este detaliat mai jos, organismele de monitorizare a tratatelor responsabile cu supravegherea discriminării rasiale și pe criteriul sex au analizat accesul egal la asistență medicală.

În plus, alte standarde internaționale, cum ar fi Regulile minime standard pentru tratamentul deținuților, pot oferi puncte de referință semnificative în ceea ce privește drepturile pacienților. Deși aceste standarde nu pot fi executate în mod direct în aceste state, pacienții și avocații lor le pot folosi pentru a pune presiune pe autorități și pentru a influența interpretarea judiciară și cea a autorităților în ceea ce privește dispozițiile tratatului.

Este de remarcat că, de când a început să fie scrisă această serie de ghiduri, a fost înființat și mecanismul de comunicare individuală al CESC. Lipsa anterioară a unui mecanism de reclamații individuale pentru CESC a afectat abilitatea acestuia de a analiza încălcări specifice ale ICESCR în afara sistemului de analizare a eșecurilor sistematice identificate în rapoartele pe țară. Introducerea acestui mecanism ar trebui să ofere CESC oportunitatea de a oglindi rezultatele unui organ geamăn, CCPR, în elaborarea cazuisticii în domeniul drepturilor omului privind îngrijirea pacienților.

30. CCPR. Proiectul CCPR pentru Comentariul General nr. 35 cu privire la articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8.

31. CESC. CESC Comentariul General nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.

DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

Deși garantat potrivit aceluiași articol ca și dreptul la libertate din ICCPR, dreptul la siguranța persoanei este un drept în sine și nu se limitează la persoanele private de libertate în sens restrâns. Dreptul la libertate protejează indivizii de privarea de libertate fizică arbitrară sau nejustificată³². Privarea de libertate trebuie să fie necesară și proporțională, aceasta trebuie să fie destinată fie protejării individului, fie pentru a împiedica vătămarea altora, trebuie să ia în considerare alternativele mai puțin restrictive și trebuie să fie în conformitate cu procedura și cu garanțiile juridice de fond³³. Cu referire la drepturile pacienților, dreptul la libertate protejează individul de privarea de libertate fizică arbitrară sau nejustificată pentru a nu afecta sănătatea mintală sau fizică a pacientului, cum ar fi internarea nenvoluntară. Detenția unui individ pe motive de sănătate, precum carantina și izolarea, trebuie să se facă în conformitate cu legislația stabilită și trebuie să protejeze drepturile individului la un proces echitabil în condițiile legii.³⁴

Dreptul la siguranța persoanei protejează libertatea individului împotriva vătămării corporale, inclusiv protecția împotriva accidentelor mortale și a vătămării din culpă³⁵. În conformitate cu acest drept, statul trebuie să ia măsurile necesare pentru a proteja individul de la amenințări împotriva integrității fizice, indiferent dacă aceste amenințări provin de la autoritățile statului sau de la actori privați³⁶. Drepturile conexe consacrate în dreptul internațional al drepturilor omului includ dreptul de a nu fi supus la tortură sau la alte tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, dreptul la viața privată și dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Când vine vorba de încălcări ale integrității fizice a persoanei, organismele de monitorizare a tratatelor au optat pentru a le rezolva în temeiul altor drepturi conexe, în special dreptul de a nu fi supus la tortură sau la alte tratamente crude, inumane sau degradante. Prin urmare, nu există o analiză amănunțită care să provină de la organismele de monitorizare cu privire la aceste aspecte, în cadrul dreptului la siguranța persoanei. Din acest motiv, această secțiune conține observațiile finale și jurisprudența relevantă care se concentrează în primul rând pe dreptul la libertate.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

- **Art. 3:** Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.

▶ ICCPR

- **Art. 9(1):** Orice individ are dreptul la libertate și la securitatea persoanei sale. Nimeni nu poate fi arestat sau deținut în mod arbitrar. Nimeni nu poate fi privat de libertatea sa decât pentru motivele legale și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.

▶ ICESCR

- **Art. 12:** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.

32. CCPR. Proiectul privind Comentariul General nr. 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8; CCPR. Comunicare nr. 195/1985: Delgado Páez v. Columbia. Doc. ONU. CCPR/C/39/D/195/1985. 12 iulie 1990. Punctele 5.4-5.5; CCPR. Comunicare Nr. 711/1996: Dias v. Angola. Doc. ONU. CCPR/C/68/D/711/1996. 18 aprilie 2000. Alin. 8.3.
33. CCPR. Comunicare Nr. 1061/2002: Fijalkowska v. Polonia. Doc. ONU. CCPR/C/84/1061/2002. 26 iulie 2005; CCPR. Comunicare Nr. 1629/2007: Fardon v. Australia. Doc. ONU. CCPR/C/98/D/1629/2007. 18 martie 2010. Para 7,3; CCPR. Observații finale: Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/RUS/CO/6. 24 noiembrie 2009. Alin. 19.
34. CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU. CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. Para. 17.
35. CCPR. Proiectul Comentariului general nr. 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. Alin. 8.
36. CCPR. Proiectul Comentariului general nr 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8; CCPR. Comunicare Nr. 1560/2007: Marcellana și Gumanoy v Filipine. Doc. ONU CCPR/C/94/D/1560/2007. 17 noiembrie 2008. alin. 7.7; CCPR. Observații finale: Uganda. Doc. ONU CCPR/CO/80/UGA. 4 mai 2004. alin. 12.

▶ **CERD**

- **Art. 5(b):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare:... (b) dreptul la securitatea persoanei și la protecția statului împotriva violențelor sau maltratărilor, fie din partea funcționarilor guvernului, fie a oricărui individ, grup sau instituție;

▶ **CRC**

- **Art. 25:** Statele părți recunosc dreptul copilului care a fost plasat de către autoritatea competentă pentru a primi îngrijiri, la protejarea sau tratarea afecțiunilor sale fizice ori mentale, dreptul la verificarea periodică a tratamentului respectiv și a oricăror alte aspecte legate de plasarea sa.
- **Art. 39:** Statele părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a facilita recuperarea fizică și psihologică și reintegrarea socială a copiilor, victime ale unei forme de neglijență, exploatare sau abuz, de tortură sau pedeapsă ori tratamente crude, inumane sau degradante ori victime ale unui conflict armat. Această readaptare și această reintegrare se vor desfășura în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.

▶ **ICRPD**

- **Art. 14:** Libertatea și siguranța persoanei.
 - 1) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți:
 - a) se bucură de dreptul la libertate și siguranță al persoanei;
 - b) nu sunt lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar și că orice lipsire de libertate se face conform legii și că existența unei dizabilități nu va justifica în niciun fel lipsirea de libertate.
 - 2) Statele părți se vor asigura că, în cazul în care persoanele cu dizabilități sunt lipsite de libertate, ca urmare a oricărui proces, acestea au dreptul, în condiții de egalitate cu ceilalți, la garanții, conform legislației internaționale privind drepturile omului, și că vor fi tratate în conformitate cu obiectivele și principiile prezentei convenții, inclusiv prin asigurarea unor adaptări rezonabile.
- **Art. 17:** Protejarea integrității persoanei

Fiecare persoană cu dizabilități are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică și mentală, în condiții de egalitate cu ceilalți.

▶ **ICMW**

- **Art. 16:**
 - 1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la libertate și la siguranță.
 - 4) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora nu vor fi supuși în mod individual sau colectiv la arestare sau detenție în mod arbitrar; aceștia nu vor fi lipsiți de libertate decât pentru motivele și în conformitate cu procedurile stabilite prin lege.
 - 8) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt lipsiți de libertate prin arestare sau detenție pot să se adreseze unei instanțe juridice. Această instanță se va pronunța cu privire la legalitatea arestării și poate dispune eliberarea lor în cazul în care sunt privați de libertate în mod ilegal. Dacă este necesar, aceștia pot beneficia de asistență juridică gratuită și de interpret în cazul în care nu înțeleg limba.
- **Art. 17:**
 - 1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt privați de libertate vor fi tratați corespunzător cu respectarea demnității persoanei umane și li se va respecta identitatea culturală.

- 7) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt supuși la orice formă de detenție sau închisoare, în conformitate cu legislația în vigoare, în statul în care lucrează sau în statul de tranzit se bucură de aceleași drepturi ca și cetățenii statelor respective aflați în aceeași situație.

Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare³⁷

- ▶ **Principiul 4:** Orice formă de detenție sau închisoare și toate măsurile care afectează drepturile omului privind o persoană supusă oricărei forme de detenție sau închisoare se dispune de către o autoritate judiciară sau de altă natură, sau va fi sub controlul efectiv al acesteia.
- ▶ **Principiul 11:**
 1. O persoană nu poate fi ținută în detenție fără să fi avut posibilitatea efectivă de a fi ascultată de către o autoritate judiciară sau altă autoritate. O persoană deținută are dreptul de a se apăra sau de a fi asistată de avocat în conformitate cu legea.
 2. O persoană deținută și avocatul său, dacă este cazul, vor primi comunicarea promptă și completă a oricărui ordin de detenție, împreună cu motivarea aferentă.
 3. O autoritate judiciară este împuternicită să revizuiască, după caz, prelungirea detenției.
- ▶ **Principiul 13:** Autoritatea responsabilă de arestarea și detenția unei persoane trebuie să îi furnizeze informații și explicații privind drepturile sale și cum să profite de acestea, încă de la începutul arestării sau detenției.
- ▶ **Principiul 25:** O persoană deținută sau închisă, ori avocatul acesteia, are dreptul de a solicita un al doilea examen sau aviz medical unei autorități judiciare sau altei autorități responsabile, respectând condițiile necesare pentru a asigura siguranța și ordinea de la locul de detenție sau închisoare.
- ▶ **Principiul 32:**
 1. O persoană deținută sau avocatul său are dreptul să introducă în orice moment o acțiune în conformitate cu dreptul intern în fața unei autorități judiciare pentru a contesta legalitatea detenției sale, în scopul de a obține eliberarea sa fără întârziere, în cazul în care detenția este ilegală.
 2. Procedurile prevăzute la alineatul (1) trebuie să fie simple, rapide și fără costuri pentru persoanele deținute care nu beneficiază de mijloace adecvate. Persoana deținută trebuie prezentată în fața autorității judiciare fără întârzieri nerezonabile de către instituția responsabilă cu detenția sa.

Directive etice internaționale de cercetare biomedicală care implică subiecți umani³⁸

Respectul pentru persoană încorporează cel puțin două considerente etice fundamentale, și anume:

- a) Respectarea autonomiei, care presupune ca persoanele capabile să discearnă cu privire la alegerile lor personale să fie tratate cu respect pentru capacitatea lor de autodeterminare; și
- b) Protecția persoanelor cu autonomie diminuată sau deficientă, care presupune ca cei care sunt dependenți sau vulnerabili să beneficieze de măsuri de siguranță împotriva prejudiciilor sau abuzurilor.

37. Consiliul pentru Organizațiile Internaționale de Științe Medicale [CIOMS] în colaborare cu WHO. Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare. 2002.

38. CIOMS. Directive etice internaționale privind studiul biomedical cu implicarea subiecților umani. 2002.

Principiile pentru Protecția Persoanelor cu Boli Psihice și pentru Îmbunătățirea Sănătății Mintale³⁹

► Principiul 9:

- (1) Orice pacient are dreptul de a fi tratat în mediul cel mai puțin restrictiv și cu tratamentul cel mai puțin restrictiv sau intruziv, adecvat pentru nevoile de sănătate ale pacientului. În același timp trebuie protejată și siguranța celorlalte persoane.
- (2) Tratamentul și îngrijirea fiecărui pacient se bazează pe un plan individual, discutat cu pacientul, revizuit periodic, după cum este necesar, de către un personal calificat.
- (3) Îngrijirea sănătății mintale trebuie să fie furnizată întotdeauna în conformitate cu standardele aplicabile de etică pentru practicienii din domeniul sănătății mintale, inclusiv standardele acceptate la nivel internațional, cum ar fi principiile eticii medicale relevante pentru personalul medical, în special pentru medici, privind protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Cunoștințele și aptitudinile din domeniul sănătății mintale nu trebuie să fie folosite abuziv.
- (4) Tratamentul fiecărui pacient trebuie să fie direcționat spre conservarea și consolidarea autonomiei personale.

Declarația WMA de la Lisabona privind Drepturile Pacienților:⁴⁰

► Principiul 2. Dreptul la libertatea alegerii

- (a) Pacientul are dreptul să aleagă liber și să-și schimbe medicul și spitalul sau instituția furnizoare de servicii de sănătate, indiferent dacă ele se află în sectorul public sau privat.
- (b) Pacientul are dreptul să solicite opinia altui medic în orice etapă.

► Principiul 3. Dreptul la autodeterminare

- (a) Pacientul are dreptul la autodeterminare, să ia decizii libere privind propria persoană. Medicul trebuie să informeze pacientul despre consecințele deciziilor lui.
- (b) Un pacient adult competent din punct de vedere mintal are dreptul de a-și da sau nu consimțământul privind orice procedură de diagnosticare sau terapie. Pacientul are dreptul la informațiile necesare pentru a lua decizii. Pacientul trebuie să înțeleagă clar scopul oricărei analize sau tratament, implicațiile rezultatelor și implicațiile abținerii de la darea consimțământului.
- (c) Pacientul are dreptul să refuze participarea la cercetare medicală sau să reprezinte subiect de studiu.

39. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU. A/RES/46/119. 17 decembrie 1991.

40. WMA. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății mintale

În conformitate cu dreptul la libertate, o persoană este protejată împotriva detenției arbitrare sau nejustificate care s-ar baza exclusiv pe sănătatea mintală, fără control judiciar⁴¹. Statele trebuie să se asigure că punctul de vedere al pacientului este respectat în acest proces și că interesele pacientului sunt reprezentate și apărate⁴². Chiar și un pacient admis nevoluntar sau deținut într-o instituție de psihiatrie are dreptul la un proces echitabil, incluzând dreptul de a fi informat cu privire la motivele pentru care se află în detenție, să fie reținut doar cât este absolut necesar, să-și poată contesta detenția la un organ judiciar și să poată beneficia de un avocat numit din oficiu pentru a-l asista într-o asemenea procedură⁴³. Continuarea detenției ar trebui să fie reevaluată în mod regulat pentru a se asigura necesitatea acesteia.⁴⁴

În conformitate cu acest drept, statele au obligația de a se abține de la utilizarea forței coercitive sau de a reține pacienții cu probleme de sănătate mintală. Relevant în acest context este faptul că acest drept a fost umbrat de alte drepturi conexe (în special de dreptul de a nu fi supus torturii, tratamentelor crude, inumane sau degradante) prin utilizarea forței coercitive în contextul sănătății mintale. A se consulta secțiunile de mai jos referitoare la „dreptul la integritatea corporală” și „dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante”.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND ESTONIA REFERITOARE LA SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATE

[C]omitetul este preocupat de unele aspecte ale procedurii administrative legate de reținerea unei persoane pentru motive de sănătate mintală, cu precădere dreptul pacientului de a solicita încetarea detenției și luând în considerare numărul mare de măsuri de detenție care au încetat după 14 zile, de caracterul legitim al unora dintre aceste rețineri. Comitetul consideră că o perioadă de 14 zile de detenție din motive de sănătate mintală fără o revizuire judiciară este incompatibilă cu Art. 9 al [ICCPR].

Statul parte trebuie să se asigure că măsurile privative de libertate, inclusiv cele din motive de sănătate mintală, sunt conforme cu articolul 9 din Pact. Comitetul reamintește obligația Statului parte în temeiul articolului 9, alineatul 4, de a-i permite unei persoane deținute din motive de sănătate mintală să inițieze o procedură pentru a evalua legalitatea detenției. Statul parte este invitat să furnizeze informații suplimentare cu privire la acest aspect și cu privire la măsurile luate pentru a aduce legislația relevantă în conformitate cu Pactul⁴⁵.

CAZURI LEGATE DE SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATE

A v. Noua Zeelandă (CCPR)(1999). În timp ce supunerea la tratamentul într-o instituție psihiatrică împotriva voinței unui pacient intră sub incidența articolului 9 din ICCPR, Comitetul nu a găsit nicio încălcare în cazul în care pacientul a fost reținut timp de câțiva ani în conformitate cu Legea privind sănătatea mintală din Noua Zeelandă, deoarece detenția s-a bazat pe evaluarea a trei psihiatri și a fost revizuită, în mod regulat, atât de un grup de psihiatri, cât și de instanțe judiciare⁴⁶.

41. Vezi CCPR. Proiectul CCPR al Comentariului General nr. 35 cu privire la articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU. CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. Alin. 8; CCPR. Observații finale: Belgia. Doc. ONU CCPR/CO/81/BEL. 12 August 2004. alin. 17.
42. CCPR. Observații finale: Republica Cehă. Doc. ONU CCPR/C/CZE/CO/2. 09 august 2007. Alin. 14; CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. alin. 17; a se vedea, de asemenea, Comitetul pentru Drepturile Copilului. Comentariul general nr. 9: Drepturile copiilor cu dizabilități. Doc. ONU CRC/C/GC/9. 2 februarie 2007. alin. 48.
43. Vezi Adunarea Generală a Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU A/RES/46/119. 17 decembrie 1991.
44. CCPR. Comunicare Nr. 754/1997: A v. Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/C/66/D/754/1997. 03 august 1999. alin. 7.2; CCPR. Observații finale: Canada. Doc. ONU CCPR/C/CAN/CO/5. 20 aprilie 2006. alin. 17.
45. CCPR. Observații finale: Estonia. Doc. ONU. CCPR/CO/77/EST. 15 aprilie 2003. alin 10.
46. CCPR. Comunicarea Nr. 754/1997: A v. Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/ C/66/D/754/1997. 03 august 1999.

Fijalkovska v. Polonia (CCPR)(2002). Comitetul nu a constatat nicio încălcare în cazul în care pacienta a fost reținută în conformitate cu Legea privind sănătatea mintală din Polonia. Cu toate acestea, Comitetul a găsit încălcări cu privire la faptul că reclamanta nu a primit consilierea unui avocat specializat cu privire la contestarea admiterii nenvoluntare și cu privire la eșecul autorităților de a informa reclamanta despre acest drept până după ce a fost eliberată.⁴⁷

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul bolilor contagioase

Teama răspândirii bolilor contagioase a determinat statele să supună persoanele suspectate de a fi infectate detenției forțate, precum carantina sau izolarea forțată, chiar și în cazul în care acestea refuză tratamentul⁴⁸. CCPR a cerut guvernelor să se asigure că asemenea măsuri restrictive privind persoanele suspectate de a fi infectate sunt în conformitate cu drepturile individului, inclusiv cu garanția revizuirii judiciare.⁴⁹

Așa cum s-a arătat mai sus, nu există o analiză foarte detaliată cu privire la dreptul la siguranța persoanei, în principal datorită faptului că organele de monitorizare a tratatelor au optat pentru a aborda problemele de integritate fizică prin alte drepturi conexe. Cu toate acestea, acest drept este relevant pentru cazurile în care guvernul a aplicat măsuri coercitive, cum ar fi tratamentul forțat, privind o persoană care suferă de o boală contagioasă. A se consulta secțiunile privind „dreptul la integritatea corporală” și „dreptul de a nu fi supus torturii sau altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante” de mai jos.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA LIBERTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

[C]omitetul constată cu îngrijorare că, în conformitate cu o reglementare promulgată în august 2009, persoanele cu tuberculoză pot fi supuse reținerii forțate în condițiile în care se consideră că „evită să urmeze tratamentul”. Reglementarea nu prevede clar ce se înțelege prin sustragere de la tratament și nu asigură confidențialitatea pacientului sau posibilitatea de revizuire judiciară a unei decizii de reținere forțată a unui pacient. (Art. 2, 9 și 26).

Statul parte trebuie să revizuiască urgent această măsură pentru a o aduce în conformitate cu ICCPR. Trebuie să se asigure că orice măsură coercitivă care privește o problemă de sănătate publică va ține cont de drepturile pacienților, va garanta revizuirea judiciară și confidențialitatea pacientului, astfel încât persoanele cu tuberculoză vor fi tratate într-un mod uman⁵⁰.

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la libertate protejează persoanele împotriva intervențiilor care au ca scop să le limiteze sau să le promoveze fertilitatea și să le împiedice autonomia sexuală, fie că intervențiile sunt din partea statului, fie din partea altor indivizi. Pe lângă protejarea vieții și sănătății persoanei, dreptul la libertate recunoaște acesteia libertatea de a alege să se reproducă precum și libertatea de a decide cu privire la viața sa sexuală⁵¹. Statul trebuie să se asigure că persoanele au acces la asistență juridică în procedurile judiciare și că femeilor din închisoare li se asigură îngrijire medicală după întreruperea sarcinii.

47. CCPR. Comunicarea Nr. 1061/2002: Fijalkowska v. Polonia. Doc. ONU CCPR/C/84/1061/2002. 26 iulie 2005.

48. OHCHR. Recomandări internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului. Iulie 2006. alin. 105.

49. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU. CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie 2009.

50. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU. CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie 2009.

51. Vezi Rebecca Cook. Drepturile internaționale ale omului și ale femeii și sănătatea reproducției. Studii în planificare familială [International Human Rights and Women's Reproductive Health. Studies in Family Planning.], Vol. 24, Nr. 2. martie-aprilie, 1993. p. 79.

Ca și în alte contexte, dreptul la siguranța persoanei a fost rareori utilizat pentru a aborda problemele de sănătate sexuală și reproductivă. De multe ori, organismele de monitorizare ale tratatelor au analizat astfel de probleme prin prisma drepturilor la libertate, viața privată și interzicerea torturii și a tratamentelor crude, inumane sau degradante. Cu toate acestea, dreptul la siguranța persoanei a fost considerat relevant în cazul în care statul sau persoanele private amenință sănătatea sexuală sau libertatea de reproducere a unui individ, cum ar fi atunci când femeile sunt supuse la sterilizare forțată.⁵²

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Comitetul este îngrijorat de faptul că, în ciuda Strategiei Naționale de Sănătate (2005-2015), utilizarea avortului ca măsură contraceptivă este o metodă larg răspândită. În acest sens se remarcă faptul că legea privind asigurarea medicală obligatorie, care prevede includerea contraceptivelor în pachetul de beneficii de bază, nu a fost pusă în aplicare. În plus, Comitetul este îngrijorat că, deși avortul nu este interzis prin lege, au existat cazuri în care femeile au fost urmărite în justiție pentru omor sau pruncucidere după ce au făcut avort și acestea nu au beneficiat de asistență medicală după avort în închisoare. (Art. 3, 9 și 10)

Statul parte trebuie să:

(a) ia măsuri pentru a elimina utilizarea avortului ca metodă de contracepție, asigurând furnizarea de măsuri de contracepție la prețuri accesibile și introducerea educației sexuale și reproductive în programele școlare și pentru publicul larg;

(b) aplice în mod consecvent legea, astfel încât femeile care fac avort să nu fie urmărite penal pentru omor sau pruncucidere;

(c) elibereze toate femeile care în prezent ispășesc pedepse în urma unei astfel de condamnări; și

(d) furnizeze asistență medicală adecvată în penitenciare pentru femeile care au recurs la avort⁵³.

DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

Dreptul la viață privată protejează individul de intervenția nelegală și arbitrară asupra vieții sale private - în sensul că orice intervenție trebuie să se bazeze pe lege și să fie proporțională cu obiectivul urmărit⁵⁴. În contextul îngrijirii pacientului, acest drept poate fi aplicat pentru a preveni divulgarea nejustificată de informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, situația medicală, diagnostic, prognostic, tratament și alte informații personale. Colectarea, deținerea, precum și schimbul de informații cu caracter personal de către o instituție publică sau privată trebuie să fie reglementate prin lege.⁵⁵

Mai mult decât atât, intervențiile statului, cum ar fi cele administrative impuse de sistemul judiciar privind aspecte care ar trebui rezolvate între medic și pacient, au fost considerate o încălcare a dreptului pacientului la viața privată⁵⁶. Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au subliniat că accesul la informație nu ar trebui să afecteze dreptul ca datele personale de sănătate să fie tratate cu confidențialitate⁵⁷.

52. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU. CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie, 2009. alin.17; a se vedea, de asemenea, Comisia Inter-Americană pentru drepturile omului [CIDH]. Paulina Del Carmen Ramirez Jacinto c. Mexic. Cazul 161-02. Raport nr. 21/07. 09 martie 2007; Inter-Am. C.H.R. OEA/Ser.L/V/II. 130 Doc. 22, rev. 29 decembrie 2007.

53. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU. CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie, 2009. alin. 17.

54. CCPR. CCPR Comentariul general nr 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, a familiei, a domiciliului, a corespondenței și protecția privind onoarea și reputația. 8 aprilie 1988. punctele 3-4; CCPR. Comunicare Nr. 1482/2006: M. G. împotriva Germaniei. Doc ONU. CCPR/C/93/D/1482/2006. 2 septembrie 2008. alin. 10.2.

55. Vezi CCPR. CCPR Comentariul general nr 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, a familiei, a domiciliului, a corespondenței și protecția privind onoarea și reputația. 08 aprilie, 1988. alin. 10.

56. CCPR. Comunicarea Nr. 1482/2006: L.M.R v Argentina. Doc ONU. CCPR/C/101/D/1608/2007. 29 martie 2011 alin 9.3.

57. CESCR. CESCR Comentariul general nr 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc ONU. E/C.12/2000/4. 11 august, 2000, alin. 12.

DISPOZIȚII RELEVANTE

► UDHR, Articolul 12:

Nimeni nu va fi supus la imixțiuni arbitrare în viața sa personală, în familia sa, în domiciliul lui sau în corespondența sa, nici la atingeri aduse onoarei și reputației sale. Orice persoană are dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea imixțiuni sau atingeri.

► ICCPR, Articolul 17:

(1) Nimeni nu va putea fi supus vreunor imixțiuni arbitrare sau ilegale în viața particulară, în familia, domiciliul sau corespondența sa, nici la atingeri ilegale aduse onoarei și reputației sale.

► CRC Articolul 16:

(1) Niciun copil nu va fi supus unei imixțiuni arbitrare sau ilegale în viața sa privată, în familia sa, în domiciliul său ori în corespondența sa, precum și niciunui fel de atac ilegal la onoare și reputația sa.

► CRPD, Articolul 22:

1) Nicio persoană cu dizabilități, indiferent de locul sau de tipul de reședință, nu va fi supusă intruziunii arbitrare sau nelegale în viața personală, în familia, căminul ori corespondența sa sau în alte tipuri de comunicare ori atacurilor ilegale la onoare și reputația sa. Persoanele cu dizabilități au dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea intruziuni sau atacuri.

2) Statele părți vor proteja confidențialitatea informațiilor referitoare la datele personale, medicale și de reabilitare ale persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți.

► ICMW, Articolul 14:

Niciun lucrător migrant sau membru al familiei sale nu va fi supus la imixțiuni arbitrare sau nelegale în viața sa privată, de familie, corespondență sau alte mijloace de comunicare, sau la atingeri nelegale la onoare și reputație. Fiecare lucrător migrant și membru al familiei sale are dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea imixțiuni sau atingeri.

Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune⁵⁸

106. Guvernele, în colaborare cu organizațiile neguvernamentale, organizațiile patronale și sindicale și cu sprijinul instituțiilor internaționale... (f) Reproiectarea informațiilor de sănătate, serviciilor și instructajului pentru lucrătorii medicali, în vederea sensibilizării acestora privind aspectele legate de gen și reflectării perspectivelor utilizatorului cu privire la abilitățile interpersonale, de comunicare și dreptul utilizatorului la viața privată și confidențialitate. Aceste servicii, cunoștințe și instructaje ar trebui să adopte o abordare holistică ...

Declarația de la Lisabona cu privire la drepturile pacienților (WMA)⁵⁹

► Principiul 8. Dreptul la confidențialitate

(a) Orice informație identificabilă asupra stării de sănătate a pacientului, situației medicale, diagnosticului, prognosticului și tratamentului, precum și orice informație cu caracter personal, trebuie să fie păstrată în mod confidențial, chiar și după deces. În mod excepțional, urmașii pot avea dreptul de a accesa informațiile care i-ar înștiința cu privire la riscurile lor de sănătate.

(b) Informația confidențială poate fi divulgată numai dacă pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă este prevăzut expres de lege. Informația poate fi divulgată altor furnizori de îngrijiri de sănătate numai în condiții stricte și absolut necesare, dacă pacientul nu-și dă consimțământul în mod explicit.

58 A patra Conferință mondială privind femeile. Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune. Septembrie 1995.

59 WMA. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.

(c) Orice informație identificabilă a pacientului trebuie să fie protejată. Protecția informației trebuie să fie corespunzătoare modului de stocare a ei. Substanțele umane din care poate fi derivată informația trebuie de asemenea să fie protejate.

► **Principiul 10. Dreptul la demnitate**

Demnitatea pacientului și dreptul la viața privată trebuie să fie respectate în orice moment în care se află sub îngrijire medicală sau în sistemul de învățământ, la fel cum trebuie respectate cultura și valorile sale.

Dreptul la viață privată în contextul îngrijirilor de sănătate mintală

Tratamentul medical sau examinarea stării de sănătate psihică și fizică a unui pacient ar putea constitui o încălcare a dreptului pacientului la intimitate atunci când nu se efectuează din „necesitate terapeutică”⁶⁰. În plus, statul trebuie să se asigure că divulgarea de informații medicale privind sănătatea mintală a pacientului este realizată după o analiză atentă a intereselor pacienților privind păstrarea informațiilor confidențiale și private⁶¹.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MENTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ ÎN REPUBLICA COREEA

Comitetul salută eforturile statului parte de a îmbunătăți sănătatea mintală a copiilor prin înființarea, printre altele, a 32 de centre pentru servicii de sănătate mintală la nivel național. Cu toate acestea, Comitetul rămâne îngrijorat de faptul că starea generală a sănătății mintale a copiilor în statul parte s-a deteriorat și că rata de depresie și suicid în rândul copiilor a crescut, în special în rândul fetelor. Comitetul constată punerea în aplicare a unui instrument de diagnosticare pentru a facilita depistarea precoce și prevenirea sinuciderii, dar este totuși îngrijorat de faptul că instrumentul de diagnosticare ar putea avea un impact negativ asupra dreptului copilului la viață privată.

Comitetul recomandă ca statul parte să întreprindă măsuri pentru dezvoltarea unei politici de sănătate mintală a copiilor, bazată pe un studiu temeinic al cauzelor profunde ale depresiei și suicidului în rândul copiilor, și să investească în dezvoltarea unui sistem global de servicii, incluzând activități de promovare a sănătății mintale și de prevenire, cu scopul de a asigura prevenirea eficientă a comportamentului suicidar, în special în rândul fetelor. Privind utilizarea acestui instrument de diagnostic pentru detectarea și prevenirea sinuciderii, Comitetul recomandă ca statul parte să stabilească măsuri de siguranță adecvate pentru a se asigura că instrumentul de diagnosticare este utilizat într-un mod care respectă pe deplin dreptul copilului la viață privată și de a fi consultat în mod corespunzător.⁶²

Dreptul la viață privată în contextul bolilor contagioase

Dreptul la viață privată impune ca statul să se asigure că informațiile privind starea de sănătate a indivizilor, cum ar fi statutul HIV, să rămână confidențiale. Dezvăluirea acestor informații ar trebui să se facă cu acordul informat al pacientului. Statele ar trebui să definească în mod clar și să stabilească principii directoare și recomandări pentru prelucrarea unor astfel de informații, precum și să adopte legi privind viața privată și confidențialitatea. Acestea ar trebui să crească gradul de conștientizare al celor care accesează acest tip de

60. CCPR. Comunicare Nr 1482/2006: M. G. împotriva Germaniei. Doc ONU. CCPR/C/93/D/1482/2006. 2 septembrie 2008. alin. 10.1.

61. CRPD. Observații finale: Ungaria. Doc. ONU CRPD/C/HUN/CO/1. 22 octombrie 2012. punctele 48-49.

62. CRC. Observații finale: Republica Coreea. Doc. ONU CRC/C/KOR/CO/3-4. 6 octombrie 2011. punctele 55-56.

date⁶³. Legile în interesul sănătății publice care interferează cu acest drept trebuie să fie „în conformitate cu dispozițiile, scopurile și obiectivele [ICCPR] și trebuie să fie în orice caz rezonabile în circumstanțele respective”⁶⁴.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Comitetul este preocupat de faptul că persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA pot fi discriminate și stigmatizate în statul parte, inclusiv în domeniul educației, ocupării forței de muncă, locuinței și asistenței medicale, iar străinii sunt supuși în mod arbitrar unor teste HIV/SIDA, în cadrul aplicării normelor cadru privind imigrația. În special, Comitetul este îngrijorat de faptul că personalul medico-sanitar nu respectă întotdeauna confidențialitatea pacientului. De asemenea, este îngrijorat de faptul că legislația interzice adopția copiilor cu HIV/SIDA, privându-i astfel de un mediu familial. (Art. 2, 17 și 26).

Statul parte trebuie să ia măsuri împotriva stigmatizării persoanelor diagnosticate cu HIV/SIDA prin campanii de sensibilizare cu privire la HIV/SIDA și trebuie să modifice legislația și cadrul de reglementare cu scopul de a elimina interdicția de a adopta copii cu HIV/SIDA, precum și orice alte legi sau norme referitoare la HIV/SIDA care sunt discriminatorii.⁶⁵

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

Toonen v. Australia (CCPR)(1994). Comitetul a constatat că legile care incriminează relațiile sexuale consimțite între bărbați adulți „nu poate fi considerat un mijloc rezonabil sau măsură proporțională pentru a preveni răspândirea HIV/SIDA” și, prin urmare, nu poate fi considerat rezonabil, dat fiind faptul că legile au interferat în mod arbitrar cu dreptul individului la viața privată⁶⁶.

Dreptul la viața privată în contextul sănătății sexuale și reproductive

Necesitatea de a proteja confidențialitatea informațiilor medicale este deosebit importantă în ceea ce privește sănătatea sexuală și reproductivă. Analizele privind dreptul la viață privată realizate de către organismele de monitorizare a tratatelor ONU au inclus: (I) condamnarea existenței unei datorii legale a personalului medical privind raportarea cazurilor de avorturi, ca parte a unei incriminări generale a procedurii, fără excepție, descurajând astfel femeile de la a căuta tratament medical și deci punându-le viața în pericol⁶⁷; (II) investigarea acuzațiilor privind necesitatea ca femeile care doresc ocuparea locurilor de muncă în întreprinderi străine să fie supuse la teste de sarcină și la un interogatoriu personal intruziv, urmat de administrarea de medicamente împotriva sarcinii⁶⁸; și (III) necesitatea de a aborda preocupările și viața privată a adolescenților cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv a celor căsătoriți de la o vârstă fragedă și a celor aflați în situații vulnerabile⁶⁹.

63. WHO pentru Regiunea Europeană. Testarea HIV și consiliere în regiunea europeană a WHO ca o componentă esențială a eforturilor de a realiza accesul universal la prevenirea HIV, tratament, îngrijire și sprijin. Cadrul politic. WHO/EURO2010. p. 10.

64. Vezi CCPR. CCPR Comentariu general Nr. 16: Articolul 17 (Dreptul la viață privată). Dreptul la respect pentru viață privată, familie, cămin și corespondență, precum și protecția onoarei și a reputației. 8 aprilie 1988. para. 4; CCPR. Comunicare Nr. 488/1992: Toonen v Australia. Doc ONU. CCPR/C/50/D/488/1992. 31 martie 1994. p. 8.5-8.6..

65. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc ONU. CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie, 2009. alin. 12.

66. CCPR. Comunicarea Nr 488/1992: Toonen v Australia. Doc ONU. CCPR/C/50/D/488/1992. 31 martie 1994. p. 8.5-8.6.

67. CCPR. Observații finale: Chile. Doc. ONU CCPR/C/79/ Add.104. 30 martie 1999; CCPR. Observații finale: Venezuela. Doc ONU. CCPR/CO/71/VEN. 26 aprilie 2001.

68. CCPR. Observații finale: Mexic. Doc .ONU CCPR/C/79/Add.109. 27 iulie, 1999. Cerința necesară pentru ca femeile să aibă acces la căile de atac împotriva încălcării drepturilor la egalitate și la confidențialitate.

69. Comitetul pentru Drepturile Copilului. Observații finale: Djibouti. Doc ONU. CRC/C/15/Add.131. 28 iunie 2000.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚA PRIVATĂ ÎN AUSTRALIA

Comitetul observă un aspect pozitiv în faptul că Biroul de informații al comisarului australian a emis un ghid privind aplicarea Legii australiene privind viața privată în ceea ce privește prelucrarea informațiilor cu caracter personal ale copiilor. Cu toate acestea, Comitetul este preocupat de faptul că Statul parte nu are o legislație cuprinzătoare privind protejarea dreptului la viața privată al copiilor. Mai mult decât atât, deși notează faptul că Biroul de informații al comisarului australian este împuternicit să primească reclamații cu privire la încălcările drepturilor de confidențialitate în conformitate cu Legea privind dreptul la viața privată din 1998 (Cth), totuși este îngrijorat de faptul că nu există mecanisme accesibile și prietenoase copilului și că cele disponibile sunt limitate la reclamațiile formulate împotriva agențiilor și oficiilor de plăți ale guvernului și ale organizațiilor private mari. În plus, Comitetul este îngrijorat deoarece copiii care beneficiază de servicii de sănătate, în special servicii de sănătate sexuală și reproductivă, nu sunt protejați împotriva încălcărilor dreptului la viața privată.

Comitetul recomandă ca statul parte să ia în considerare adoptarea unei legislații naționale cuprinzătoare care să consacre dreptul la viața privată. Acesta îndeamnă de asemenea ca statul parte să stabilească mecanisme accesibile și specifice copilului pentru reclamațiile împotriva încălcării dreptului la viața privată a acestora și pentru a spori protecția copiilor implicați în procese penale⁷⁰.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚA PRIVATĂ

Karen Noelia Llantoy Huaman v. Peru (CCPR)(2003). Comitetul a considerat că refuzul medicului de a realiza un avort la cererea pacientei și, în schimb, de a-i impune acesteia să ducă sarcina la termen, în ciuda existenței unor legi care permit această procedură, nu a fost justificat și a constituit o încălcare a dreptului pacientei la viața privată⁷¹.

L.N.P. v. Argentina (CCPR)(2011). Comitetul a considerat că „anchetele constante” realizate de asistentul social, personalul medical și tribunalul privind „viața sexuală și moralitatea reclamantei” reprezintă o încălcare a dreptului la viața privată, deoarece acestea nu erau relevante în respectul caz de viol. Comisia a reamintit că ingerința apare atunci când viața sexuală a femeii este considerată a condiționa drepturile și protecția ei⁷².

DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Dreptul privind accesul la informații garantează individului obținerea de informații cu caracter personal și informații medicale privind starea lui de sănătate, cu excepția cazului când această informație ar putea fi dăunătoare pentru viața sau sănătatea lui. Statul ar trebui să ia măsurile necesare pentru a garanta accesul pacienților la informații privind sănătatea personală⁷³ și să se asigure că accesul la această informație nu încălcă dreptul pacientului de a nu i se divulga informațiile confidențiale⁷⁴. În consecință, refuzul autorităților unui stat de a oferi pacientului accesul la dosarul său medical a fost tratat ca o încălcare a acestui drept⁷⁵. Cu toate acestea, un pacient are dreptul de a nu fi informat, cu excepția cazului în care această dezvăluire este necesară pentru a proteja viața altei persoane⁷⁶.

70. CRC. Observații finale: Australia. Doc. ONU CRC/C/AUS/CO/4. 28 August 2012. alin. 41-42.

71. CCPR. Comunicarea Nr 1153/2003: Karen Noelia Llantoy Huaman v Peru. Doc ONU. CCPR/C/85/D/1153/2003. 24 octombrie 2005.

72. CCPR. Comunicare Nr 1610/2007: L.N.P. c. Argentina. Doc. ONU CCPR/C/102/D/1610/2007. 16 august, 2011. alin. 13, 7.

73. Vezi Raportul special al ONU privind libertatea de exprimare. Raportul „Dreptul la libertatea de opinie și exprimare” Doc. ONU E/CN.4/2005/64. 17 decembrie 2004. alin. 42.

74. CESC. CESC Comentariul general nr 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc ONU. E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12 (b)(IV).

75. CCPR. Comunicare Nr. 726/1996: Zheludkov v. Ukraine. Doc ONU. CCPR/C/76/D/726/1996. Opinii adoptate de 29 octombrie 2002. Opinie individuală a doamnei Cecilia Medina Quiroga (concordantă).

76. WMA. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981. principiul 7(d).

În plus, accesul la informație a fost interpretat ca o parte esențială a componentei de accesibilitate a dreptului la sănătate⁷⁷.

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Articolul 19:** Orice om are dreptul la libertatea opiniilor și exprimării; acest drept include libertatea de a avea opinii fără imixtiune din afară, precum și libertatea de a căuta, de a primi și de a răspândi informații și idei prin orice mijloace și independent de frontierele de stat.
- ▶ **ICCPR, Articolul 19 (2):** Orice persoană are dreptul la libertatea de exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și de a răspândi informații și idei de orice fel, indiferent de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită ori artistică, sau prin orice alt mijloc, la alegerea sa.
- ▶ **CRC, Articolul 17:** Statele părți vor recunoaște importanța funcției îndeplinite de mijloacele de informare în masă și vor asigura accesul copilului la informație și materiale provenind din surse naționale și internaționale, în special cele care urmăresc promovarea bunăstării sale sociale, spirituale și morale și a sănătății sale fizice și mintale.
- ▶ **ICRPD, Articolul 21:** Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități își pot exercita dreptul la libertatea de expresie și opinie, inclusiv libertatea de a căuta, primi și împărtăși informații și idei, în condiții de egalitate cu ceilalți, prin toate formele de comunicare alese de ele, după cum sunt definite în articolul 2 din prezenta Convenție, inclusiv prin: (a) Furnizarea informațiilor destinate publicului larg, către persoanele cu dizabilități, în formate accesibile și cu tehnologii adecvate diverselor tipuri de dizabilități, la timp și fără cost suplimentar;
- ▶ **ICMW**
 - **Art. 13 (2):** Muncitorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la liberă exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și răspândi informații și idei independent de frontierele de stat, verbal, în scris sau tipărit, în formă artistică sau prin intermediul oricărui mijloc media la alegerea lui.
 - **Art. 33:**
 - (1) Muncitorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul de a fi informați de către statul de origine, statul de angajare sau statul de tranzit, cu privire la: (a) drepturile lor care decurg din prezenta convenție; ...
 - (3) Astfel de informații adecvate se furnizează la cerere muncitorilor migranți și membrilor familiilor acestora, în mod gratuit și, pe cât posibil, într-o limbă pe care sunt capabili să o înțeleagă.

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient⁷⁸

- ▶ **Principiul 5:** Informația exactă, relevantă și cuprinzătoare este esențială pentru a permite pacienților și celor care îi îngrijesc să ia decizii informate asupra îngrijirii și tratamentului medical și a traiului în prezența afecțiunii pe care o au. Informația trebuie să fie prezentată într-un format corespunzător principiilor de cunoștințe în domeniul sănătății, luând în considerare starea, limba, vârsta, înțelegerea, abilitățile și cultura persoanei.

77. CESCR. CESCR Comentariul general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12 (b)(IV).

78. IAPO. Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006.

Declarația WMA privind Drepturile Pacienților⁷⁹

► Principiul 7. Dreptul la informare:

- a) Pacientul are dreptul de a primi informația în legătură cu el care este conținută în oricare din înregistrările sale medicale și de a fi pe deplin informat despre starea lui de sănătate, inclusiv în legătură cu datele medicale despre afecțiunea sa. Cu toate acestea, informația confidențială din înregistrările pacientului despre o terță parte nu trebuie să-i fie oferită pacientului fără consimțământul terței părți.
- b) În caz excepțional, informația poate fi ascunsă de pacient dacă există un motiv serios de a crede că această informație poate provoca un risc pentru viața sau sănătatea acestuia.
- c) Informația trebuie să fie prezentată într-un mod corespunzător culturii pacientului și în așa fel încât pacientul să o poată înțelege.
- d) Pacientul are dreptul de a nu fi informat la cererea sa expresă, cu excepția cazului în care acest fapt se cere pentru protejarea vieții unei alte persoane.
- e) Pacientul are dreptul să aleagă persoana, dacă este cazul, care va fi informată în privința lui.

► Principiul 9. Dreptul la Educație pentru Sănătate:

- a) Fiecare persoană are dreptul la educație pentru sănătate care o va ajuta în a face alegeri informate cu privire la sănătatea personală și a serviciilor de sănătate disponibile. Educația ar trebui să includă informații despre un stil de viață sănătos și despre metodele de prevenire și depistare precoce a bolilor. Trebuie subliniată responsabilitatea fiecăruia pentru propria sănătate. Medicii au obligația de a participa activ la eforturile de educare.

Dreptul la informare în contextul sănătății mintale

Pacienților care suferă de afecțiuni din sfera sănătății mintale le este refuzat adesea accesul la informații cu privire la starea lor de sănătate, inclusiv cele referitoare la diagnostic și tratament. Acest lucru se datorează percepției conform căreia acești pacienți sunt incapabili să ia decizii privind îngrijirea și propriul tratament.⁸⁰ Organismele de monitorizare a tratatelor și procedurile speciale au recunoscut importanța accesului la informații în contextul sănătății mintale și au subliniat faptul că informațiile privind starea de sănătate mintală a pacientului trebuie să fie puse la dispoziția pacientului, iar în cazul copiilor aceste informații să fie accesibile părinților⁸¹.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA INFORMARE ÎN ESTONIA

Comitetul este îngrijorat deoarece persoanele cu dizabilități psihosociale sau tutorii legali ai acestora nu sunt suficient informați cu privire la procedurile penale împotriva lor, acuzațiile împotriva lor, dreptul la un proces echitabil, dreptul de a primi asistență juridică adecvată și eficientă (Art. 2, 10, 11, 12, 13 și 16).

Statul parte trebuie:

- (a) Să asigure o supraveghere eficace și o monitorizare independentă de către organele judiciare cu privire la orice spitalizare involuntară a persoanelor cu dizabilități mintale și psihosociale în instituțiile psihiatrice și să se asigure că fiecare pacient, indiferent dacă este spitalizat voluntar sau nenvoluntar, este pe deplin informat cu privire la tratamentul prescris și i se oferă posibilitatea de a refuza tratamentul sau orice altă intervenție medicală; ...

79. WMA. Declarația privind drepturile pacienților. Septembrie/octombrie 1981.

80. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind „Dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate”. Doc. E/ CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 46(b).

81. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind „Dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate”. Doc. E/ CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 46(b).

- (c) Să asigure respectarea dreptului persoanelor cu dizabilități mintale și psiho-sociale sau tutorilor acestora legali de a fi informați corespunzător cu privire la procedurile penale și acuzațiile împotriva lor, dreptul la un proces echitabil și dreptul la asistență juridică adecvată și eficientă pentru apărarea lor⁸².

Dreptul la informare în contextul bolilor contagioase

Statele trebuie să ia măsuri pentru a controla răspândirea bolilor contagioase prin difuzarea de informații prin intermediul campaniilor de informare publică⁸³. Accesul la informații permite persoanelor să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la afecțiunea lor. De exemplu, atunci când o persoană decide dacă dorește să facă o testare HIV, trebuie să i se furnizeze informații cu privire la: caracterul voluntar al testării; dreptul acesteia de a o refuza; informația că în cazul în care refuză testarea, nu îi va fi afectat accesul la servicii; beneficiile și riscurile testării HIV; sprijinul social disponibil⁸⁴.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND LIBIA CU PRIVIRE LA BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Comitetul a luat act de înființarea Comitetului Național pentru Prevenirea SIDA în 1987 și de alte măsuri pentru a aborda problema privind HIV/SIDA, dar este îngrijorat de numărul relativ mare de copii infectați cu HIV/SIDA din Benghazi. Comisia este totodată preocupată de lipsa de informație disponibilă privind sănătatea adolescenților, în special în privința problemelor legate de sănătatea mintală.

*Comitetul recomandă ca statul parte să: ... (c) asigure accesul și educația adolescenților cu privire la problemele de sănătate ale acestora, într-o manieră sensibilă, în special în ceea ce privește sănătatea mintală.*⁸⁵

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INFORMARE

Tornel et al. v. Spania (CCPR)(2006). Comitetul a constatat că eșecul penitenciarului de a informa familia deținutului cu privire la starea de sănătate grav deteriorată a acestuia legată de statutul de HIV pozitiv, a constituit o imixtiune arbitrară în cadrul familiei acestuia, încălcând Art. 17(1) din ICCPR⁸⁶.

Dreptul la informare în contextul sănătății sexuale și reproductive

Furnizarea de informații adecvate în timp util vizând sănătatea sexuală și reproductivă este deosebit de importantă, accesul la o asemenea informație permițând indivizilor să ia decizii informate cu privire la numărul, diferența de vârstă și momentul concepției copiilor lor. În plus, dreptul la informare include accesul la servicii de consiliere confidențiale și sensibile față de copii⁸⁷, și, în ceea ce privește adolescenții, accesul la informație fără acord parental, în funcție de nivelul de maturitate al adolescentului⁸⁸. Astfel, organismele

82. Comitetul CAT. Observații finale: Estonia. Doc. ONU CAT/C/EST/CO/5. 17 iunie 2013. alin. 20.

83. CDESCR. Observații finale: Lituania. Doc. ONU E/C.12/1/Add.96. 7 iunie 2004; Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului pentru eliminarea discriminării față de femei: Ședința 28, sesiunea 29. Doc. ONU A/58/38(SUPP). 2003. alin. 260.

84. WHO pentru Regiunea Europeană. Extinderea testării și consiliere HIV în regiunea europeană a WHO ca o componentă esențială a eforturilor de a realiza accesul universal la prevenirea HIV, tratament, îngrijire și sprijin. Cadrul politic. p. 7.

85. Comitetul CRC. Observații finale: Libia (Arab Jamahiriya). Doc. ONU CRC/C/15/Add.209. 4 iulie 2003. alin. 37-38.

86. CCPR. Comunicarea Nr. 1473/2006: Tornel v. Spania. Doc. ONU CCPR/C/95/D/1473/2006. 20 martie 2009. para. 7.4.

87. Comitetul CRC. Observații finale: Oman, 2006. Doc. ONU CRC/C/OMN/CO/2. 29 septembrie 2006. para. 50(c); Comitetul CRC. Observații Finale: Federația Rusă. Doc. ONU CRC/C/RUS/CO/3. 23 noiembrie 2005. para. 56.

88. Comitetul CEDAW. Recomandarea generală CEDAW Nr.24; Art. 12 CEDAW. Doc. ONU A/54/38/Rev. 1, cap. I. 1999. para. 14; Comitetul CRC. Observații finale: Austria. Doc. ONU CRC/C/15/Add.98. 7 mai 1999. para. 15; Comitetul CRC. Observații finale: Bangladesh. Doc. ONU CRC/C/15/Add.221. 27 octombrie 2003. para. 60; Comitetul CRC. Observația finală a Comitetului privind Drepturile Copilului: Barbados. Doc. ONU CRC/C/15/Add.103. 24 august 1999. para. 25.

de monitorizare a tratatelor ONU au îndemnat guvernele să îmbunătățească accesul, luând în considerare creșterea avorturilor în rândul adolescentelor, precum și a bolilor cu transmitere sexuală,⁸⁹ inclusiv HIV/SIDA,⁹⁰ acest drept la acces extinzându-se și în ceea ce-i privește pe copii.⁹¹

OBSERVAȚII FINALE REFERITOARE LA SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INFORMARE ÎN PANAMA

Comitetul este îngrijorat de faptul că statul parte nu recunoaște și nu protejează îndeajuns sănătatea sexuală și drepturile reproductive ale femeilor, în special privind întârzierea de a dezbate proiectul Legii nr. 442 cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă. Acesta regretă lipsa de acces la informații cu privire la serviciile de sănătate acordate adolescentelor, în special în zonele rurale, precum și numărul mare de sarcini timpurii. În plus, Comitetul este preocupat de lipsa unei abordări holistice privind starea de sănătate a femeilor în statul parte.

Comitetul îndeamnă statul parte să ia măsurile necesare pentru a depăși împasul privind proiectul Legii nr. 442 și promulgarea urgentă a acesteia. De asemenea, Comitetul îndeamnă statul parte să își îmbunătățească proiectele de planificare familială, programele de sănătate privind reproducerea și politicile menite să permită accesul efectiv la informație al femeilor și adolescentelor, în special al celor din zonele rurale, cu privire la serviciile de sănătate, inclusiv la servicii de sănătate privind reproducerea și contracepția. Acest lucru trebuie realizat în conformitate cu recomandarea generală nr. 24 a Comitetului privind femeile și sănătatea și Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune. De asemenea, Comitetul recomandă ca statul parte să își intensifice eforturile pentru a încorpora în programele școlare ore de educație sexuală și de a organiza campanii de informare menite să prevină sarcinile în rândul adolescentelor. Mai recomandă ca statul parte să întreprindă o abordare holistică și conformă cu ciclul de viață pentru sănătatea femeilor, care să includă un accent intercultural⁹².

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INFORMARE

A.S. v. Ungaria (Comitetul CEDAW)(2006). O femeie de etnie romă a fost supusă unei proceduri de sterilizare fără a se obține consimțământul informat al acesteia. Comitetul a constatat încălcarea dreptului la informare și a dreptului de a decide în mod liber cu privire la numărul de copii conform CEDAW. Comitetul a reamintit că „luarea deciziilor informate cu privire la măsuri contraceptive sigure și de încredere depinde de deținerea informațiilor cu privire la măsurile contraceptive și la utilizarea lor, precum și de garantarea accesului la educație sexuală și la servicii de planificare familială”⁹³.

DREPTUL LA INTEGRITATEA CORPORALĂ

Dreptul la integritatea corporală protejează individul de vătămare corporală⁹⁴. În contextul îngrijirii pacientului, acest drept devine relevant în cazurile de tratament medical nenvoluntar și în proceduri experimentale⁹⁵.

89. CESCR. Observații finale: Lituania. Doc. ONU E/C.12/1/Add.96. 7 iunie 2004; Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Împotriva Femeilor: Sesiunile 28, 29. Doc. ONU A/58/38 (SUPP). 2003; a se vedea și CESCR. Observații finale: Republica Populară China (inclusiv Hong Kong și Macao). Doc. ONU E/C.12/1/Add.107. 13 mai 2005.
90. CESCR. Observații finale: Chile. Doc. ONU E/C.12/Add.105. 26 noiembrie 2004; a se vedea și CESCR. Observații finale: Cameroon. Doc. ONU E/C.12/1/Add.40. 8 decembrie 1999; a se vedea și Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor: Sesiunile 28, 29. Doc. ONU A/58/38 (SUPP). 2003.
91. Comitetul CRC. Observații finale: Mozambique. Doc. ONU CRC/C/15/Add.172. 3 aprilie 2002; a se vedea și Comitetul CRC. Observații finale: Indonesia. Doc. ONU CRC/C/15/Add.223. 26 februarie 2004.
92. Comitetul CEDAW. Observații finale: Panama. Doc. ONU CEDAW/C/PAN/CO/7 . 5 februarie 2010. alin 40-41.
93. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 4/2004: A.S. v. Ungaria. Doc ONU. CEDAW/C/36/D/4/2004. 14 iulie, 2006. alin. 11.2 (amintind Comentariul general 21 al Comitetului CEDAW privind egalitatea în căsătorie și în relațiile de familie).
94. CCPR. Proiectul Comentariului general nr 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc ONU. CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. alin. 8.
95. CESCR. CESCR Comentariul general nr 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc ONU. E/C.12/2000/4. 11 august 2000 alin. 8.

Acesta nu este recunoscut în mod specific în ICCPR sau ICESCR, dar a fost interpretat ca fiind parte a drepturilor conexe, inclusiv a dreptului de a nu fi supus torturii și de a nu fi supus tratamentelor săvârșite crude, inumane și degradante (ICCPR, Art. 7); dreptul la siguranța persoanei (ICCPR, Art. 9); dreptul la viața privată (ICCPR, Art. 17); și dreptul privind atingerea celui mai înalt standard de sănătate (ICESCR, Art. 12). În conformitate cu acest drept, un stat trebuie să ia măsurile necesare pentru a proteja individul de la amenințările privind integritatea sa corporală, indiferent dacă aceste amenințări provin de la agenții statului sau de la persoane private⁹⁶. A se vedea secțiunile privind drepturile conexe.

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Art. 3:** Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.
- ▶ **ICCPR, Articolul 9 (1):** Orice individ are dreptul la libertate și la securitatea persoanei sale. Nimeni nu poate fi arestat sau deținut în mod arbitrar. Nimeni nu poate fi privat de libertatea sa decât pentru motivele legale și în conformitate cu procedura prevăzută de lege.
- ▶ **ICESCR, Articolul 12:** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.
- ▶ **CERD, Art. 5 (b):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare:... (b) dreptul la securitatea persoanei și la protecția statului împotriva violențelor sau maltratărilor, fie din partea funcționarilor guvernului, fie a oricărui individ, grup sau instituție;
- ▶ **CRC**
 - **Art. 12 (1):** Statele părți vor garanta copilului capabil de discernământ dreptul de a-și exprima liber opinia asupra oricărei probleme care îi privește, opiniile copilului urmând să fie luate în considerare ținându-se seama de vârsta sa și de gradul său de maturitate
 - **Art. 25:** Statele părți recunosc dreptul copilului care a fost plasat de către autoritatea competentă pentru a primi îngrijiri, la protejarea sau tratarea afecțiunilor sale fizice ori mentale, dreptul la verificarea periodică a tratamentului respectiv și a oricăror alte aspecte legate de plasarea sa.
 - **Art. 39:** Statele părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a facilita recuperarea fizică și psihologică și reintegrarea socială a copiilor, victime ale unei forme de neglijență, exploatare sau abuz, de tortură sau pedeapsă ori tratamente crude, inumane sau degradante ori victime ale unui conflict armat. Această readaptare și această reintegrare se vor desfășura în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.
- ▶ **ICRPD**
 - **Art. 14 (1):** Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți: (a) Se bucură de dreptul la libertate și siguranță a persoanei;...
 - **Art. 17:** Fiecare persoană cu dizabilități are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică și mentală, în condiții de egalitate cu ceilalți.
- ▶ **ICMW**
 - **Art. 16:**
 - (1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la libertate și la siguranță.
 - (3) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la o protecție efectivă a statului împotriva violenței, vătămării fizice, amenințărilor și intimidărilor săvârșite fie de către

96. CCPR. Proiectul Comentariului general nr 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc ONU. CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8; CCPR. Comunicare Nr. 1560/2007.: Marcellana și Gumanoy v Filipine. Doc ONU.

funcționarii publici, fie de către persoane fizice, grupuri sau instituții.

Recomandări Internaționale Etice pentru Studii Biometrice cu Implicarea Subiecților Umani:⁹⁷

Respectul pentru persoană încorporează cel puțin două considerente etice fundamentale, și anume:

- (a) respectarea autonomiei, care impune ca cei care sunt capabili să discearnă cu privire la alegerile lor personale trebuie să fie tratați cu respect pentru capacitatea lor de autodeterminare; și
- (b) protecția persoanelor cu autonomie deficientă sau diminuată, care impune ca cei care sunt dependenți sau vulnerabili să beneficieze de protecție împotriva efectelor nocive sau a abuzurilor.

Principiile pentru Protecția Persoanelor cu Boli Psihice și pentru Îmbunătățirea Sănătății Mintale⁹⁸

► **Principiul 9:**

- 1) Orice pacient are dreptul de a fi tratat într-un mediu cât mai puțin restrictiv și printr-un tratament cât mai puțin restrictiv sau intruziv. Tratamentul trebuie să fie adecvat nevoilor de sănătate ale pacientului și trebuie să aibă în vedere necesitatea de a proteja siguranța fizică a celorlalți.
- 2) Tratamentul și îngrijirea fiecărui pacient se bazează pe un plan individual discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat după cum este necesar și furnizat de către un personal calificat.
- 3) Serviciile de îngrijiri de sănătate mintală trebuie să fie furnizate întotdeauna în conformitate cu standardele de etică aplicabile pentru practicienii din acest domeniu, inclusiv cu standardele acceptate la nivel internațional, precum Principiile Eticii Medicale relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în ceea ce privește protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Nu trebuie să se abuzeze de cunoștințele din domeniul sănătății mintale și de alte abilități relevante.
- 4) Tratamentul fiecărui pacient trebuie să fie direcționat spre conservarea și consolidarea autonomiei personale.

Declarația de la Lisabona privind drepturile Pacienților⁹⁹

► **Principiul 2. Dreptul la libertatea de alegere**

- a) Pacientul are dreptul de a alege în mod liber și de a-și schimba medicul, spitalul sau instituția de sănătate, indiferent dacă acestea se află în sectorul privat sau public.

► **Principiul 3. Dreptul la autodeterminare**

- b) Pacientul are dreptul la autodeterminare, pentru a lua decizii libere cu privire la propria persoană. Medicul va informa pacientul cu privire la consecințele deciziei sale.
- c) Un pacient sănătos psihic are dreptul de a-și da sau de a nu-și da consimțământul pentru orice procedură de diagnostic sau terapie. Pacientul are dreptul la informațiile necesare pentru a lua propriile decizii. Pacientul trebuie să înțeleagă în mod clar care este scopul oricărui test sau tratament, ce rezultate ar implica și care ar fi implicațiile în cazul refuzului de a-și da consimțământul.
- d) Pacientul are dreptul de a refuza să participe la cercetarea științifică în domeniul medicinei.

97. CIOMS. Recomandări etice internaționale pentru studiul biomedical cu implicarea subiecților umani. 2002.

98. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite . Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 46/119: Principii pentru protecția persoanelor cu boli psihice și pentru îmbunătățirea sănătății mintale. Doc. ONU A/RES/46/119. 17 decembrie 1991.

99. WMA. Declarația privind drepturile pacienților. Septembrie/octombrie 1981.

► **Principiul 4. Pacientul inconștient**

- a) În cazul în care pacientul este inconștient sau se află în imposibilitate de a-și exprima voința, consimțământul informat trebuie obținut de la un reprezentant legal al acestuia, ori de câte ori este posibil.
- b) În cazul în care reprezentantul legal nu este disponibil și este necesară o intervenție medicală urgentă, acordul pacientului poate fi presupus, cu excepția cazului în care este evident și dincolo de orice îndoială, pe baza unei exprimări sau a unei convingeri precedente ferme a acestuia, că pacientul ar refuza respectiva procedură.
- c) Cu toate acestea, medicii trebuie întotdeauna să încerce să salveze viața unui pacient inconștient care a încercat să se sinucidă.

► **Principiul 5. Pacientul incapabil din punct de vedere legal**

- a) În cazul în care un pacient este minor sau în altă situație de incapacitate legală, consimțământul unui reprezentant legal este necesar în anumite jurisdicții. Cu toate acestea, pacientul trebuie să fie implicat în procesul decizional, în raport cu capacitatea sa.
- b) În cazul în care pacientul incapabil din punct de vedere legal poate totuși să ia decizii raționale, acestea trebuie să fie respectate, iar pacientul are dreptul de a interzice reprezentantului său legal divulgarea de informații.
- c) În cazul în care reprezentantul legal al pacientului, sau o persoană autorizată de către pacient, interzice tratamentul pe care medicul îl consideră în interesul pacientului, medicul trebuie să conteste această decizie în fața instituției legale sau de altă natură care este relevantă în cauză. În caz de urgență, medicul va acționa în interesul pacientului.

► **Principiul 6. Proceduri realizate împotriva voinței pacientului**

- d) Procedurile de diagnosticare sau tratament împotriva voinței pacientului pot fi efectuate numai în cazuri excepționale, dacă este permis în mod expres de lege și în conformitate cu principiile eticii medicale.

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății mintale

Dreptul la integritate corporală protejează pacienții care suferă de afecțiuni ce țin de sănătatea mintală împotriva măsurilor coercitive și a imobilizării. Dacă este necesară folosirea forței sau imobilizarea, aceasta trebuie să fie făcută în urma unei „evaluări medicale aprofundate și profesionale”, din care să rezulte că se impune o asemenea intervenție¹⁰⁰. Mai mult decât atât, statul are obligația de a stabili un sistem de monitorizare și raportare al instituțiilor de sănătate mintală¹⁰¹. Este nevoie de monitorizarea instituțiilor psihiatrice și a altor instituții pentru a se asigura că nicio persoană nu este internată pe baza dizabilității sale mintale și fără consimțământul liber și în cunoștință de cauză al acesteia¹⁰².

Așa cum s-a explicat mai sus, amenințările față de integritatea corporală a unor astfel de persoane pot fi realizate și prin încălcarea altor drepturi conexe, cum ar fi dreptul la siguranță al persoanelor și dreptul de a nu fi supus torturii, tratamentelor crude, inumane și degradante. Ca și în cazul dreptului la siguranța persoanei, statul are obligația de a monitoriza instituțiile psihiatrice și alte instituții pentru a se asigura că nicio persoană nu este internată pe baza dizabilității sale mintale și fără consimțământul liber și dat în cunoștință de cauză al acesteia¹⁰³. Dacă este necesară folosirea forței sau imobilizarea, aceasta trebuie să fie făcută în urma unei

100. CCPR. Observații finale: Norvegia. Doc. ONU CCPR/C/NOR/CO/6. 18 noiembrie, 2011. alin. 10.

101. CCPR. Observații finale: Norvegia. Doc. ONU CCPR/C/NOR/CO/6. 18 noiembrie, 2011. alin. 10; CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. para. 17.

102. CRPD. Monitorizarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Ghid pentru monitorii de drepturile omului. Doc ONU. HR/P/PT/17. Aprilie 2010.

103. CRPD. Monitorizarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Ghid pentru monitorii de drepturile omului. Doc ONU. HR/P/PT/17. Aprilie 2010.

„evaluări medicale aprofundate și profesionale”, din care să rezulte că se impune o asemenea intervenție¹⁰⁴. Mai mult decât atât, guvernul are obligația de a stabili un sistem de monitorizare și raportare al instituțiilor de sănătate mintală.¹⁰⁵

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA INTEGRITATEA CORPORALĂ ȘI SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN CROAȚIA

Deși s-a observat afirmația statului parte privind angajamentul asumat de a aboli folosirea paturilor prin care se închide persoana (cuști/paturi din plasă), ca un mijloc de imobilizare a pacienților cu probleme de sănătate mintală, inclusiv a copiilor, în instituții, Comitetul este preocupat de utilizarea în prezent a acestor paturi. Comitetul reamintește că această practică reprezintă un tratament inuman și degradant. (Art. 7, 9, 10 din Pact).

Statul parte trebuie să ia măsuri imediate pentru a aboli utilizarea paturilor prin care se închide persoana în instituțiile psihiatrice și cele conexe. Statul parte trebuie să stabilească, de asemenea, un sistem de control, luând în considerare Principiile Națiunilor Unite pentru Protecția Persoanelor cu Boli Psihice și Îmbunătățirea Sănătății Mentale¹⁰⁶.

Dreptul la integritate corporală în contextul bolilor contagioase

Dreptul la integritate corporală devine deosebit de relevant în cazurile în care persoanele cu boli contagioase sunt supuse unor măsuri coercitive, cum ar fi carantina sau tratamentul forțat. În acest context, statele trebuie să se asigure că interesul privind protecția sănătății populației este într-un raport de echilibru cu dreptul individului la integritate corporală și că individul este tratat în mod uman¹⁰⁷. De exemplu, statele trebuie să ia în considerare rezultatele posibile și efectele testării HIV - inclusiv stigmatizarea, discriminarea, violența și alte abuzuri. Mai mult, acestea „trebuie să ia toate măsurile necesare pentru a preveni asemenea încălcări ale drepturilor, atât în scopul protecției individului, cât și ca metodă eficientă în lupta națională împotriva virusului HIV.”¹⁰⁸

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

[C]omitetul constată cu îngrijorare că, în conformitate cu o reglementare promulgată în august 2009, persoanele cu tuberculoză pot fi supuse reținerii forțate în condițiile în care se consideră că „evită să urmeze tratamentul”. Reglementarea nu prevede clar ce se înțelege prin sustragere de la tratament și nu asigură confidențialitatea pacientului sau posibilitatea de revizuire judiciară a unei decizii de reținere forțată a unui pacient. (Art. 2, 9 și 26).

Statul parte trebuie să revizuiască urgent această măsură pentru a o aduce în conformitate cu ICCPR. Trebuie să se asigure că orice măsură coercitivă care privește o problemă de sănătate publică va ține cont de drepturile pacienților, va garanta revizuirea judiciară și confidențialitatea pacientului, astfel încât persoanele cu tuberculoză vor fi tratate într-un mod uman¹⁰⁹.

104. CCPR. Observații finale: Norvegia. Doc. ONU CCPR/C/NOR/CO/6. 18 noiembrie 2011. alin. 10.

105. CCPR. Observații finale: Norvegia. Doc. ONU CCPR/C/NOR/CO/6. 18 noiembrie 2011. alin. 10; CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. para. 17.

106. CCPR. Observații finale: Croația. Doc. ONU CCPR/C/CRO/CO/2. 04 noiembrie 2009. alin. 12.

107. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie 2009. alin. 13.

108. WHO pentru Regiunea Europeană. Extinderea testării și consilierii HIV în regiunea europeană a WHO ca o componentă esențială a eforturilor de a realiza accesul universal la prevenirea HIV, tratament, îngrijire și sprijin. Cadrul politic. WHO/EURO 2010. p. 10.

109. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU CCPR/C/MDA/CO/2. 04 noiembrie 2009.

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la siguranță îi garantează persoanei dreptul de a avea control asupra propriului corp. Acțiunile fizice realizate asupra corpului individului fără consimțământul său (cum ar fi sterilizarea forțată) au fost considerate „acte de violență”¹¹⁰. Organismele de monitorizare ale tratatelor au recunoscut faptul că practicile precum mutilarea genitală pot încălca dreptul fetelor la siguranța personală și integritatea lor fizică și morală, amenințându-le viața și sănătatea¹¹¹. În cazul sterilizării forțate, guvernele trebuie să ia măsurile necesare pentru a preveni astfel de acte, cum ar fi tragerea la răspundere penală a furnizorilor de asistență medicală pentru efectuarea sterilizărilor fără consimțământul total, liber și dat în cunoștință de cauză de către persoană.¹¹²

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ ÎN REPUBLICA CEHĂ

Comitetul constată cu îngrijorare că femeile, o mare parte dintre ele fiind de origine romă, au fost supuse sterilizării forțate. Încurajează anchetele întreprinse de Avocatul Poporului în privința acestei probleme, însă rămâne îngrijorat de faptul că până în prezent statul parte nu a luat măsuri suficiente și prompte pentru a stabili cine se face vinovat de aceste acțiuni și pentru a oferi despăgubiri victimelor...

Statul parte trebuie să ia măsuri ferme, fără întârziere, pentru a recunoaște prejudiciul adus victimelor... și să recunoască situația specială a femeilor rome în această privință. Acesta ar trebui să ia toate măsurile necesare pentru a facilita accesul victimelor la justiție și la despăgubiri, inclusiv prin stabilirea răspunderii penale și crearea unui fond pentru a ajuta victimele în depunerea reclamațiilor. Comisia îndeamnă statul parte să stabilească criterii clare și obligatorii pentru consimțământul informat al femeilor înainte de sterilizare și să se asigure că aceste criterii și proceduri care trebuie urmate sunt bine cunoscute practicienilor și publicului¹¹³.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA SIGURANȚA PERSOANEI

Szjijarto v. Ungaria (Comitetul CEDAW)(2006). Comisia a constatat o încălcare a articolului 12 din CEDAW (printre altele) în cazul unei femei de etnie romă care a fost sterilizată fără consimțământul ei informat și a subliniat că „serviciile acceptabile” sunt cele efectuate cu acordul deplin și în cunoștință de cauză al femeii, reiterând obligația statelor părți de a preveni aceste forme de constrângere, cum ar fi sterilizarea fără consimțământul dat în cunoștință de cauză¹¹⁴.

DREPTUL LA VIAȚĂ

Dreptul la viață protejează individul împotriva pedepsei cu moartea în cazul în care hotărârea din procesul care a stat la baza condamnării nu este în conformitate cu dreptul internațional al drepturilor omului (ICCPR,

110. Raportorul special al ONU privind dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală [Raportor special al ONU privind dreptul la sănătate]. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie, 2005. alin. 38; Supravegherea drepturilor omului [HRW]. Sterilizarea femeilor și fetelor cu dizabilități: document de informare. 10 noiembrie 2011.

111. Comitetul CEDAW. Observații finale: Burkina Faso. Doc. ONU A/55/38(Supp). 17 august 2000. alin. 261.

112. Comitetul CAT. Observații finale: Slovacia. Doc. ONU CAT/C/SVK/CO/2. 31 decembrie 2009, alin. 10.

113. CERD. Observații finale: Republica Cehă. Doc. ONU CERD/C/CZE/CO/7. 11 aprilie 2007. alin. 14.

114. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 4/2004: Szjijarto v Ungaria. Doc. ONU A/61/38. 14 august 2006. secțiunea 11.3.

Art. 14)¹¹⁵. În plus, dreptul la viață implică obligații substanțiale din partea statului (1) să se abțină de la utilizarea forței letale efective sau potențiale, din partea agenților statului, în măsura în care nu este absolut necesară și (2) să protejeze viața persoanelor predispuse vătămărilor realizate de actori privați. Aceasta include, de asemenea, o obligație procedurală din partea statului de a efectua investigații eficiente în privința deceselor (altele decât cele care rezultă din cauze naturale).

Dreptul la viață nu trebuie interpretat în sens restrâns și „necesită ca statele să adopte măsuri pozitive... pentru a crește speranța de viață”¹¹⁶. De exemplu, în ceea ce privește îngrijirea pacientului, dreptul la viață impune ca guvernul să își îndeplinească întotdeauna datoria de a reglementa și monitoriza instituțiile medicale private în scopul de a proteja acest drept¹¹⁷.

În conformitate cu dreptul la viață, guvernul trebuie să furnizeze un nivel minim de servicii de îngrijiri de sănătate și medicamente esențiale care să asigure sănătatea pacientului. În cazul în care serviciile de îngrijiri de sănătate sunt neadecvate și duc la moartea pacientului, atunci, în funcție de circumstanțe, statul poate fi tras la răspundere pentru proasta gestionare a resurselor de îngrijiri de sănătate, precum și de moartea pacientului ¹¹⁸.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

- **Art. 3:** Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.

▶ ICCPR

- **Art. 6(1):** Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viața sa în mod arbitrar.

▶ CRC

- **Art. 6:**
 - 1) Statele părți recunosc dreptul la viață al fiecărui copil.
 - 2) Statele părți vor face tot ce le stă în putință pentru a asigura supravegherea și dezvoltarea copilului.

▶ ICRPD

- **Art. 10:** Statele părți reafirmă că fiecare ființă umană are dreptul inalienabil la viață și vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități se bucură efectiv de acest drept în condiții de egalitate cu ceilalți.

▶ ICMW

- **Art. 9:** Dreptul la viață al lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor este protejat prin lege.
- **Articolul 28:** Lucrătorii migranți și membrii familiilor au dreptul să primească orice îngrijire medicală care este urgentă și necesară pentru protejarea propriei vieți sau evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu trebuie să le fie refuzată din cauza unei neregularități, de orice natură ar fi aceasta, legată de ședere sau angajare.

115. CCPR. Comunicare Nr. 1520/2006: Mwamba v Zambia. Doc. ONU. CCPR/C/98/D/1520/2006. 30 aprilie 2010. alin 6.8.

116. CCPR. Comentariul general CCPR 6: Dreptul la viață (articolul 6). 30 aprilie 1982. punctele 1, 5.

117. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 17/2008: Teixeira v Brazilia. Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 septembrie 2011. alin. 7.4.

118. CCPR. Comunicare 763/1997: Lantsova v Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/74/D/763/1997. 26 martie 2002. para 9.2; vezi CCPR. Comunicare Nr. 1556/2007: Novakovi v Serbia. Doc. ONU CCPR/C/100/D/1556/2007. 02 noiembrie 2010.

Dreptul la viață în contextul sănătății mintale

În contextul sănătății mintale, dreptul la viață dobândește o și mai mare importanță. Statul are o datorie specială de a proteja pacienții cu dizabilități mintale – luând măsurile adecvate de îngrijiri de sănătate pentru protecția vieții pacienților¹¹⁹. Acest drept presupune ca guvernul să asigure dreptul la viață al persoanelor lipsite de libertate, chiar și în lipsa unei cereri de protecție¹²⁰.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ ÎN AUSTRALIA

Comitetul este îngrijorat de faptul că nivelul de finanțare al statului parte pentru sănătatea mintală continuă să fie mult sub nivelul altor țări dezvoltate, iar copiii și tinerii care doresc servicii de sănătate mintală se confruntă adesea cu un acces limitat și întâzieri semnificative în primirea unor astfel de servicii. În acest context, Comitetul împărtășește preocupările menționate în studiul de sănătate publicat de Institutul Australian de Sănătate și Bunăstare din 2010, care indică faptul că un sistem slab de îngrijiri de sănătate mintală este cel care conduce la probleme de sănătate pentru copiii cu vârste cuprinse între 0-14 ani (23%) și tinerii cu vârste cuprinse între 15-24 de ani (50%). În plus, Comitetul este îngrijorat de rata mare de sinucideri în rândul tinerilor în statul parte, în special în rândul comunității aborigene. Comitetul apreciază că Australia de Vest a efectuat cercetări privind eficacitatea medicamentelor utilizate pentru tratarea Sindromului de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) și a Sindromului deficitului de atenție (ADD). Cu toate acestea, Comitetul rămâne preocupat de faptul că procedurile de diagnostic actuale nu abordează în mod adecvat problemele de sănătate mintală care stau la baza acestora, ceea ce duce la creșteri semnificative și prescrierea greșită de psiho-stimulente pentru copiii diagnosticați cu ADHD și ADD, ceea ce reprezintă o problemă extrem de gravă.

Subliniind importanța accesului copiilor și tinerilor la servicii de sănătate mintală, Comitetul recomandă statului parte:

- (a) Să vină în urma studiului Institutului Australian de Sănătate și Bunăstare cu măsuri destinate să abordeze cauzele directe și indirecte care stau la baza numeroaselor probleme de sănătate mintală la copii și tineri, privind în special sinuciderile și alte tulburări legate, printre altele, de abuz de substanțe, violență și calitate necorespunzătoare a măsurilor de îngrijire în cazurile de îngrijire alternativă;
- (b) Alocarea resurselor specifice pentru îmbunătățirea disponibilității și calității serviciilor de intervenție timpurie, pregătirea și dezvoltarea profesorilor, consilierilor, profesioniștilor din domeniul medical și a persoanelor care lucrează cu copii, precum și sprijinul părinților;
- (c) Dezvoltarea serviciilor specializate de sănătate și a strategiilor care vizează copiii predispuși la probleme de sănătate mintală și familiile lor, asigurarea accesului pentru cei care au nevoie de aceste servicii, ținând cont de vârstă, sex, context socio-economic, geografic, origine etnică, etc;
- (d) În planificarea și implementarea celor expuse mai sus, să consulte copiii și tinerii pentru a se reuși o îmbunătățire a acestor măsuri. Trebuie să se țină cont de numărul tot mai mare al problemelor de sănătate mintală și de scopul urmărit privind îmbunătățirea legăturilor de familie și asigurarea sprijinului comunității, precum și reducerea stigmatizării;
- (e) Monitorizarea atentă a stimulentelelor psihice prescrise copiilor, oferirea unui acces larg la măsurile și tratamentele psihologice pentru copiii care suferă de ADHD și ADD, dar și pentru părinții și profesorii acestora. Trebuie să ia în considerare colectarea și analiza datelor defalcate în funcție de tipul de substanțe și de vârstă, în vederea monitorizării posibilității abuz al copiilor de medicamente din categoria stimulentelelor psihice.¹²¹

119. CEDO. Dodov v Bulgaria (59548/00). 17 aprilie 2008.

120. CCPR. Comunicare Nr. 763/1997: Lantsova v Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/74/D/763/1997. 26 martie 2002. alin 9.2.

121. Comitetul CRC. Observații finale: Australia. Doc. ONU CRC/C/AUS/CO/4. 28 august 2012. punctele 64-65.

Dreptul la viață în contextul bolilor contagioase

Conform CCPR, în ceea ce privește dreptul la viață, guvernele trebuie „să asigure toate măsurile posibile... pentru creșterea speranței de viață, în special prin adoptarea măsurilor de eliminare a... epidemiilor”.¹²² Considerat ca fiind cel mai de bază drept al omului, dreptul la viață a jucat un rol important în promovarea prevenției și accesul la medicamente și tratamente. Dreptul la viață a jucat un rol important în reacțiile statelor împotriva bolilor contagioase cum ar fi HIV/SIDA și continuă să fie folosit de litiganți și de activiști pentru a pune presiune pe state în scopul adoptării măsurilor necesare protejării vieții persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA.¹²³

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ ÎN UGANDA

În timp ce Comitetul ia act de măsurile luate de statul parte privind problema la nivel extins a HIV/SIDA, rămâne îngrijorarea legată de eficiența acestor măsuri și de măsura în care acestea garantează accesul la serviciile medicale, inclusiv la tratamentul antiretroviral, al persoanelor infectate cu HIV ([CCPR], art. 6).

Statul-partea este îndemnat să adopte măsuri cuprinzătoare pentru a permite unui număr mai mare de persoane care trăiesc cu HIV/SIDA de a obține tratament antiretroviral adecvat¹²⁴.

Dreptul la viață în contextul sănătății sexuale și reproductive

În contextul sănătății sexuale și reproductive, dreptul la viață a fost folosit pentru a apela la măsuri care să protejeze viața indivizilor, în special a femeilor care recurg la avorturi nesigure - una dintre cauzele majore ale mortalității materne în toată lumea. Statelor li s-a cerut să adopte legi cuprinzătoare privind avortul, în special în cazurile de viol, incest și pentru scopuri terapeutice¹²⁵. De exemplu, un stat trebuie să ia măsuri pentru a ajuta femeile să evite avorturile nesigure¹²⁶, cum ar fi dezincriminarea avortului, asigurarea accesului la servicii de sănătate reproductivă¹²⁷, asigurând disponibilitatea contraceptivelor la scară largă și înființând unități de îngrijiri de sănătate în zonele rurale¹²⁸.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ ÎN REPUBLICA CAMERUN

Deși a luat act de eforturile depuse de statul parte, împreună cu partenerii internaționali, pentru îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate privind reproducerea, Comisia rămâne preocupată de mortalitatea maternă ridicată și de legile privind avortul care pot determina femeile să recurgă la avorturi nesigure, ilegale, cu riscuri inerente pentru viața și sănătatea lor. De asemenea, este îngrijorată de indisponibilitatea procedurilor de avort în practică, chiar dacă legea permite acest lucru, de exemplu, în cazurile de sarcină care rezultă din viol. ([CCPR], Art. 6)

Statul parte trebuie să își intensifice eforturile de reducere a mortalității materne, inclusiv prin garantarea

122. CCPR. Comentariul general CCPR 6: Dreptul la viață (articolul 6). 30 aprilie 1982. alin. 5.

123. Vezi Fundațiile pentru o Societate Deschisă, Fundația Ford și UNDR. Fișă: Drepturile omului & cele trei boli [Factsheet: Human Rights & the Three Diseases]. 05 octombrie 2011.

124. CCPR. Observații finale: Uganda. Doc. ONU CCPR/CO/80/UGA. 4 mai 2004. CCPR. alin. 14.

125. CCPR. Comentariul general CCPR 6: Dreptul la viață (articolul 6). 30 aprilie 1982. alin. 5.

126. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU A/65/40 (vol. I). 2009. p. 51, alin. 10.

127. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc ONU. A/65/40 (vol. I). 2009. p. 94-95, alin. 13.

128. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc ONU. A/66/40 (vol. I). 2011. p. 28-29, alin. 12.

faptului că femeile au acces la servicii de sănătate privind reproducerea. În acest sens, statul parte trebuie să își modifice legislația pentru a ajuta efectiv femeile să evite sarcinile nedorite și să le protejeze împotriva avorturilor ilegale la care pot fi nevoite să recurgă, care ar putea să le pună viața în pericol¹²⁹.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW)(2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață.¹³⁰

DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD POSIBIL DE SĂNĂTATE

Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate (denumit în continuare „dreptul la sănătate”) este dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate atât mintală, cât și fizică. Dreptul la sănătate impune ca facilitățile, bunurile și serviciile să fie disponibile, accesibile, acceptabile și de calitate. Cu alte cuvinte, în conformitate cu acest drept, statele au obligația de a face disponibile unități, bunuri și servicii de îngrijiri de sănătate, în cantitate suficientă și accesibile tuturor, atât din punct de vedere fizic, economic, cât și fără discriminare¹³¹. Unitățile, bunurile și serviciile de îngrijiri de sănătate trebuie să respecte etica medicală, să fie acceptate din punct de vedere cultural, iar din punct de vedere științific și medical să fie adecvate și de bună calitate¹³². Dreptul la sănătate nu se extinde doar la îngrijirile medicale adecvate și accesibile, ci și la factorii de bază ai sănătății cum ar fi accesul la apă potabilă, la o alimentație și nutriție adecvată și la un domiciliu sigur.¹³³

ICESCR permite statelor părți să „realizeze progresiv” dreptul la sănătate, recunoscând limitările pe care resursele unui stat le poate întâmpina pentru a asigura pe deplin acest drept. Cu toate acestea, Pactul stabilește obligații imediate care presupun ca statele părți să efectueze pașii „deliberați, concreți și țintiți” spre realizarea deplină a dreptului – aceștia includ asigurarea că dreptul este „exercitat fără discriminare de orice fel (art. 2.2)”¹³⁴. CESCRC a arătat clar că „realizarea progresivă” a dreptului nu văduvește „conținutul semnificativ” al obligațiilor statelor părți. În schimb, aceasta înseamnă că statele părți au „o obligație specifică și continuă de a acționa cât mai repede și mai eficient posibil spre realizarea deplină a [dreptului la sănătate]¹³⁵.” Mai mult decât atât, statele părți nu au voie să ia măsuri regresive, iar în cazul în care sunt necesare asemenea măsuri, statul parte trebuie să dovedească faptul că aceste măsuri au fost luate în urma unei „analize atente a tuturor alternativelor posibile și că măsurile pot fi justificate prin referire la ansamblul tuturor drepturilor prevăzute în Pact, în contextul utilizării depline a resurselor maxim disponibile

129. CCPR. Observații finale: Camerun. Doc. ONU CCPR/C/CMR/CO/4. 04 august, 2010. alin. 13.

130. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 17/2008: . Maria de Lourdes da Silva Pimentel Teixeira v Brazilia. Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 septembrie 2011. alin. 7.2.

131. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12; Vezi Comitetul CEDAW. Comentarii finele ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Arabia Saudită. Doc. ONU CEDAW/C/SAU/CO/2. 8 aprilie 2008. punctele 33-34; CESCRC. Observații finale ale Comitetului privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Algeria. Doc. ONU E/C.12/DZA/CO/4. 07 iunie 2010. alin 20.

132. Vezi CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 12.

133. Vezi CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 4.

134. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 30.

135. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 31.

ale statului”.¹³⁶

Încălcarea dreptului la sănătate poate rezulta atât dintr-un act intenționat, cât și din eșecul statului de a acționa¹³⁷. De fapt, statele au fost frecvent condamnate de CESCRR pentru că au eșuat în a aloca resurse suficiente pentru serviciile de sănătate, dat fiind impactul negativ evident al aceluși eșec asupra pacienților¹³⁸.

În plus, dreptul la sănătate este unul incluziv și presupune libertăți, nu doar beneficii¹³⁹. Astfel de libertăți includ dreptul persoanei de a-și controla sănătatea și propriul corp, inclusiv libertatea sexuală și reproductivă, precum și dreptul de a nu fi supus ingerințelor, precum dreptul de a nu fi supus tratamentului medical fără consimțământ și experimentării¹⁴⁰.

DISPOZIȚII RELEVANTE

► UDHR, Art. 25:

- 1) Orice om are dreptul la un nivel de trai care să-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare; el are dreptul la asigurare în caz de șomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrânețe sau în celelalte cazuri de pierdere a mijloacelor de subsistență, în urma unor împrejurări independente de voința sa.
- 2) Mama și copilul au dreptul la ajutor și ocrotire deosebite. Toți copiii, fie ca sunt născuți în cadrul unei căsătorii sau în afara acesteia, se bucură de aceeași protecție socială.

► ICESCR

● Art. 12:

- 3) Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.
- 4) Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura: ... (c) profilaxia și tratamentul bolilor epidemice, endemice, profesionale și ale altora, precum și lupta împotriva acestor maladii;

► CRC

- **Art. 3(3):** Statele părți vor veghea ca instituțiile, serviciile și așezămintele care răspund de protecția și îngrijirea copiilor să respecte standardele stabilite de autoritățile competente, în special cele referitoare la securitate și sănătate, la numărul și calificarea personalului din aceste instituții, precum și la asigurarea unei supravegheri competente.

136. CESCRR. CESCRR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000, para. 32.

137. CESCRR. CESCRR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000, punctele 46-52.

138. CESCRR. Observații finale: Uruguay. Doc. ONU E/C.12/1/Add.18. 22 decembrie 1997. Un semnal de alarmă a fost exprimat la faptul că salariile foarte mici plătite asistenților medicali au condus la un raport mic de asistenți medicali față de numărul medicilor (mai mică de 1:5), tinzând la a diminua calitatea și accesibilitatea asistenței medicale disponibile pentru comunitate; a se vedea, de asemenea, CESCRR. Observații finale: Republica Congo. Doc. ONU E/C.12/1/Add.45. 23 mai 2000. Profunda îngrijorare exprimată la declinul standardului de sănătate, în parte din cauza crizei financiare actuale, care a dus la lipsa serioasă de fonduri pentru serviciile de sănătate publică; CESCRR. Observații finale: Mongolia. Doc. ONU E/C.12/1/Add.47. 1 septembrie 2000. Deteriorarea stării de sănătate a populației din 1990, având în vedere scăderea cheltuielilor publice pentru sănătate de la 5,8 la sută din PIB în 1991 la 3,6 la sută în 1998.

139. CESCRR. CESCRR Comentariul general nr 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 8; Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind „Dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate”. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 38.

140. CESCRR. CESCRR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 8.

- **Art. 24:**

- 1) Statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare. Ele vor depune eforturi pentru a garanta că nici un copil nu este lipsit de dreptul de a avea acces la aceste servicii.
- 2) Statele părți vor depune eforturi pentru a asigura aplicarea efectivă a acestui drept și, în mod deosebit, vor lua măsurile corespunzătoare pentru: (a) reducerea mortalității infantile și a celei în rândul copiilor; (b) asigurarea asistenței medicale și a măsurilor de ocrotire a sănătății pentru toți copiii, cu accent pe dezvoltarea măsurilor primare de ocrotire a sănătății;... (d) asigurarea ocrotirii sănătății mamelor în perioada pre- și postnatală;

- ▶ **CEDAW,**

- **Art. 12:**

- 1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.
- 2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

- ▶ **ICRPD, Art. 25:** Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate. În special, statele părți vor:

- a) Furniza persoanelor cu dizabilități aceeași gamă de servicii, la același nivel de calitate și standard de îngrijire și programe medicale gratuite ori la prețuri accesibile, precum cele furnizate celorlalte persoane, inclusiv în domeniul sănătății sexuale și reproductive și al programelor publice de sănătate pentru populație;
- b) Furniza acele servicii de sănătate specifice, necesare persoanelor cu dizabilități, inclusiv servicii adecvate de diagnosticare și de intervenție timpurie și servicii menite să prevină riscul apariției altor dizabilități, inclusiv în rândul copiilor și persoanelor vârstnice;
- c) Furniza aceste servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc aceste persoane, inclusiv în mediul rural;
- d) Solicita profesioniștilor din domeniul medical să furnizeze persoanelor cu dizabilități îngrijire de aceeași calitate ca și celorlalți, inclusiv pe baza consimțământului informat și liber exprimat, printre altele, prin creșterea gradului de conștientizare privind drepturile omului, demnitatea, autonomia și nevoile persoanelor cu dizabilități, prin instruire și prin promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice și private;
- e) Interzice discriminarea persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește dreptul la asigurare de sănătate sau de viață, în cazul în care legislația națională permite acest lucru, accesul la acest tip de asigurări realizându-se într-o manieră corectă și adecvată;
- f) Împiedica orice refuz discriminator de acordare a îngrijirilor de sănătate ori a serviciilor medicale sau a unor alimente ori lichide pe criterii de dizabilitate.

- ▶ **ICMW**

- **Art. 28:** Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora beneficiază de dreptul de a primi orice îngrijire medicală care este necesară de urgență, în vederea protejării propriei vieți sau pentru evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu va fi refuzată din cauza unei neregularități legate de ședere sau angajare.

- **Art. 43(1)(e):** Lucrătorii migranți trebuie să se bucure de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu:...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect;
- **Art. 45(1)(c):** Membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu: accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect;
- **Art. 70:** Statele părți trebuie să aplice măsuri la fel de favorabile ca cele aplicate propriilor cetățeni, în vederea asigurării conformității condițiilor de muncă și de trai pentru lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora într-o situație obișnuită, cu standardele de fitness, siguranță, sănătate și principiile demnității umane.

Dreptul la sănătate în contextul sănătății mintale

ICESCR, împreună cu alte instrumente juridice internaționale relevante¹⁴¹, au stabilit că dreptul la sănătate nu se limitează la sănătatea fizică, ci include și dreptul la cel mai înalt standard de sănătate mintală¹⁴². De exemplu, CRC și ICRPD au consacrat ambele aspecte ale dreptului și interzic în mod explicit discriminarea pe motiv de dizabilitate. Statele, inclusiv cele cu resurse limitate, trebuie să adopte măsuri care să protejeze acest drept pentru pacienții cu probleme de sănătate mintală, cum ar fi: recunoașterea, îngrijirea și tratamentul dizabilităților mintale în programele de formare a personalului medical; promovarea campaniilor publice împotriva stigmatizării și discriminării persoanelor cu dizabilități mintale; sprijinirea formării de grupuri ale societății civile care sunt reprezentative pentru utilizatorii de servicii de sănătate mintală și familiile lor; formularea politicilor publice și programelor moderne privind dizabilitățile mintale; reducerea numărului de spitale de psihiatrie și, pe cât posibil, extinderea serviciilor de îngrijire în comunitate; în legătură cu persoanele cu dizabilități mintale, căutarea activă a asistenței și cooperării din partea donatorilor și organizațiilor internaționale¹⁴³; ș.a.m.d.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI ACCESUL LA CEL MAI RIDICAT STANDARD POSIBIL DE SERVICII DE SĂNĂTATE ÎN AUSTRALIA

Comitetul constată cu îngrijorare că sprijinul oferit persoanelor cu probleme de sănătate mintală este insuficient, precum și că accesul la serviciile de sănătate mintală este dificil, în special pentru populațiile indigene, prizonierii și solicitanții de azil aflați în detenție. (Art. 2(2) și 12)

Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri eficiente pentru a garanta exercitarea în mod egal a dreptului la cel mai înalt standard de sănătate mintală, inclusiv prin (a) alocarea de resurse adecvate pentru serviciile de sănătate mintală și a altor măsuri de sprijin pentru persoanele cu probleme de sănătate psihică, în conformitate cu Principiile Națiunilor Unite pentru protecția persoanelor cu boli psihice și îmbunătățirea sănătății mintale; (b) punerea în aplicare a recomandărilor din 2008 corespunzătoare raportului Asociației Medicale Australiene asupra sănătății persoanelor indigene; (c) reducerea ratei ridicate de încarcerare a persoanelor cu boli mintale; (d) asigurarea faptului că toți deținuții primesc un tratament adecvat și corespunzător privind sănătatea mintală, atunci când este necesar¹⁴⁴.

141. Aceste instrumente nu sunt limitate la instrumentele de drepturile omului (a se vedea de exemplu, Constituția WHO).

142. CESC. CESC. Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000; Raportul special al ONU privind dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 32.

143. Raportul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind „Dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate”. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 35.

144. CESC. Observații finale: Australia. UN Doc.E/C.12/AUS/CO/4. 12 iunie 2009. alin. 30.

Dreptul la sănătate în contextul bolilor contagioase

În conformitate cu dreptul la sănătate, persoanele care suferă de boli contagioase au dreptul de a accesa un tratament pe care să și-l permită, cum ar fi terapia antiretrovirală și servicii adecvate de îngrijiri de sănătate și de consiliere¹⁴⁵. În contextul bolilor contagioase, statele au de asemenea obligația de a se pregăti, de a preveni și de a răspunde la riscul bolilor contagioase emergente. De exemplu, statele sunt obligate să pună în aplicare o supraveghere eficientă a sănătății publice și a sistemelor de raportare¹⁴⁶. Autorităților li se interzice discriminarea persoanelor pe baza stării lor de sănătate, cum ar fi HIV/SIDA și tuberculoza.¹⁴⁷

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD DE SĂNĂTATE ÎN MAURITANIA

Comitetul este îngrijorat de faptul că accesul la serviciile care oferă tratamente anti-retrovirale (ARV) și serviciile pentru prevenirea transmiterii de la părinte la copil (PPTCT) sunt inadecvate; că serviciile de testare și consiliere sunt insuficiente; și că există o lipsă generală de fonduri pentru măsurile de prevenție.

Cu referire la Comentariul său General nr. 3 (2003) privind HIV/SIDA și drepturile copilului și la Liniile directe internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, Comitetul recomandă ca statul parte :

(a) să asigure implementarea integrală și efectivă a unei politici cuprinzătoare de prevenire a HIV/SIDA, cu direcționarea adecvată către zonele și grupurile care sunt cele mai vulnerabile;

(b) să își întărească eforturile privind combaterea HIV/SIDA, inclusiv prin campanii de conștientizare.¹⁴⁸

Dreptul la sănătate în contextul sănătății sexuale și reproductive

Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au legat mortalitatea maternă de o „lipsă de servicii cuprinzătoare de sănătatea reproducerii, legi restrictive privind avortul, avorturi nesigure sau ilegale, sarcini în perioada adolescenței, căsătorii forțate și între copii, precum și accesul neadecvat la contraceptive”¹⁴⁹. Mai mult decât atât, Consiliul ONU pentru Drepturile Omului a declarat că mortalitatea maternă reprezintă o încălcare a drepturilor omului și a cerut statelor să ia măsurile necesare pentru a o preveni¹⁵⁰. De exemplu, în plus față

145. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU. E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b).

146. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 11, 2000 alin. 16.

147. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 11, 2000 alin. 18.

148. Comitetul CRC. Observații finale: Mauritania. Doc. ONU CRC/C/MRT/CO/2/Corr.1. 21 iulie 2009. punctele 57-58.

149. Center for Reproductive Rights. ICPD și drepturile omului: 20 de ani de promovare a drepturilor reproductive prin intermediul organelor tratatelor ONU și reformă juridică [ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform.]. Iunie 2013. p. 2, citând ca exemple: Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Malawi. Doc ONU. CEDAW/C/MWI/CO/5. 3 februarie 2006 alin. 31; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Mexic. Doc. ONU CEDAW/C/MEX/CO/6. 25 august 2006. alin. 32; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Maroc UN Doc. CEDAW/C/MAR/CO/4. 8 aprilie 2008. alin. 30; CCPR. Observații finale: Chile. Doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/5. 18 mai 2007. para. 8; CCPR. Observații finale: Madagascar. Doc. ONU CCPR/C/ODM/CO/3. 11 mai 2007. para. 14; CCPR. Observații finale: Panama. Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/3. 17 aprilie 2008. alin. 9; Comitetul CRC. Observații finale: Republica Populară Democrată Korea. Doc. ONU CRC/C/15/Add.239. 1 iulie 2004. para. 50; Comitetul CRC. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU CRC/C/15/Add.154. 09 iulie 2001. alin. 40; Comitetul CRC. Observații finale: Haiti. Doc. ONU CRC/C/15/Add.202. 18 martie 2003. para. 46; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Eritrea. Doc. ONU CEDAW/C/ERI/CO/3. 3 februarie 2006. para. 22; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Mozambic. Doc. ONU CEDAW/C/MOZ/CO/2. 11 iunie 2007. para. 36; Comitetul CRC. Observații finale: Sudan.10, Doc. ONU CRC/C/15/Add.10. 18 octombrie 1993. para. 10; Comitetul CRC. Observații finale: Chile. Doc. ONU CRC/S/15/Add.173. 3 aprilie 2002. para. 41.

150. Center for Reproductive Rights. ICPD și drepturile omului: 20 de ani de promovare a drepturilor reproductive prin intermediul organelor tratatelor ONU și reformă juridică [ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty

de facilitarea accesului la contraceptive și la planificare familială¹⁵¹, statele trebuie să asigure înființarea de „programe de educație și formare pentru a încuraja furnizorii de servicii medicale să își schimbe atitudinea și comportamentul față de adolescentele care doresc servicii de sănătate privind reproducerea și să răspundă la necesitățile specifice de sănătate legate de violența sexuală” De asemenea, statele trebuie să elaboreze „instrucțiuni sau protocoale pentru a garanta că serviciile de sănătate [reproductivă] sunt disponibile și accesibile în unitățile publice”¹⁵².

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD DE SĂNĂTATE ÎN REPUBLICA BENIN

Deși a sesizat eforturile depuse de statul-parte pentru a îmbunătăți sănătatea reproductivă a femeilor, Comitetul rămâne îngrijorat de lipsa accesului la asistență medicală adecvată a femeilor și fetelor, în special în zonele rurale. Este preocupat de cauzele de morbiditate și mortalitate la femei, în special de numărul de decese cauzate de avorturi ilegale, precum și de serviciile inadecvate de planificare familială și ratele scăzute de utilizare a mijloacelor contraceptive. Comitetul își exprimă îngrijorarea cu privire la faptul că femeile necesită permisiunea soților pentru a obține contraceptive și servicii de planificare familială.

Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri în conformitate cu Recomandarea Generală nr. 24 privind femeile și sănătatea, pentru a îmbunătăți și a crește accesul femeilor la îngrijiri de sănătate și servicii legate de sănătate și informații, în special în zonele rurale. Aceasta solicită statului-parte să îmbunătățească disponibilitatea serviciilor de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv planificarea familială, cu scopul de a preveni avorturile clandestine și de a pune la dispoziție femeilor și fetelor servicii contraceptive, fără a fi necesară permisiunea soțului. Se mai recomandă ca educația sexuală să fie larg promovată și să vizeze fete și băieți, cu o atenție specială pentru prevenirea sarcinilor timpurii și a bolilor cu transmitere sexuală¹⁵³.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD DE SĂNĂTATE

Da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW)(2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață.¹⁵⁴

bodies and legal reform.]. Iunie 2013. p. 2, citând ca exemple: Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Malawi. Doc. ONU CEDAW/C/MWI/CO/5. 3 februarie 2006; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Mexic. Doc. ONU CEDAW/C/MEX/CO/6. 25 august 2006. alin. 32; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Maroc. Doc. ONU CEDAW/C/MAR/CO/4. 8 aprilie 2008. alin. 30; CCPR. Observații finale: Chile. Doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/5. 18 mai 2007; CCPR. Observații finale: Madagascar. Doc. ONU CCPR/C/ODM/CO/3. 11 mai 2007. para. 14; CCPR. Observații finale: Panama. Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/3. 17 aprilie 2008. alin. 9; Comitetul CRC. Observații finale: Republica Populară Democrată Korea. Doc. ONU CRC/C/15/Add.239. 1 iulie 2004. para. 50; Comitetul CRC. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU CRC/C/15/Add.154. 9 iulie 2001. alin. 40; Comitetul CRC. Observații finale: Haiti. Doc. ONU CRC/C/15/Add.202. 18 martie 2003. para. 46; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Eritrea. Doc. ONU CEDAW/C/ERI/CO/3. 3 februarie 2006. para. 22; Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Mozambic. Doc. ONU CEDAW/C/MOZ/CO/2. 11 iunie 2007. para. 36; Comitetul CRC. Observații finale: Sudan. UN Doc. CRC/C/15/Add.10. 18 octombrie 1993. alin. 10; Comitetul CRC. Observații finale: Chile. Doc. ONU CRC/S/15/Add.173. 3 aprilie 2002. para. 41.

151. CESC. Comentariu general CESC Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standards de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. para. 14, 23, 34; Comitetul CEDAW. Recomandare generală Nr. 21: Egalitate în căsătorie și relații de familie. Doc. ONU A/49/38. 1994. para. 22; Adunarea Generală a Națiunilor Unite. Raport intermediar al Raportorului special al ONU privind dreptul la sănătate. Doc. ONU A/66/254. 3 august 2011. para. 65 (temă centrală: criminalizarea sănătății sexuale și reproductive); Comitetul CRC. Observații finale: Australia. Doc. ONU CRC/C/15/Add.268. 20 octombrie 2005. para. 46(e); Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului pentru eliminarea discriminării față de femei: China. Doc. ONU CEDAW/C/CHN/CO/6. 25 august 2006. para. 32.

152. Comitetul CEDAW. Comunicarea Nr. 22/2009: L.C. v Peru. Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009. 4 noiembrie 2011. para. 9.2(b).

153. Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului pentru eliminarea discriminării față de femei. Doc. ONU A/60/38(SUPP). 2005. para. 157.

154. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 17/2008: Maria de Lourdes da Silva Pimentel Teixeira v Brazilia. Doc. ONU CEDAW/

L.C. v. Peru (Comitetul CEDAW)(2009). Comitetul a constatat o încălcare a articolului 12 din CEDAW atunci când statul a refuzat să întrerupă sarcina unei femei, chiar dacă această sarcină îi pune în pericol viața și sănătatea. Comitetul a reamintit că statele au obligația de a lua „toate măsurile adecvate pentru a elimina discriminarea împotriva femeilor în domeniul sănătății, pentru a asigura, pe baza egalității dintre bărbați și femei, accesul la serviciile de sănătate, inclusiv la cele legate de planificare familială”. Comitetul a subliniat că un stat nu poate refuza să furnizeze „anumite servicii de sănătate privind reproducerea în cazul femeilor” – obligația statului de a „asigura, pe baza egalității între bărbați și femei, accesul la servicii de sănătate, informații și educație implică și obligația de a respecta, proteja și îndeplini dreptul femeilor la servicii de sănătate”¹⁵⁵.

DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI ALTOR TRATAMENTE SAU PEDEPSE CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE

Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante (denumite în continuare TCIDT) obligă statul să prevină și să protejeze cetățenii de astfel de tratamente și să îi pedepsească pe cei care le aplică. Conform *jus cogens*, acest drept este unul dintre puținele drepturi absolute ale omului din dreptul internațional de la care nu se poate deroga, ceea ce înseamnă că dreptul este „de neatins”, chiar și în circumstanțe excepționale, cum ar fi cele de război sau amenințare de război¹⁵⁶. Cele mai multe interdicții de drepturile omului împotriva torturii acoperă abuzurile care variază de la tortură, la tratament crud și inuman și până la tratament degradant. CCPR a ezitat să facă o distincție clară între diferitele tipuri de abuz, dar a indicat că distincțiile se realizează în funcție de natura, scopul și severitatea tratamentului¹⁵⁷. Mai mult decât atât, în timp ce CAT definește tortura conform articolului 1, niciunul dintre tratatele internaționale privind drepturile omului nu definește tratamentele crude, inumane și degradante. Totuși, Manfred Nowak, fostul raportor special al ONU pe problema TCIDT a făcut distincția. Potrivit lui Nowak, diferența nu provine din gradul de „intensitate a suferinței cauzate” sau „gravitatea tratamentului”, ci mai degrabă din „scopul comportamentului, din intenția făptuitorului și din nivelul de neputință al victimei”¹⁵⁸. Tortura presupune patru elemente esențiale: actul care provoacă durere sau suferințe grave, fizice sau psihice; intenția; scopul specific; și implicarea unui agent al statului, cel puțin prin acceptarea tratamentului.¹⁵⁹ În schimb, tratamentele crude, inumane sau degradante (denumite în continuare CIDT) reprezintă „provocarea de durere sau suferințe severe fără scop sau intenție și în afara unei situații în care o persoană se află de facto sub controlul altei persoane”.¹⁶⁰ Juan Mendez, actualul Raportor special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante (Raportor special privind tortura), a definit CIDT ca „acte care nu se încadrează în definiția torturii”¹⁶¹.

Dreptul internațional al drepturilor omului protejează pacienții împotriva torturii în instituțiile medicale și obligă

C/49/D/17/2008. 27 septembrie 2011. alin. 7.2.

155. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 22/2009: L.C. v Peru. Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009. 4 noiembrie 2011. alin. 8, 11.

156. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Addendum: Studiu privind fenomenele de tortură, tratamente sau pedepse inumane, crude sau degradante în lume, inclusiv evaluarea a condițiilor de detenție. Doc. ONU A/HRC/13/39/Add.5. 5 februarie 2010. punctele 42, 186.

157. CCPR . Comentariu general 20: Înlocuiește Comentariul general 7 privind interzicerea torturii și a tratamentelor sau pedepselor crude. 3 octombrie 1992. alin. 4

158. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Addendum: Studiu privind fenomenele de tortură, tratamente sau pedepse inumane, crude sau degradante în lume, inclusiv evaluarea a condițiilor de detenție. Doc. ONU A/HRC/13/39/Add.5. 5 februarie 2010. punctele 187-188.

159. CAT, art. 1. A se vedea și Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude , inumane sau degradante. Addendum: Studiu privind fenomenele de tortură, tratamente sau pedepse inumane, crude sau degradante în lume, inclusiv evaluarea a condițiilor de detenție. Doc. ONU A/HRC/13/39/Add.5. 5 februarie 2010. alin. 30.

160. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude , inumane sau degradante. Addendum: Studiu privind fenomenele de tortură, tratamente sau pedepse inumane, crude sau degradante în lume, inclusiv evaluarea a condițiilor de detenție. Doc. ONU A/HRC/13/39/Add.5. 5 februarie 2010. alin. 188.

161. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013.

statul să prevină, să investigheze, să urmărească și să pedepsească încălcările actorilor non-statali¹⁶². În cazul în care a avut loc o încălcare, obligația de a furniza un remediu eficient în conformitate cu Articolul 2(3)(a) din ICCPR poate include furnizarea de asistență medicală și psihiatrică adecvată¹⁶³; iar în cazul în care personalul medical participă la acte de tortură, aceștia trebuie să fie trași la răspundere și pedepsiți.¹⁶⁴

În raportul său din februarie 2013, Raportorul special privind tortura subliniază aplicabilitatea TCIDT în instituțiile medicale, inclusiv obligația statului de a preveni nu numai tortura aplicată de către funcționarii publici, dar și de către medici, personalul medico-sanitar și asistenții sociali din spitalele publice sau private, centrele de detenție, precum și orice alte instituții în care se asigură asistență medicală¹⁶⁵. Raportorul special clarifică faptul că „îngrijirea medicală care cauzează suferințe grave fără nici un motiv justificat poate fi considerată act de cruzime, tratament sau pedeapsă inumană sau degradantă, iar dacă statul este implicat și există intenție specifică, se încadrează la tortură”¹⁶⁶. Acesta explică faptul că tratamentul medical nevoluntar, inclusiv sterilizarea forțată, detenția nevoluntară, tratamentul obligatoriu al persoanelor consumatoare de droguri, refuzul tratării durerii și accesului la serviciile de sănătate disponibile, izolarea sau detenția prelungită a persoanelor cu dizabilități mintale, constituie încălcări ale dreptului la libertatea prevăzută de TCIDT. În plus față de analizarea situației speciale a grupurilor marginalizate în ceea ce privește TCIDT în instituțiile medicale, Raportorul special evidențiază obligațiile statelor de a preveni, de a trage la răspundere penală și de a remedia încălcările acestui drept. Mai exact, el amintește că remedierea nu trebuie să depindă de cerința ca abuzul în contextul îngrijirii medicale să se încadreze în definiția torturii¹⁶⁷.

În privința deținuților, refuzul tratamentului medical și/sau al accesului la acesta, atunci când individul este în custodia statului pot fi considerate tratamente crude, inumane sau degradante în conformitate cu dreptul internațional¹⁶⁸. În ceea ce privește articolul 10(1), CCPR a găsit o încălcare a dreptului în cazul unui deținut condamnat la pedeapsa cu moartea căruia i-a fost refuzat tratamentul medical¹⁶⁹, iar supraaglomerarea din centrul de detenție preventivă a produs condiții inumane și nesănătoase, care au dus în cele din urmă la moartea deținuțului¹⁷⁰. Alte exemple de încălcări ale articolelor 7 și 10(1) includ un caz în care un deținut a fost ținut în izolare într-o celulă subterană, a fost supus torturii timp de trei luni și i-a fost refuzat tratamentul medical necesar pentru starea sa de sănătate¹⁷¹. Într-un alt caz, combinația dintre dimensiunea celulelor, condițiile neigienice, dieta saracă și lipsa de îngrijire dentară a dus la constatarea unei încălcări a articolelor 7 și 10 (1)¹⁷².

162. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 17/2008: Maria de Lourdes da Silva Pimentel Teixeira v Brazilia. Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 septembrie 2011. alin. 7.5. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 24.

163. CCPR. Comunicare Nr. 684/1996: Sahadath v Trinidad și Tobago. Doc. ONU CCPR/A/57/40 (Vol. II); CCPR/C/684/1996. 2 aprilie 2002.

164. Comitetul CAT. Raportul Comitetului împotriva Torturii. Doc. ONU A/48/44. 1993.

165. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 24. A se vedea și Comisia CAT. Comentariu general Nr. 2 : Punerea în aplicare a articolului 2 de către statele părți. Doc. ONU CAT/C/GC/2. 24 ianuarie 2008. alin. 15.

166. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 39.

167. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 84.

168. Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44. 14 ianuarie 2009. alin. 71.

169. CCPR. Comunicare Nr. 527/1993: Lewis v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/57/D/527/1993. 18 iulie 1996. Programările pentru tratarea bolilor de piele nu s-au ținut pe perioadă de 2 ani și jumătate; a se vedea, de asemenea, CCPR. Comunicare Nr. 232/1987: Pinto v Trinidad și Tobago. Doc. ONU CCPR/A/45/40 (vol. II SUPP). 20 iulie 1990. CCPR a reafirmat că obligația de a trata persoanele private de libertate cu respectarea demnității inerente persoanei umane presupune prestarea de îngrijiri medicale adecvate în timpul detenției și că această obligație, în mod evident, se extinde la persoanele condamnate la pedeapsa cu moartea. Cu toate acestea, faptele nu au dezvăluit o încălcare în cazurile pentru care s-au făcut acuzații de rele tratamente și lipsă de îngrijire medicală, acestea nu au fost coroborate și s-au făcut într-un stadiu târziu al cererii; CCPR. Comunicare Nr. 571/1994: Henry și Douglas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/A/51/40 (Vol. II SUPP); CCPR/C/57/D/571/1994. 25 iulie 1996. Menținerea lui Henry într-o celulă rece după ce a fost diagnosticat de cancer a încălcat articolele 7 și 10 (1); CCPR. Comunicare Nr. 613/1995: Leehong v Jamaica. Doc. ONU CCPR/A/54/40 (Vol II.); CCPR/C/66/D/613/1995. 13 iulie 1999. Prizonierului condamnat la moarte i s-a permis să fie consultat de un medic doar o dată, în ciuda bătaior susținute din partea gardienilor și a cererilor de asistență medicală.

170. CCPR. Comunicare Nr. 763/1997: Lantsova v Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/74/D/763/1997. 26 martie 2002.

171. CCPR. Comunicare Nr. R.14/63: Setelich/Sendic v Uruguay. Doc. ONU CCPR/A/37/40. 28 octombrie 1981.

172. CCPR. Comunicare Nr. 798/1998: Howell v Jamaica. Doc. ONU CCPR/A/59/40 (Vol. II); C/79/D/798/1998). 21 octombrie 2003.

În plus, interzicerea accesului la ameliorarea durerii, în cazul în care există o durere sau o suferință severă, constituie tratament sau pedeapsă crudă, inumană, sau degradantă¹⁷³. Refuzul accesului direct al unui deținut la dosarul său medical, în special în cazul în care acest lucru poate avea anumite consecințe asupra tratamentului său, poate constitui de asemenea o încălcare a articolului 10(1)¹⁷⁴. Mai mulți Raportori speciali ONU privind tortura au găsit numeroase abuzuri privind sănătatea deținuților și accesul acestora la servicii de sănătate, care reprezintă încălcarea interdicției privind tortura sau tratamentele crude, inumane sau degradante. Raportorii speciali au constatat că, deseori, condițiile și insuficiența serviciilor medicale sunt mai grave pentru arestații preventiv decât pentru deținuți¹⁷⁵. Unele dintre cele mai grave abuzuri includ: incapacitatea de a oferi accesul deținuților noi la servicii medicale profesionale și la condiții igienice de trai¹⁷⁶; incapacitatea de a-i izola pe cei cu boli contagioase (ex: tuberculoza)¹⁷⁷; proceduri de carantină complet inacceptabile¹⁷⁸; furnizarea insuficientă de alimente, ceea ce duce în unele cazuri la foamete¹⁷⁹; și suferință psihică, care ar putea atinge pragul de tortură psihică¹⁸⁰.

DISPOZIȚII RELEVANTE

► UDHR

- **Art. 5:** Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante.

► ICCPR

- **Art. 7:** Nimeni nu va fi supus torturii și nici unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. În special, este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice.
- **Art. 10(1):** Orice persoană privată de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane.

► CAT

- **Art. 1:**
 - (1) În sensul prezentei convenții, termenul tortură înseamnă orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferințe puternice, fizice ori psihice, mai ales 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 o intimida sau de a face presiuni asupra ei ori de a intimida sau a face presiuni asupra unei terțe persoane, sau pentru oricare alt motiv bazat pe o formă de discriminare oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau astfel de

173. Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44. 14 ianuarie 2009. punctele 71-72.

174. CCPR. Comunicare Nr. 726/1996: Zheludkov v Ukraine. Doc. ONU CCPR/A/58/40 (Vol. II); CCPR/C/76/D/726/1996. 29 octombrie 2002; a se vedea opinia separată Quiroga, care prevede că interpretarea comisiei a articolului 10 alineatul (1) cu privire la accesul la dosarele medicale este în mod nejustificat de restrânsă și că simpla negare a înregistrărilor este suficientă pentru a constitui o încălcare, indiferent de consecințe.

175. Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante: Misiunea din Iordania. Doc. ONU A/HRC/33/Add.3. 5 ianuarie 2007; Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU cu privire la tortură: Misiunea din Uzbekistan. Doc. ONU E/CN.4/2003/68/Add.2. 3 februarie 2003.

176. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU: Federația Rusă. Doc. ONU E/CN.4/1995/34/Add.1. 16 noiembrie 1994.

177. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU: Azerbaidjan. Doc. ONU E/CN.4/2001/66/Add.1. 14 noiembrie 2000.

178. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU: Azerbaidjan. Doc. ONU E/CN.4/2001/66/Add.1. 14 noiembrie 2000; Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44/Add.3. 12 februarie 2009.

179. Comisia ONU Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU: Kenya. Doc. ONU E/CN.4/2000/9/Add.4. 9 martie 2000.

180. Comisia ONU pentru Drepturile Omului. Raport privind tortura și alte tratamente crude, inumane sau degradante: China. Doc. ONU E/CN.4/2006/6/Add.6. 10 martie 2006. alin. 64.

suferințe sunt aplicate de către un agent al autorității publice sau de orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al unor asemenea persoane. Acest termen nu se referă la durerea ori suferințele rezultând exclusiv din sancțiuni legale, inerente acestor sancțiuni sau ocazionate de ele.

- (2) Acest articol nu aduce atingere niciunui instrument internațional sau legi naționale care conține ori poate să conțină dispoziții de mai largă cuprindere.

● **Art. 2:**

- (1) Fiecare stat parte ia măsuri legislative, administrative, judiciare și alte măsuri eficiente pentru a împiedica săvârșirea de acte de tortură pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa.
- (2) Nicio împrejurare excepțională, oricare ar fi ea, fie că este vorba de starea de război sau de amenințări cu războiul, de instabilitate politică internă sau de orice altă stare de excepție, nu poate fi invocată pentru a justifica tortura.
- (3) Ordinul unui superior sau al unei autorități publice nu poate fi invocat pentru a justifica tortura.

● **Art. 4:**

- (1) Fiecare stat parte veghează ca toate actele de tortură să constituie infracțiuni în raport cu dreptul său penal. Se va proceda tot astfel în legătură cu tentativa de a săvârși tortura sau cu orice act, comis de orice persoană, care constituie complicitate sau participare la actul de tortură.
- (2) Fiecare stat parte consideră aceste infracțiuni ca fiind pasibile de pedepse corespunzătoare, dată fiind gravitatea lor.

- **Art. 10 (1):** Fiecare stat parte se va îngriji ca datele și informațiile referitoare la interdicția torturii să facă parte integrantă din programul de instruire a personalului civil sau militar însărcinat cu aplicarea legilor, personalului medical, agenților autorității publice și altor persoane care pot interveni în paza, interogatoriul sau tratamentul oricărui individ reținut, arestat sau încarcerat sub orice formă.

- **Art. 13:** Fiecare stat parte va asigura oricărei persoane care pretinde că a fost supusă torturii pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa dreptul de a face plângere în fața autorităților competente ale aceluși stat, care vor proceda imediat și imparțial la examinarea cauzei sale. Se vor lua măsuri pentru a asigura protecția reclamantului și a martorilor împotriva oricăror rele tratamente sau oricărei intimidări intervenite ca efect al plângerii depuse sau al oricărei depoziții date.

● **Art. 14:**

- (1) Fiecare stat parte garantează, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură, dreptul de a obține reparație și de a fi indemnizată în mod echitabil și de o manieră adecvată, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai complet posibilă. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, avânzii-cauză ai acesteia au dreptul la despăgubiri.
- (2) Prezentul articol nu exclude niciun drept la despăgubiri pe care l-ar putea avea victima sau orice altă persoană în virtutea legilor naționale.

● **Art.16:**

- (1) Fiecare stat parte se angajează să interzică, în oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa, orice alte acte cauzatoare de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante care nu sunt acte de tortură în sensul definit la art. 1, atunci când asemenea acte sunt săvârșite de un agent al autorității publice sau de orice altă persoană acționând cu titlu oficial sau la instigarea sa ori cu consimțământul său expres sau tacit. În mod special, obligațiile enunțate la art. 10, 11, 12, și 13 sunt aplicabile ca urmare a înlocuirii mențiunii torturii prin mențiunea altor forme de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante.

- (2) Dispozițiile prezentei convenții nu afectează dispozițiile niciunui alt instrument internațional sau lege națională care interzic pedepsele ori tratamentele cu cruzime, inumane sau degradante ori care se referă la extrădare sau expulzare.

▶ **CRC**

- **Art. 37:** Statele părți vor veghea ca: a) nici un copil să nu fie supus la tortură, la pedepse sau la tratamente crude, inumane sau degradante.
- **Art. 39:** Statele părți vor lua toate măsurile corespunzătoare pentru a facilita recuperarea fizică și psihologică și reintegrarea socială a copiilor, victime ale unei forme de neglijență, exploatare sau abuz, de tortură sau pedeapsă ori tratamente crude, inumane sau degradante ori victime ale unui conflict armat. Această readaptare și această reintegrare se vor desfășura în condiții care favorizează sănătatea, respectul de sine și demnitatea copilului.

▶ **ICRPD**

- **Art. 15:**
 - (1) Nimeni nu poate fi supus torturii și niciunui fel de tratament crud, inuman sau degradant. În mod special, nimeni nu va fi supus, fără consimțământul său liber exprimat, unor experimente medicale sau științifice.
 - (2) Statele părți vor lua toate măsurile legislative, administrative, judiciare sau alte măsuri pentru a preveni ca persoanele cu dizabilități să fie supuse torturii, tratamentelor ori pedepselor crude, inumane sau degradante, în condiții de egalitate cu ceilalți.

▶ **ICMW**

- **Art. 10:** Niciun muncitor migrant sau membru al familiei sale nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante.
- **Art. 17 (1):** Muncitorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt privați de libertate vor fi tratați cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane și în conformitate cu identitatea lor culturală.

Ansamblul de principii pentru protejarea tuturor persoanelor supuse unei forme oarecare de detenție sau încarcerare¹⁸¹

- ▶ **Principiul 1:** Orice persoană supusă unei forme oarecare de detenție sau încarcerare este tratată cu umanitate și respect față de demnitatea inerentă persoanei umane.
- ▶ **Principiul 6:** Nicio persoană supusă unei forme oarecare de detenție sau de încarcerare nu va fi supusă torturii, nici unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. Nicio circumstanță, oricare ar fi, nu poate fi invocată pentru a justifica tortura sau oricare altă pedeapsă sau tratament crud, inuman sau degradant.

Codul de conduită al organelor de drept privind aplicarea legii¹⁸²

- **Art. 2:** În îndeplinirea datoriei lor, organele de drept trebuie să respecte și să protejeze demnitatea umană, să mențină și să sprijine drepturile omului.
- **Art. 5:** Niciun organ de aplicare a legii nu poate provoca, instiga sau tolera un act de tortură sau alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante și nici nu poate invoca un ordin superior sau circumstanțe excepționale ca o justificare a torturii sau a altor tratamente sau pedepse crude, inumane, sau degradante.

181. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 43/173: Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare. Doc. ONU A/RES/43/173. 9 decembrie 1998.

182. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 34/169, anexă: Cod de conduită pentru aplicarea legii. Doc. ONU A/34/46. 5 februarie 1980.

Ansamblul de reguli minime pentru tratamentul deținuților¹⁸³**▶ Regula 22**

- (1) Fiecare unitate penitenciară trebuie să dispună cel puțin de serviciile unui medic calificat, care trebuie să aibă cunoștințe în psihiatrie. Asistența medicală trebuie organizată în legătură strânsă cu administrația generală de sănătate a comunității sau a națiunii. Ea trebuie să cuprindă un serviciu de psihiatrie pentru diagnostic și dacă este cazul pentru tratamentul cazurilor de deficiență mintală.
- (2) Pentru bolnavii care au nevoie de îngrijiri speciale trebuie să se prevadă transferul la unitățile penitenciare specializate sau la spitale civile. Dacă tratamentul spitalicesc este organizat în unitate, acesta trebuie prevăzut cu echipament, mobilier și produse farmaceutice care să permită tratamentul și îngrijirile adecvate deținuților bolnavi, și personalul trebuie să aibă o suficientă pregătire profesională.
- (3) Orice deținut trebuie să beneficieze de îngrijirile unui dentist calificat.

▶ Regula 23:

- (1) În unitățile pentru femei trebuie să existe instalațiile speciale necesare pentru îngrijirea femeilor gravide și a celor care nasc sau au născut. În măsura posibilităților trebuie să se ia măsuri pentru ca nașterile să aibă loc într-un spital civil. Dacă copilul se naște în închisoare este important ca în actul de naștere să nu fie trecut acest lucru.
- (2) În caz că se permite mamei deținute a-și păstra sugarii, trebuie să se ia măsuri pentru a se crea creșe înzestrate cu personal calificat unde sugarii să fie ținuți în timpul când nu sunt în îngrijirea mamei lor.

▶ Regula 25:

- (1) Medicul este însărcinat să supravegheze sănătatea fizică și psihică a deținuților. El trebuie să-i vadă în fiecare zi pe deținuții bolnavi, pe toți cei care se plâng că sunt bolnavi și pe toți cei care îi atrag în mod deosebit atenția.
- (2) Medicul trebuie să raporteze directorului, de fiecare dată când consideră că sănătatea fizică și psihică a unui deținut a fost sau va fi afectată de prelungirea sau de o condiție oarecare a detenției.

▶ Regula 26:

- (1) Medicul trebuie să execute inspecții regulate și să-l consilieze pe director în ceea ce privește:
 - (a) cantitatea, calitatea, prepararea și distribuția alimentelor;
 - (b) igiena și curățenia unității și a deținuților;
 - (c) instalații sanitare, de încălzire, iluminat și ventilația unității;
 - (d) calitatea și curățenia hainelor și a așternutului deținuților;
 - (e) respectarea regulilor privind educația fizică și sportivă când aceasta este organizată cu un personal nespecializat.
- (2) Directorul trebuie să ia în considerație rapoartele și sfaturile medicului bazate pe articolele 25 și 26, în caz că este de acord cu acestea, să ia imediat măsurile ce se impun; în caz de dezacord sau dacă cele sesizate nu sunt de competența lui, el va transmite imediat raportul medical și propriile sale păreri, autorităților superioare.

183. Națiunile Unite. Rezoluția Consiliului Economic și Social 663 C (XXIV): Ansamblul de reguli minime pentru tratamentul deținuților. 30 august 1955.

Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante în contextul sănătății mintale

Dreptul de a nu fi supus torturii sau tratamentelor crude, inumane și degradante garantează persoanelor cu dizabilități exercitarea deplină a capacităților lor juridice și exercitarea oricărei garanții procedurale pe care acestea le au la dispoziție¹⁸⁴. De fapt, CCPR a exprimat clar că articolul 10(1) din ICCPR „se aplică oricărei persoane care este lipsită de libertate sub legislația și autoritatea statului respectiv, care este deținută într-o închisoare sau spital – în special într-un spital psihiatric – sau într-o tabără de detenție, instituție educativă sau în altă parte, iar statele parte trebuie să se asigure că principiul stipulat în Pact este aplicat în toate instituțiile și unitățile aflate sub jurisdicția lor, în care sunt deținute persoane”¹⁸⁵. CCPR a afirmat în mod repetat că obligația prevăzută la articolul 10(1) din ICCPR privind tratarea persoanelor conform demnității persoanei umane cuprinde furnizarea de îngrijire medicală adecvată în timpul detenției¹⁸⁶. De multe ori, prin coroborare cu articolul 7, s-au constatat numeroase încălcări ale acestei obligații¹⁸⁷. Mai exact, în ceea ce privește persoanele cu dizabilități mintale din centrele de detenție (atât în penitenciare, cât și în instituții de psihiatrie), CCPR a cerut îmbunătățirea condițiilor de igienă și oferirea de exerciții fizice regulate și tratament adecvat¹⁸⁸. În mod similar, izolarea sau privarea de alimente este considerată tortură și prin urmare este ilegală¹⁸⁹.

În plus, Comitetul CAT a identificat supraaglomerare, condiții de trai inadecvate și detenție de lungă durată în spitalele de psihiatrie, care „echivalează cu tratamente inumane sau degradante”¹⁹⁰. Aceasta a condamnat de asemenea, în termeni similari, suprapopularea extremă din închisori, unde condițiile de viață și de igienă păreau a pune în pericol sănătatea și viața deținuților¹⁹¹, în plus față de lipsa de atenție medicală¹⁹².

184. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU. A/65/40(vol. I). 2009. p. 40-41, alin. 19.

185. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 21: Înlocuiește Comentariul general 9 privind tratamentul uman al persoanelor private de libertate (articolul 10) (Anexa VI, B). Doc. ONU A/47/40 [SUPP]. 13 martie 1993. alin. 2.

186. CCPR. Comunicare Nr. 256/1987: Kelly v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/41/D/253/1987. 08 aprilie 1991. Încălcarea articolului 10 alineatul (1), în cazul în care prizonierul are probleme de sănătate ca urmare a lipsei de îngrijire medicală de bază și a fost lăsat să iasă din celulă doar 30 de minute în fiecare zi; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 255/1987: Linton v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/46/D/255/1987. 22 octombrie 1992. Refuzul de tratament medical adecvat pentru leziunile suferite în timpul evadării a încălcat articolele 7 și 10 (1); CCPR. Comunicare Nr. 334/1988: Bailey v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/47/D/334/1988. 5 decembrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 321/1988: Thomas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/49/D/321/1988. 19 octombrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 414/1990: Mika Miha v Guineea Ecuatorială. Doc. ONU CCPR/C/51/D/414/1990. 8 iulie 1994; CCPR. Comunicare Nr. 653/1995: Colin Johnson v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/653/1995. 20 octombrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 326/1988. Kalenga v Zambia. Doc. ONU CCPR/C/48/D/326/1988. 27 iulie 1993.

187. CCPR. Comunicare Nr. 732/1997: Whyte v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/63/D/732/1997. 27 iulie 1998. Imposibilitatea de a trata atacuri de astm și leziuni suferite prin bătăi; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 564/1993: Leslie v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/63/D/564/1993. 31 iulie 1998. Lipsa de tratament medical adecvat pentru bătăi și înjunghiere deoarece Leslie urma să fie executat iminent; CCPR. Comunicare Nr. 610/1995: Henry v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/610/1995. 20 octombrie 1995. Lipsa de tratament medical în ciuda recomandării medicului; CCPR. Comunicare Nr. 647/1995: Pennant v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/647/1995. 20 octombrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 719/1996: Levy v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/719/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 730/1996: Marshall v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/730/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 720/1996: Morgan și Williams v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/720/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 663/1995: Morrison v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/663/1995. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 775/1997: Brown v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/65/D/775/1997. 23 martie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 590/1994: Bennett v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/65/D/590/1994. 25 martie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 668/1995: Smith și Stewart v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/65/D/668/1995. 8 aprilie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 962/2001: Mulezi v Republica Democratică Congo. Doc. ONU CCPR/C/81/D/962/2001. 6 iulie 2004; CCPR. Comunicare Nr. 964/2001: Saidov v Tadjikistan. Doc. ONU CCPR/C/81/D/964/2001. 8 iulie 2004.

188. CCPR. Observații finale: Bosnia și Herțegovina. Doc. ONU. CCPR/C/BIH/CO/1. 22 noiembrie 2006.

189. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU A/65/40 (vol. I). 2009. p. 90, alin. 21.

190. Comitetul CAT. Concluzia și Recomandarea Comitetului împotriva Torturii: Federația Rusă. Doc. ONU CAT/C/RUS/CO/4. 6 februarie 2007.

191. CRPD. Observații finale: China. Doc. ONU CRPD/C/CHN/CO/1. 15 octombrie 2012. alin. 27-28.

192. Comitetul CAT. Concluzia și Recomandarea Comitetului împotriva Torturii: Nepal. Doc. ONU. CAT/C/NPL/CO/2. 13 aprilie 2007; a se vedea și CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 418-a reuniune: Paraguay. Doc. ONU CAT/C/SR.418 11 ianuarie 2001; a se vedea și Comitetul CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 471-a reuniune: Grecia, Brazilia. Doc. ONU CAT/C/SR.471. 21 mai 2001.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI ALTOR TRATAMENTE SAU PEDEPSE CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE ÎN REPUBLICA POPULARĂ CHINEZĂ

Privind persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale reale sau percepute internate nevoluntar, Comitetul este îngrijorat că „terapia de corecție” oferită în instituții psihiatrice reprezintă un tratament inuman și degradant. Mai mult, Comitetul este îngrijorat de faptul că nu toate experimentele medicale fără consimțământul liber și informat al pacientului sunt interzise de legea chineză.

Comitetul îndeamnă statul parte să înceteze politica sa de a supune persoanele cu deficiențe reale sau percepute la astfel de terapii și să se abțină de la internarea nevoluntară a acestora în instituții. În plus, îndeamnă statul parte să elimine legile care permit experimentele medicale pe persoanele cu dizabilități, fără consimțământul lor liber și informat¹⁹³.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI ALTOR TRATAMENTE SAU PEDEPSE CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Williams v. Jamaica (CCPR)(1997). Comitetul a constatat că eșecul statului de a trata în mod adecvat plângerea reclamantului, un deținut cu o problemă de sănătate mintală care s-a exacerbat din cauza condamnării la moarte, a constituit o încălcare a articolelor 7 și 10(1) din ICCPR.¹⁹⁴

Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante în contextul bolilor contagioase

În conformitate cu dreptul de a nu fi supus la tortură și la alte tratamente crude, inumane sau degradante, transmiterea intenționată a unei boli contagioase, cum ar fi HIV/SIDA, este interzisă¹⁹⁵. De asemenea, este necesar ca guvernele să protejeze persoanele care trăiesc cu boli infecțioase față de tortură și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. De exemplu, ignorând dreptul persoanelor seropozitive „la acces la informații legate de HIV, educație și mijloace de prevenire, testare voluntară, consiliere, confidențialitate și de îngrijire a sănătății legate de HIV și accesul și participarea voluntară în cadrul tratamentelor experimentale, ar putea constitui tratament crud, inuman sau degradant”¹⁹⁶. De asemenea, sterilizarea forțată a femeilor seropozitive ar putea conduce la tratamente crude, inumane sau degradante¹⁹⁷.

În plus, faptul că deținuții cu boli infecțioase (cum ar fi tuberculoza) din închisori nu au fost izolați a fost considerat o încălcare a acestui drept¹⁹⁸. În același timp, persoanele care suferă de boli contagioase pot

193. Comitetul CAT. Observații finale ale Comitetului privind eliminarea Torturii: Camerun. Doc. ONU CAT/C/CR/31/6. 5 februarie 2004.

194. CCPR. Comunicare Nr. 609/1995: Williams v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/61/D/609/1995. 4 noiembrie 1997.

195. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU E/CN.4/2004/56. 23 decembrie 2003. alin. 52-53.

196. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU E/CN.4/2004/56. 23 decembrie 2003. alin. 54 (citând HIV/SIDA și drepturile omului: Linii directoare internaționale, publicarea Organizației Națiunilor Unite, Sales nr. E.98.XIV.1, Organizația Națiunilor Unite, New York și Geneva, 1998, p. 130); a se vedea și p. 56-57 privind accesul la îngrijire medicală și tratament.

197. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. punctele 48, 71; vezi Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport Doc. ONU A/64/272. 10 august 2009. alin. 55.

198. Vezi Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului special al ONU: Azerbaidjan. Doc. ONU E/CN.4/2001/66/Add.1. 14 noiembrie 2000; Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Rapoarte ale Raportorului special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44/Add.3. 12 februarie 2009.

fi mult mai vulnerabile la reele tratamente¹⁹⁹. Este foarte probabil să le fie interzis accesul la informare, prevenire, testare, tratament și sprijin²⁰⁰.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI ALTOR TRATAMENTE SAU PEDEPSE CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE ÎN REPUBLICA POPULARĂ CHINEZĂ

Deși Comitetul observă că Raportorul special pe probleme de tortură a constatat disponibilitatea îngrijirii medicale în centrele de detenție pe care le-a vizitat și o consideră în general satisfăcătoare (E/CN.4/2006/6/Add.6, para. 77), acesta ia totuși act, cu îngrijorare, de noile informații furnizate cu privire la lipsa de tratament pentru consumatorii de droguri și persoanele seropozitive și regretă lipsa de date statistice privind starea de sănătate a deținuților (art. 11).

Statul parte trebuie să ia măsuri eficiente pentru a supraveghea sistematic toate locurile de detenție, inclusiv cu privire la serviciile de sănătate existente și disponibile. În plus, statul parte trebuie să ia măsuri prompte pentru a se asigura că toate cazurile de decese ale persoanelor aflate în custodia statului sunt investigate în mod independent și că cei responsabili de astfel de decese rezultate din tortură, maltratare sau neglijență intenționată sunt trași la răspundere penală. Comitetul ar aprecia un raport cu privire la rezultatul acestor investigații, în cazul celor finalizate, și cu privire la ce sancțiuni și remedii au fost oferite²⁰¹.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI TRATAMENTELOR SAU PEDEPSELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE

McCallum v. Africa de Sud (CCPR)(2010). Comitetul a constatat că guvernul a încălcat Articolului 7 în contextul în care un deținut a fost forțat să se dezbrace în fața mai multor deținuți, a fost grav bătut (dislocarea maxilarului și pierderea dinților din față), a fost abuzat sexual (penetrarea anală cu un baston de poliție), a fost expus la fluide corporale (inclusiv urină și materii fecale) și i-au fost refuzate testarea HIV, tratamentul medical și comunicarea cu un avocat sau cu familia după ce a fost supus abuzurilor. În ciuda seriei de scrisori trimise către oficiali guvernamentali, reclamantul nu a putut obține testarea HIV și deși poliția a promis o anchetă a incidentului, nu a fost luată nicio măsură oficială²⁰².

Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante în contextul sănătății sexuale și reproductive

În conformitate cu dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante, eșecul unui stat de a oferi acces la procedura de avort în condițiile în care sarcina ar reprezenta un risc pentru viața sau sănătatea femeii, este rezultată din viol sau incest sau în cazul în care fătul prezintă anomalii severe constituie o încălcare a acestui drept²⁰³. De asemenea, castrarea sau sterilizarea forțată a fost tratată ca

199. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU E/CN.4/2004/56. 23 decembrie 2003. alin. 61.

200. Comisia Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU E/CN.4/2004/56. 23 decembrie 2003. alin. 61.

201. Comitetul CAT. Observații finale: China. Doc. ONU CAT/C/CHN/CO/4. 12 decembrie 2008. alin. 12.

202. CCPR. Comunicare Nr. 1818/2008: McCallum v Africa de Sud. Doc. ONU CCPR/C/100/D/1818/2008. 2 noiembrie 2010. p. 6.2-6.4.

203. CCPR. Comunicare Nr. 1153/2003: K.L v Peru. Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003. 22 noiembrie 2005. alin. 7; CCPR. Comunicarea Nr. 1608/2007: L.M.R v Argentina. Doc. ONU CCPR/C/101/D/1608/2007. 28 aprilie 2011. alin. 9.2; Comitetul CRC. Observații finale: Ciad. Doc. ONU CRC/C/15/Add.107. 24 august 1999. alin. 30; Comitetul CRC. Observații finale: Chile. Doc. ONU CRC/C/CHL/CO/3. 23 aprilie 2007. alin. 56; Comitetul CRC. Observații finale: Costa Rica. Doc. ONU CRC/C/CRI/CO/4. 17 iunie 2011. alin. 64 (c); CCPR. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3. 19 aprilie 2012. alin. 20; ESCRC. Observații finale: Republica Dominicană. Doc. ONU E/C.12/DOM/CO/3. 26 noiembrie 2010. para. 29; ESCRC. Observații finale: Chile. Doc. ONU E/C.12/1/Add.105. 26 noiembrie 2004. para. 53.

o încălcare a acestui drept²⁰⁴. Practicile tradiționale vătămătoare, cum ar fi mutilarea genitală a femeilor, au fost considerate tratamente crude, inumane și degradante, iar statele sunt obligate să pună în aplicare măsuri care să împiedice astfel de practici²⁰⁵.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI TRATAMENTELOR SAU PEDEPSELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE ÎN REPUBLICA CIAD

Comitetul își exprimă îngrijorarea cu privire la răspândirea violenței sexuale și de gen, inclusiv FGM (mutilarea genitală feminină), violul și violența domestică în statul parte. Acesta este profund îngrijorat de faptul că violența împotriva femeilor este însoțită de o cultură a tăcerii și a impunității care a împiedicat investigarea, urmărirea și pedepsirea autorilor actelor de violență sexuală, indiferent de grupul lor etnic, pentru fapte comise în timpul conflictului și post-conflict. În acest context, se observă de asemenea cu îngrijorare faptul că marea majoritate a cazurilor de violență în familie și sexuale rămân neraportate din cauza tabuurilor culturale și din teama victimelor de a fi stigmatizate de către comunitățile lor. În plus, este îngrijorător faptul că cel puțin 45% din femeile din Ciad au fost supuse FGM și regretă profund lipsa de punere în aplicare a Legii Sănătății privind Reproducerea (2002) care interzice FGM, căsătoriile timpurii, violența domestică și sexuală. De asemenea, Comitetul regretă lipsa de informații cu privire la impactul măsurilor și programelor care au ca scop reducerea formelor de violență împotriva femeilor și fetelor. Comitetul este de asemenea îngrijorat cu privire la disponibilitatea serviciilor de asistență socială și adăposturi pentru victime²⁰⁶.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI TRATAMENTELOR SAU PEDEPSELOR CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE

L.M.R. v. Argentina (CCPR)(2011). Comitetul a constatat o încălcare articolul 7 în cazul unei tinere cu dizabilități mintale care a ramas însărcinată după ce a fost violată. În ciuda autorizației judiciare privind avortul, niciun spital nu a fost dispus să efectueze procedura - în parte din cauza presiunii venite de la grupurile religioase, la care autoritățile argentine nu au răspuns. Femeia a fost nevoită să recurgă la un avort ilegal într-o fază avansată a sarcinii, care a condus la traume psihologice, inclusiv stres post-traumatic²⁰⁷.

DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice a fost tratat ca un factor determinant pentru sănătate²⁰⁸, iar în cadrul serviciilor de sănătate acesta reprezintă dreptul și posibilitatea oricărei persoane de a participa la procesele politice și la luarea deciziilor privind politicile publice care afectează sănătatea și bunăstarea lor în comunitate, la nivel național și internațional²⁰⁹. Această oportunitate trebuie să fie semnificativă, susținută și accesibilă tuturor cetățenilor, fără discriminare. Dreptul se extinde la participarea la luarea deciziilor cu privire la planificarea și punerea în aplicare a serviciilor de asistență medicală, tratamente adecvate, precum și strategii de sănătate publică.

204. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. punctele 46, 48; Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU A/65/40 (vol. I). 2009. p. 20, alin. 20.

205. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU. A/67/40 (vol. I). 2012. p. 62, alin. 9.

206. Comitetul CEDAW. Observații finale: Ciad. Doc. ONU CEDAW/C/TCD/CO/1-4. 21 octombrie 2011. alin. 22.

207. CCPR. Comunicare Nr. 1608/2007: LMR v Argentina. Doc. ONU CCPR/C/101/D/1608/2007. 28 aprilie 2011. alin. 9.2.

208. Halabi, Sam. Health and Human Rights Journal. Volumul 11, nr. 1. p. 51.

209. CESCR. CESCR Comentarul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 11.

CESCR a solicitat țărilor să adopte „o strategie națională și un plan de acțiune privind sănătatea publică” care urmează să fie „revizuite periodic, pe baza unui proces participativ și transparent”²¹⁰. În plus, „promovarea sănătății trebuie să implice acțiuni comunitare eficiente în stabilirea priorităților, luarea deciziilor, planificarea, implementarea și evaluarea strategiilor pentru a obține o sănătate mai bună. Furnizarea eficientă a serviciilor de sănătate poate fi asigurată doar dacă participarea oamenilor este asigurată de către stat”²¹¹.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR, Art. 21:

- (1) Orice persoană are dreptul de a lua parte la guvernarea țării sale, fie direct, fie prin reprezentanți liber aleși.
- (3) Voința poporului trebuie să constituie baza puterii de stat; această voință trebuie să fie exprimată prin alegeri nefalsificate, care să aibă loc în mod periodic prin sufragiu universal, egal și exprimat prin vot secret sau urmând o procedură echivalentă care să asigure libertatea votului.

▶ ICCPR

- **Art. 25(a):** Orice cetățean are dreptul și posibilitatea, fără... discriminare ... de a lua parte la conducerea treburilor publice, fie direct, fie prin intermediul unor reprezentanți liber aleși;

▶ ICESCR

● Art. 12:

- (1) Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.
- (2) Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura: ...
 - (i) profilaxia și tratamentul maladiilor epidemice, endemice, profesionale și ale altora, precum și lupta împotriva acestor maladii;
 - (ii) crearea de condiții care să asigure tuturor servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală.

▶ CEDAW

- **Art. 7:** Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în viața politică și publică a țării și, în special, pentru a le asigura, în condiții de egalitate cu bărbații: **(b)** dreptul de a lua parte la elaborarea politicii statului și la punerea acesteia în aplicare, de a ocupa funcții publice și a exercita toate funcțiile publice la toate eșaloanele de guvernământ.
- **Art. 14(2)(a):** Dreptul femeilor de a participa din plin la elaborarea și executarea planurilor de dezvoltare la toate nivelurile.

▶ ICRPD

- **Art. 29:** Statele părți vor garanta persoanelor cu dizabilități drepturi politice și posibilitatea de a beneficia de acestea, în condiții de egalitate cu alții, și se angajează:
 - (a) Să se asigure că persoanele cu dizabilități pot participa efectiv și deplin la viața politică și publică, în condiții de egalitate cu ceilalți, în mod direct sau prin reprezentanți liber aleși, precum și că au dreptul și oportunitatea de a vota și de a fi alese, printre altele, prin:

210. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. para. 43 (f).

211. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 54.

- (i) Asigurarea de proceduri, facilități și materiale de vot adecvate, accesibile și ușor de înțeles și utilizat;
- (ii) Protejarea dreptului persoanelor cu dizabilități de a vota prin vot secret la alegerile și referendumurile publice, fără intimidare, de a candida la alegeri, de a deține efectiv un mandat ales și de a îndeplini orice funcție publică, la orice nivel guvernamental, facilitând utilizarea tehnologiilor noi și de asistare, acolo unde este cazul;
- (iii) Garantarea exprimării libere a voinței persoanelor cu dizabilități ca electori și în acest scop, dacă este cazul, la solicitarea acestora, să permită asistarea la vot de către o persoană la alegerea lor.

Declarația de la Alma-Ata²¹²

- ▶ **Art. IV:** Oamenii au dreptul și obligația de a participa individual și colectiv la planificarea și punerea în aplicare a propriilor îngrijiri de sănătate.

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient²¹³

- ▶ **Principiul 2.** Alegerea și responsabilizarea: Pacienții au dreptul și responsabilitatea de a participa, potrivit nivelului lor de competență și preferință, în calitate de partener la luarea deciziilor asupra îngrijirilor de sănătate, decizii care le pot afecta viața. Acest lucru necesită un serviciu de sănătate receptiv care să ofere alternative potrivite de tratament și opțiuni manageriale care să răspundă nevoilor pacienților, să încurajeze și să sprijine pacienții și îngrijitorii acestora care direcționează și gestionează îngrijirea astfel încât să obțină cea mai bună calitate a vieții. Organizațiile de pacienți trebuie să fie împuternicite să joace un rol semnificativ în conducerea și sprijinirea pacienților și a familiilor acestora, să își exercite dreptul de a face alegeri în cunoștință de cauză privind îngrijirea sănătății.
- ▶ **Principiul 3.** Implicarea pacientului în politica de sănătate: Pacienții și organizațiile de pacienți merită să împartă responsabilitatea privind elaborarea politicilor de îngrijiri de sănătate prin implicarea semnificativă și susținută la toate nivelele și din toate punctele de vedere, pentru a se asigura că acestea sunt proiectate în jurul pacientului. Acest lucru nu ar trebui să se limiteze la politica de îngrijiri de sănătate, ci trebuie să includă politica socială care va avea un impact, în cele din urmă, asupra vieții pacienților.

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice în contextul sănătății mintale

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice este reprezentat și de dreptul persoanelor cu dizabilități intelectuale sau cu probleme de sănătate mintală de a participa la viața publică în condiții de egalitate cu ceilalți, direct sau printr-un reprezentant ales²¹⁴. De fapt, participarea persoanelor cu dizabilități mintale „în procesele de luare a deciziilor care afectează sănătatea și dezvoltarea lor, precum și în fiecare aspect al furnizării de servicii, este o parte integrantă a dreptului la sănătate”²¹⁵. Statele trebuie să se asigure că persoanele cu dizabilități mintale sunt implicate „în toate etapele de dezvoltare, implementare și monitorizare a legislației, politicilor, programelor și serviciilor legate de sănătatea mintală, sprijin social, politici și programe

212. Conferința internațională privind asistența medicală primară. Declarația de la Alma-Ata. 6 septembrie 1978.

213. Alianța Internațională a Organizațiilor Pacienților [IAPO]. Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006. A se vedea și Declarația politică a IAPO privind implicarea pacientului.

214. FRA. Dreptul la participare politică a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și ale persoanelor cu dizabilități intelectuale. Octombrie 2010.

215. Raportul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 59; vezi OMS. Declarația Montreal privind dizabilitățile intelectuale. 2004.

extinse, inclusiv strategiile de reducere a sărăciei, care le pot afecta”²¹⁶. Furnizorii de servicii de îngrijire și asistență, precum și membrii familiei, trebuie să fie implicați în acest proces.²¹⁷

Cu toate acestea, deși dizabilitățile fizice nu justifică restricțiile privind acest drept, „lipsa de discernământ poate fi un motiv pentru restrângerea dreptului de a vota sau de a deține o funcție publică”²¹⁸. Până în momentul de față, CRPD nu a emis o interpretare a Articolului 29 din ICRPD explicând domeniul de protecție al acestui drept.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE ÎN REPUBLICA POPULARĂ CHINEZĂ

Comitetul este îngrijorat de descalificarea de la vot a tuturor persoanelor care se dovedesc a fi incapabile, din cauza dizabilităților mintale, intelectuale sau psihosociale, să își gestioneze și administreze proprietățile și afacerile lor în conformitate cu secțiunea 31(1) din Ordonanța Consiliului Legislativ și secțiunea 30 din Ordonanța Consiliilor Sectoriale (Art. 2, 25 și 26).

Hong Kong, China, trebuie să-și revizuiască legislația pentru a se asigura că aceasta nu face nicio discriminare împotriva persoanelor cu dizabilități mintale, intelectuale sau psihosociale, refuzându-le dreptul de a vota pe motive care sunt disproporționate sau care nu au nici o legătură rezonabilă și obiectivă cu capacitatea lor de a vota, ținând seama de Articolul 25 din Pact și Articolul 29 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități²¹⁹.

În acest caz, conexiunea cu drepturile omului în privința îngrijirii pacientului este dreptul de a influența politica publică privind problemele de sănătate, inclusiv problemele legate de dizabilități mintale, intelectuale sau psihosociale.

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice în contextul bolilor contagioase

Persoanele care suferă de boli contagioase, cum ar fi HIV/SIDA, au dreptul să participe în mod semnificativ la elaborarea și implementarea politicilor care îi pot afecta²²⁰. Statele au fost somate să implice societatea civilă, inclusiv grupurile de pacienți, în „formularea și implementarea politicilor publice”²²¹. În calitate de indivizi care sunt cei mai afectați de politicile publice care vizează protejarea sănătății populației de boli contagioase, implicarea acestora este esențială pentru crearea de politici publice de succes și cuprinzătoare, care să protejeze nu numai starea de sănătate a comunității la scară largă, dar care respectă totodată și drepturile omului ale acestor indivizi.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE ÎN REPUBLICA SURINAME

Comitetul este îngrijorat de situația femeilor din mediul rural... care sunt dezavantajate din cauza infrastructurii

216. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mentală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 60.

217. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mentală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 60.

218. CCPR. Comentariul general Nr. 25: Dreptul de a participa la afacerile publice, drepturile de a vota și dreptul de acces egal la funcțiile publice (articolul 25). Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.7. 12 iulie 1996. alin. 10.

219. CCPR. Observații finale privind al treilea raport periodic la Hong Kong, China. Doc. ONU CCPR/C/CHN-HKG/CO/3. 29 aprilie 2013. alin. 24.

220. Vezi Declarația Summit-ului privind SIDA de la Paris. 1 decembrie 1994; UNAIDS. Informare privind politici: Implicarea mai mare a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA (GIPA). Martie 2007. p. 1.

221. Vezi Declarația Summit-ului privind SIDA de la Paris. 1 decembrie 1994.

slabe, accesului limitat la piețe, obstacolelor în ceea ce privește disponibilitatea și accesibilitatea terenurilor agricole și a creditului agricol, ratele de alfabetizare reduse, ignorarea reglementărilor existente, lipsa serviciilor și poluarea mediului. Comitetul ia act cu îngrijorare de absența unor politici specifice în toate aceste domenii, inclusiv în planificarea familială și prevenirea răspândirii infecțiilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV. Comitetul este de asemenea îngrijorat de faptul că munca femeilor din zonele rurale nu este considerată muncă productivă și că acestea nu sunt reprezentate efectiv în cadrul organelor administrației publice locale...

Comitetul îndeamnă statul parte să acorde o atenție deplină nevoilor femeilor din mediul rural... pentru a se asigura că acestea beneficiază de politicile și programele prevăzute pentru ele în toate domeniile, în special accesul la sănătate, educație, servicii sociale și de luare a deciziilor.²²²

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice este esențial pentru protejarea sănătății sexuale și reproductive a femeilor. Participarea populațiilor care sunt cele mai afectate de politicile legate de sănătatea sexuală și reproductivă ajută la asigurarea că nevoile lor, cum ar fi cele legate de planificarea familială și accesul la contraceptive, sunt acoperite. În plus față de oferirea unui sentiment de îndreptățire, participarea persoanelor afectate poate face ca politicile și eforturile de punere a lor în aplicare să fie mai adecvate din punct de vedere cultural și ar crește astfel accesul persoanelor la aceste politici²²³.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE ÎN MAROC

Comitetul este deosebit de preocupat de situația femeilor din mediul rural, de lipsa lor de participare la procesul de luare a deciziilor și dificultatea lor în accesarea de servicii de îngrijiri de sănătate, servicii publice, educație, justiție, apă potabilă și energie electrică, care afectează grav drepturile lor sociale, economice și culturale. Comitetul este de asemenea îngrijorat de lipsa de date cu privire la situația de facto a femeilor din mediul rural.

Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri speciale temporare, în conformitate cu Articolul 4, alineatul 1, al Convenției, pentru a se asigura că femeile din mediul rural se bucură de drepturile lor politice, sociale, economice și culturale, fără nicio discriminare, în special în ceea ce privește accesul la instituțiile de învățământ și de sănătate. De asemenea, recomandă ca acestea să fie pe deplin integrate în formularea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și programelor sectoriale²²⁴.

222. Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei. Doc. ONU A/57/38 (SUPP). 2002. punctele. 65-66.

223. CRF și UNFPA. Document informativ: Dreptul la informații și servicii de contracepție pentru femei și adolescenți. 2011. p. 24.

224. Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Maroc. Doc. ONU CEDAW/C/MAR/CO/4. 8 aprilie 2008. punctele. 32-33.

DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării este crucial pentru exercitarea dreptului la sănătate. Servicii de sănătate și tratament trebuie să fie accesibile și furnizate fără discriminare (ca intenție sau ca efect) bazate pe starea de sănătate, rasă, etnie, vârstă, sex, sexualitate, orientare sexuală, identitate de gen, dizabilitate, limbă, religie, origine națională, venituri sau statut social²²⁵. CESCRC a declarat că unitățile sanitare, precum și bunurile și serviciile, trebuie să fie accesibile tuturor, fără discriminare „și în special celor mai vulnerabile și marginalizate părți ale populației”²²⁶. În special, astfel de unități sanitare, bunuri și servicii „trebuie să fie accesibile pentru toți”, iar „gospodăriile sărace nu trebuie să fie împovărate în mod disproporționat cu cheltuielile de sănătate, comparativ cu gospodăriile bogate”²²⁷. Merită subliniat faptul că protecția împotriva discriminării rasiale a fost considerată o obligație *erga omnes* în dreptul internațional, în sensul că, inclusiv în cazul în care un stat nu a ratificat vreo convenție care să interzică discriminarea rasială, acesta are obligația legală de a interzice discriminarea rasială²²⁸.

În plus, dreptul internațional privind discriminarea distinge între discriminarea directă și discriminarea indirectă, ambele fiind interzise. Discriminarea directă se referă la măsuri discriminatorii create cu scopul de a discrimina - este „mai puțin favorabilă sau chiar în detrimentul” unui individ sau grup de indivizi, pe baza unei „caracteristici sau a unui criteriu interzis cum ar fi rasa, sexul sau dizabilitatea”²²⁹. Discriminarea indirectă se referă la „o practică, regulă, cerință sau condiție care este neutră”, însă are un impact negativ și disproporționat asupra unui grup de indivizi, fără justificare²³⁰. Acest tip de discriminare include stereotipurile și actele de stigmatizare. Prin urmare, în timp ce discriminarea directă este definită prin scopul măsurii, discriminarea indirectă este definită prin efectul măsurii. Pentru o discuție amplă pe această temă, a se vedea „Non-discriminarea în dreptul internațional: Un manual pentru practicieni”²³¹.

În conformitate cu acest drept, statele au obligația de a interzice și de a elimina discriminarea pe toate criteriile și de a asigura egalitatea tuturor în ceea ce privește accesul la asistență medicală și factorii determinanți ai sănătății.²³² Statele trebuie, de asemenea, să recunoască și să ia măsuri față de diferențele și nevoile specifice ale fiecărui grup care se confruntă cu anumite probleme de sănătate, cum ar fi ratele mai mari de mortalitate sau vulnerabilitatea la anumite boli²³³. CESCRC a îndemnat la o atenție deosebită asupra nevoilor „minorităților etnice și a populațiilor indigene, femeilor, copiilor, adolescenților, persoanelor în etate, persoanelor cu dizabilități și ale persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA”²³⁴. CERD a recomandat ca statele care sunt parte la convenție, în funcție de circumstanțele lor specifice, să se asigure că respectă dreptul persoanelor apatride la un standard adecvat de sănătate fizică și psihică, printre altele prin abținerea de la refuzul sau limitarea accesului lor la servicii de sănătate preventive, curative și paliative²³⁵. Într-adevăr, conform CESCRC, statele trebuie să se asigure că instituțiile de sănătate, bunurile și serviciile sunt disponibile, accesibile,

225. CESCRC. CESCRC Comentariul general nr 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU. E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b)(l), 18; CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 20: Non-discriminarea privind drepturile economice, sociale și culturale (articolul 2, alin. 2 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale). Doc. ONU E/C.12/GC/20. 2 iulie 2009. alin. 32; Comitetul CRC. CRC Comentariul general Nr. 4: Sănătatea și dezvoltarea adolescenților în contextul Convenției cu privire la Drepturile Copilului. Doc. ONU CRC/GC/2003/4. 1 iulie 2003. alin. 6.

226. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b).

227. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b).

228. Timo Makkonen. Egal în fața legii, inegal în realitate : Discriminarea rasială și etnică și răspunsul juridic în Europa [Equal in Law, Unequal in Fact: Racial and Ethnic Discrimination and the Legal Response Thereto in Europe]. Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 2012. p. 117.

229. INTERIGHTS. Non-discriminare în dreptul internațional: Un manual pentru practicieni. 2011. 18.

230. INTERIGHTS. Non-discriminare în dreptul internațional: Un manual pentru practicieni. 2011. 18.

231. INTERIGHTS. Non-discriminare în dreptul internațional: Un manual pentru practicieni. 2011.

232. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 18.

233. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 37.

234. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b).

235. CERD. CERD Comentariul general Nr. 30: Discriminarea împotriva non-cetățenilor. Doc. ONU A/59/18. 1 octombrie 2004. alin. 36.

acceptabile, de calitate bună și aplicabile tuturor segmentelor de populație, inclusiv migranților²³⁶. În mod similar, Comitetul CRC a subliniat ca toți copiii să beneficieze de „acces susținut și egal la tratament și îngrijire completă, inclusiv cele necesare legate de HIV, droguri, bunuri și servicii pe bază de non-discriminare”²³⁷.

Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au condamnat în mod frecvent statele parte pentru incapacitatea de a asigura accesul egal la servicii medicale (de multe ori din cauza lipsei de resurse suficiente) pentru grupurile marginalizate și vulnerabile. Aceste grupuri au inclus persoane indigene care trăiesc în sărăcie extremă²³⁸; refugiați de o anumită naționalitate²³⁹; copii, persoane în vârstă și persoane cu dizabilități fizice și psihice²⁴⁰; și cei care trăiesc în zonele rurale, unde distribuția geografică a personalului și serviciilor de sănătate arată o preferință evidentă pentru urban²⁴¹. CESCR a remarcat cu regret, în privința unei singure țări, tratamentul diferențiat în asigurarea accesului la serviciile de sănătate între două grupuri de refugiați²⁴², lipsa serviciilor de psihiatrie din țară²⁴³, precum și necesitatea de a „consolida programele de sănătate reproductivă și sexuală, în special în zonele rurale”²⁴⁴.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

- **Art. 7:** Toți oamenii sunt egali în fața legii și au, fără nicio deosebire, dreptul la o egală protecție a legii. Toți oamenii au dreptul la o protecție egală împotriva oricărei discriminări care ar viola prezenta declarație și împotriva oricărei provocări la o asemenea discriminare.

▶ ICCPR

- **Art. 26:** Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală din partea legii. În această privință legea trebuie să interzică orice discriminare și să garanteze tuturor persoanelor o ocrotire egală și eficace contra oricărei discriminări, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau întemeiată pe orice altă împrejurare.

▶ ICESCR

- **Article 2(2):** Statele părți la prezentul Pact se angajează să garanteze că drepturile enunțate în el vor fi exercitate fără nici o discriminare întemeiată pe rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau orice altă împrejurare.

▶ CERD

- **Art. 5:** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții,

236. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12.

237. Comitetul CRC . CRC Comentariul general Nr. 3: HIV/SIDA și drepturile copilului. Doc. ONU CRC/GC.2003/3. 17 martie 2003. punctele 21, 28.

238. CERD. Observații finale: Bolivia. Doc. ONU CERD/C/304/Add.10. 27 septembrie 1996; a se vedea și CESCR. Observații finale: Mexic. Doc. ONU E/C.12/1/Add.41. 8 decembrie 1999. Statul a fost îndemnat să ia măsuri mai eficiente pentru a asigura accesul la serviciile de bază de sănătate pentru toți copiii și pentru a combate malnutriția, în special în rândul copiilor din grupurile indigene care trăiesc în zonele rurale și izolate.

239. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Eliminarea Discriminării Rasiale. Doc. ONU A/56/18 (SUPP). 2003. Standarde diferite de tratament se aplică pentru refugiați din Indochina comparativ cu cei de alte naționalități.

240. CESCR. Observații finale: Finlanda. Doc. ONU E/C.12/1/Add.52. 1 decembrie 2000. Eșecul anumitor localități să aloce fonduri suficiente pentru serviciile de sănătate, care duc la inegalitate în ceea ce privește furnizarea serviciilor în funcție de locul de reședință.

241. CESCR. Observații finale: Mali. Doc. ONU E/C.12/1994/17. 21 decembrie 1994; a se vedea și CESCR. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU E/1997/22. 17 mai 1996; CESCR. Observații finale: Paraguay. Doc. ONU E/1997/22. 14 mai 1996. Luând act de numărul foarte mic de personal medical și paramedical din țară; de asemenea, CESCR. Observații finale: Mongolia. Doc. ONU E/2001/22. 28 august 2000. Luând act de deteriorarea pe termen lung a situației de sănătate și necesitatea de a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate pentru cei săraci și din zonele rurale.

242. CESCR. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. ONU E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 545.

243. CESCR. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 550.

244. CESCR. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 571.

statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: ... (e) drepturi economice, sociale și culturale, în special: ... (IV) dreptul la sănătate, la îngrijire medicală, la securitate socială și la servicii sociale;

► CEDAW

- **Art. 12:**

- (1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.
- (2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

- **Art. 14(2)(b):** Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a elimina discriminarea față de femei din zonele rurale, cu scopul de a asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, participarea lor la dezvoltarea rurală și la avantajele acestei dezvoltări și, în special, le vor asigura dreptul:... de a avea acces la serviciile corespunzătoare în domeniul sănătății, inclusiv la informații, sfaturi și servicii în materie de planificare a familiei;

► CRC

- **Art. 23:**

- (1) Statele părți recunosc că pentru copiii cu dizabilități fizice și mintale trebuie să se asigure o viață împlinită și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața comunității.
- (2) Statele părți recunosc dreptul copiilor cu dizabilități de a beneficia de îngrijiri speciale și încurajează și asigură, în măsura resurselor disponibile, la cerere, copiilor cu dizabilități care îndeplinesc condițiile prevăzute și celor care îi au în îngrijire, un ajutor adaptat situației copilului și situației părinților sau a celor cărora le este încredințat.
- (3) Recunoscând nevoile speciale ale copiilor cu dizabilități ajutorul acordat conform paragrafului 2 al prezentului articol va fi gratuit ori de câte ori acest lucru este posibil, ținând seama de resursele financiare ale părinților sau ale celor care îi au în îngrijire, și va fi destinat asigurării accesului efectiv al copiilor cu dizabilități la educație, formare profesională, servicii medicale, recuperare, pregătire în vederea ocupării unui loc de muncă, activități recreative, de o manieră care să asigure deplina integrare socială și dezvoltare individuală a copiilor, inclusiv dezvoltarea lor culturală și spirituală.
- (4) În spiritul cooperării internaționale, statele părți vor favoriza schimbul de informații relevante în domeniul medicinei preventive și al tratamentului medical psihologic și funcțional al copiilor cu dizabilități, inclusiv prin difuzarea și accesul la informații referitoare la metodele de recuperare, educare și formare profesională, în scopul de a permite statelor părți să își perfecționeze capacitățile și competențele și să își extindă experiența în aceste domenii. În această privință se va ține seama, în mod deosebit, de nevoile țărilor în curs de dezvoltare.

► ICRPD

- **Art. 1:** Scopul prezentei Convenții este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă.

- **Art. 12:**

- (1) Statele părți reafirmă că persoanele cu dizabilități au dreptul la recunoașterea, oriunde s-ar afla, a capacității lor juridice.

- (2) Statele părți vor recunoaște faptul că persoanele cu dizabilități se bucură de asistență juridică în condiții de egalitate cu ceilalți, în toate domeniile vieții.
- (3) Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacității lor juridice.
- (4) Statele părți se vor asigura că toate măsurile legate de exercitarea capacității juridice prevăd protecția adecvată și eficientă pentru prevenirea abuzurilor, conform legislației internaționale privind drepturile omului.

- **Art. 25:** Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate.

► ICMW

- **Art. 7:** Statele părți se angajează, în conformitate cu instrumentele internaționale referitoare la drepturile omului, să respecte și să garanteze tuturor lucrătorilor migranți și membrilor familiilor acestora aflați pe teritoriul sau în zonele aflate sub jurisdicția sa, drepturile prevăzute în prezenta Convenție, fără nici o deosebire în funcție de sex, rasă, culoare, limbă, religie sau convingeri, opinii politice sau alte opinii, origine națională, etnică sau socială, naționalitate, vârstă, poziție economică, avere, stare civilă, naștere sau alt statut.
- **Art. 28:** Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora beneficiază de dreptul de a primi orice îngrijire medicală care este necesară în mod urgent pentru a rămâne în viață sau a evita un prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu trebuie să le fie refuzată din cauza vreunei iregularități legate de ședere sau angajare.
- **Art. 43:**
 - (1) Lucrătorii migranți se bucură de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu:... (e) Accesul la serviciile sociale și de sănătate, cu condiția ca toate cerințele să fie îndeplinite.
 - (2) Statele parte vor promova condiții pentru asigurarea unui tratament eficient, de calitate pentru a permite lucrătorilor migranți să beneficieze de drepturile menționate la alineatul 1 al prezentului Articol cât timp durata șederii lor satisface cerințele corespunzătoare, astfel cum au fost autorizate de statul angajator.
- **Art. 45(1)(c):** În statul angajator, membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de tratament egal împreună cu cetățenii statului, în legătură cu: ...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția ca toate cerințele să fie îndeplinite.

Declarația de la Lisabona privind Drepturile Pacienților (WMA)²⁴⁵

- **Principiul 1(a):** Orice persoană are dreptul la îngrijire medicală corespunzătoare fără discriminare.

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient²⁴⁶

- **Principiul 4:** Pacienții trebuie să aibă acces la serviciile de îngrijiri de sănătate conform afecțiunii de care suferă. Aceasta include accesul la servicii de calitate sigure și corespunzătoare, tratamente, îngrijire preventivă și activități de promovare a sănătății. Trebuie luate măsuri ca toți pacienții să poată accesa serviciile necesare, indiferent de afecțiunea lor sau de statutul socio-economic. Pentru ca pacienții să ajungă la cel mai ridicat nivel de calitate a vieții, îngrijirile de sănătate trebuie să susțină necesitățile emoționale ale pacienților și să ia în considerare și alți factori, precum

245. WMA. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.

246. IAPO. Declarația privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient. Februarie 2006.

educația, munca și problemele de familie care au impact asupra abordării opțiunilor de alegere și gestionare a îngrijirilor de sănătate.

Rezoluția Asociației Mondiale a Medicilor asupra Îngrijirii Medicale pentru Refugiați.²⁴⁷

Medicii au datoria de a acorda îngrijiri medicale corespunzătoare indiferent de statutul civil sau politic al pacientului, iar guvernele nu trebuie să le refuze pacienților dreptul să primească și nici să se amestece în obligația medicilor de a administra tratament adecvat. Medicii nu pot fi forțați să participe la acțiuni punitive sau judiciare implicând refugiați sau persoane strămutate pe plan intern sau să administreze orice tratament sau măsură nejustificată prin diagnostic, cum ar fi sedative pentru facilitarea unei deportări ușoare din țară sau relocare. Medicilor trebuie să li se ofere timp adecvat și resurse suficiente pentru a evalua starea fizică și psihică a refugiaților care solicită azil.

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării în contextul sănătății mintale

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării protejează persoanele cu dizabilități mintale de diferitele forme de stigmatizare și discriminare. De exemplu, acestea se confruntă adesea cu discriminarea privind accesul la serviciile generale de îngrijiri de sănătate sau atitudini de stigmatizare din partea furnizorilor de servicii care îi pot descuraja încă din start de la a solicita asistență. Dreptul la egalitatea de șanse și tratament interzice stigmatizarea care conduce la instituționalizarea necorespunzătoare a persoanelor cu dizabilități psihice împotriva voinței lor. În conformitate cu acest drept, deciziile de a izola sau segrega persoanele cu dizabilități psihice, inclusiv prin instituționalizarea care nu este necesară, sunt în mod inerent discriminatorii și contrare dreptului la integrare în comunitate consacrat de standardele internaționale. Izolarea poate adânci, în sine, stigmatizarea legată de dizabilitatea mintală²⁴⁸.

Dreptul de a nu fi supus discriminării pe criterii de dizabilitate este punctul central în ICRPD. În lipsa acestora persoanele cu dizabilități nu pot să se bucure în întregime de drepturile omului și libertățile fundamentale. În conformitate cu Articolul 25, statele părți trebuie să ia „toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate”. Statele parte trebuie să se asigure, de asemenea, că personalul medical frunzează „persoanelor cu dizabilități îngrijire de aceeași calitate ca și celorlalți, inclusiv pe baza consimțământului conștient și liber exprimat, printre altele, prin creșterea gradului de conștientizare privind drepturile omului, demnitatea, autonomia și nevoile persoanelor cu dizabilități, prin instruire și prin promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice și private;”²⁴⁹.

Alte tratate internaționale și regionale, cum ar fi ICRPD și CRC, interzic discriminarea pe motive de dizabilitate²⁵⁰. ICESCR nu se referă în mod explicit la dizabilitate ca la un criteriu de discriminare interzis, însă documentele interpretative adoptate de către CESCR au interpretat ICESCR ca interzicând discriminarea pe acest criteriu²⁵¹. De fapt, CESCR a definit discriminarea pe criterii de dizabilitate ca „orice deosebire, excludere, restricție sau preferință sau refuzul adaptării rezonabile conform dizabilității, care are efect anularea sau afectarea recunoașterii, beneficiului sau exercitării economice, sociale sau culturale a drepturilor”²⁵². A subliniat în continuare necesitatea „de a se asigura că nu numai sectorul sănătății publice, dar și furnizorii privați de

247. WMA. Rezoluție privind îngrijirea medicală a Refugiaților. A 50-a Adunarea Medicală Mondială. Octombrie 1998.

248. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. punctele 52-56.

249. ICRPD. Articolul 25(d).

250. Convenția privind drepturile copiilor, articolul 2.

251. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raportul Raportorului Special al ONU pentru dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mintală. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin.31.

252. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 5: Persoanele cu dizabilități. 9 decembrie 1994. alin. 15.

servicii și unitățile de sănătate respectă principiul nediscriminării în raport cu persoanele cu dizabilități”²⁵³. CESCR a criticat totodată guvernele pentru furnizarea de îngrijiri medicale inadecvate pacienților cu venituri mici și a cerut statelor să subvenționeze medicamentele scumpe necesare pacienților cu boli cronice și celor bolnavi psihic²⁵⁴.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII ÎN REPUBLICA POPULARĂ CHINEZĂ

Comitetul este preocupat de rapoartele privind persistența discriminării împotriva persoanelor cu dizabilități fizice și psihice, în special în ceea ce privește ocuparea forței de muncă, securitatea socială, educația și sănătatea.

Comitetul recomandă ca statul parte să adopte măsuri eficiente pentru a asigura egalitatea de șanse pentru persoanele cu dizabilități, în special în domeniile ocupării forței de muncă, securității sociale, educației și sănătății, pentru a asigura condiții de viață potrivite pentru persoanele cu dizabilități și pentru a aloca resurse adecvate pentru îmbunătățirea tratamentului și îngrijirii persoanelor cu dizabilități. Comitetul cere statului parte să furnizeze informații detaliate în al doilea raport periodic privind măsurile luate cu privire la persoanele cu dizabilități fizice și psihice²⁵⁵.

Dreptul la egalitate și de a nu fi discriminat în contextul bolilor contagioase

Dreptul la egalitate și de a nu fi discriminat protejează o persoană infectată cu o boală transmisibilă, cum ar fi HIV/SIDA sau tuberculoză. Organismele de monitorizare a tratatelor au subliniat importanța garantării faptului că cei care au infecții specifice, cum ar fi HIV/SIDA, nu trebuie să facă obiectul discriminării și stigmatizării, ca urmare a afecțiunii lor²⁵⁶. Statele au obligația de a proteja persoanele care suferă de o boală contagioasă împotriva discriminării sau stigmatizării în domeniul educației, al ocupării forței de muncă, al locuinței și al îngrijirii sănătății. Acest lucru poate fi realizat, de exemplu, prin campanii de sensibilizare cu privire la HIV/SIDA, sau prin modificarea legislației sau a cadrelor de reglementare care sunt discriminatorii prin intenție sau efect²⁵⁷.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI DISCRIMINAT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Comitetul este preocupat de faptul că persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA sunt discriminate și stigmatizate în statul parte, inclusiv în domeniul educației, ocupării forței de muncă, locuinței și asistenței medicale și că străinii sunt supuși în mod arbitrar unor teste HIV/SIDA, ca parte a normelor-cadru privind imigrația. În mod special, Comitetul este îngrijorat de faptul că confidențialitatea pacientului nu este întotdeauna respectată de către personalul medico-sanitar. De asemenea, este îngrijorător și faptul că legislația interzice adopția copiilor cu HIV/SIDA, privându-i astfel de un mediu familial. (Art. 2, 17 și 26)

253. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 26.

254. CESCR. Observații finale: Republica Populară Chineză (inclusiv Hong Kong și Macao). Doc. ONU E/C.12/1/Add.107. 13 mai 2005; a se vedea și CESCR. Observații finale: Federația Rusă. Doc. ONU E/C.12/1/ADD.94. 12 decembrie 2003. Comitetul critică Rusia pentru eșecul frecvent al spitalelor și clinicilor din regiunile sărace de a stoca medicamente esențiale.

255. CESCR. Observații finale: Republica Populară Chineză (inclusiv Hong Kong și Macao). Doc. ONU E/C.12/1/Add.107. 13 mai 2005. punctele 16, 47.

256. Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului pentru eliminarea discriminării față de femei. Doc ONU. A/56/38 (SUPP). 2001; a se vedea și CESCR. Observații finale: Federația Rusă. Doc. ONU. E/2004/22. 28 noiembrie 2003.

257. CCPR. Observații finale: Zimbabwe. Doc. ONU. CCPR/C/79/Add.89. 6 aprilie 1998.

Statul parte trebuie să ia măsuri pentru a aborda stigmatizarea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA prin campanii de sensibilizare cu privire la HIV/SIDA și ar trebui să modifice legislația și cadrul de reglementare, în scopul de a elimina interdicția cu privire la adoptarea de copii care trăiesc cu HIV/SIDA, precum și orice alte legi discriminatorii sau norme referitoare la HIV/SIDA²⁵⁸.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI DISCRIMINAT

Toonen v. Australia (CCPR)(1994). Comisia a constatat că discriminarea pe bază de orientare sexuală constituie discriminare „sexuală” și că incriminarea sexului consensual între bărbați adulți nu a fost o măsură rezonabilă pentru a preveni răspândirea HIV/SIDA²⁵⁹.

Dreptul la egalitate și de a nu fi discriminat în contextul sănătății sexuale și reproductive

Femeile și tinerii continuă să sufere din cauza accesului inegal la serviciile de sănătate, o situație care duce frecvent la rate ridicate de mortalitate²⁶⁰. Ambele grupuri, în special femeile care trăiesc în mediul rural²⁶¹ și grupurile vulnerabile de copii (cum ar fi fetele, copiii indigeni și copiii care trăiesc în sărăcie) se confruntă cu discriminare multiplă care necesită măsuri specifice și alocări bugetare suficiente²⁶². Pentru a asigura egalitatea între bărbați și femei la accesarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, CESCRR a declarat că ICESCRR impune înlăturarea obstacolelor juridice și de altă natură care împiedică bărbații și femeile să acceseze și să beneficieze de asistență medicală pe criteriul sex. Această cerință include, între altele, abordarea modului în care sexul persoanei afectează accesul la factorii determinanți ai sănătății, cum ar fi apa și produsele alimentare; eliminarea restricțiilor legale privind dispozițiile de sănătate a reproducerii; interzicerea mutilării genitale a femeilor; și furnizarea de formare profesională adecvată pentru personalul medical care se ocupă de probleme de sănătate ale femeilor²⁶³.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI DISCRIMINAT ÎN S.U.A.

Comitetul regretă că, în ciuda eforturilor depuse de statul parte, diferențele rasiale continuă să existe în domeniul sănătății sexuale și reproductive, în special în ceea ce privește ratele ridicate de mortalitate maternă și infantilă în rândul femeilor și copiilor care aparțin minorităților rasiale, etnice și naționale, în special afro-americani, incidența ridicată a sarcinilor nedorite și a ratelor de avort mai mari care afectează femeile afro-americane, precum și disparitățile în creștere privind ratele de infectare cu HIV ale femeilor care fac parte din diferite minorități (Art. 5(e)(IV)).

Comitetul recomandă ca statul parte să continue eforturile pentru a adresa diferențele rasiale persistente în materie de sănătate sexuală și reproductivă, în special prin:

258. CCPR. Observații finale: Republica Moldova. Doc. ONU CCPR/C/MDA/CO/2. 29 octombrie 2009.

259. CCPR. Comunicare Nr. 488/1992: Toonen v Australia. Doc. ONU CCPR/C/50/D/488/1992. 4 aprilie 1994. alin. 8.7.

260. CESCRR. Observații finale: Peru. Doc. ONU E/1998/22. 16 mai 1997. alin. 145; a se vedea și CESCRR. Observații finale: Ucraina. Doc. ONU E/2002/22. 29 august 2001. Constatând deteriorarea stării de sănătate a grupurilor celor mai vulnerabile, în special femei și copii, precum și a calității serviciilor de sănătate. Comitetul îndeamnă statul să se asigure că angajamentul privind asistența medicală primară este îndeplinită prin alocarea corespunzătoare a resurselor și că toate persoanele, în special din grupurile cele mai vulnerabile, au acces la asistență medicală.

261. Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului pentru eliminarea discriminării față de femei. Doc. ONU A/55/38. 2000.

262. Comitetul CRC. Observații finale: Bolivia. Doc. ONU CRC/C/16. 5 martie 1993.

263. CESCRR. CESCRR Comentariul general 16: Dreptul egal al bărbaților și femeilor de a se bucura de toate drepturile economice, sociale și culturale (articolul 3 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale). Doc. ONU E/C.12/2005/4. 11 august 2005.

(I) Îmbunătățirea accesului la îngrijirea sănătății mamelor, planificarea familială, îngrijirea pre- și postnatală și serviciile de obstetrică de urgență, printre altele, prin reducerea barierelor de eligibilitate pentru acoperire Medicaid ;

(II) Facilitarea accesului la metode contraceptive și planificare familială corespunzătoare; și

(III) Asigurarea educației sexuale adecvate care să ajute la prevenirea sarcinilor nedorite și la răspândirea bolilor cu transmitere sexuală.²⁶⁴

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI DISCRIMINAT

L.N.P. v. Argentina (CCPR)(2011). Comitetul a constatat existența discriminării pe baza apartenenței etnice și de gen, în conformitate cu Articolul 26, în cazul în care o membră în vârstă de 15 ani a unei minorități etnice fost agresată sexual, a fost ținută să aștepte pentru mai multe ore înainte de a fi consultată medical, a fost examinată în mod brutal și a fost testată pentru a se determina dacă a fost virgină, deși acest lucru era irelevant pentru investigarea atacului. La proces, ea nu a fost informată despre dreptul său de a se contui ca parte civilă, nu i-a fost furnizată nicio traducere, mărturiile celorlalți membri ai grupului său etnic au fost catalogate ca „lipsite de sens” și motivate de animozitate etnică, iar cei trei atacatori au fost în cele din urmă achitați și se motivează această soluție pe baza promiscuității sexuale a victimei ca factor-cheie²⁶⁵.

L.C. v. Peru (Comitetul CEDAW)(2009). Comitetul a constatat o încălcare a articolului 12 din CEDAW, deoarece statul a refuzat să întrerupă sarcina femeii care îi pune viața și sănătatea în pericol. Comisia a reamintit faptul că statele au obligația de a lua „toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a asigura, pe baza egalității dintre bărbați și femei, accesul la serviciile de sănătate, inclusiv la cele legate de planificare familială”. De asemenea, Comitetul a subliniat că un stat nu poate refuza să furnizeze „anumite servicii privind sănătatea reproductivă a femeilor” acestea trebuind „conform egalității între femei și bărbați, să asigure accesul la servicii de sănătate, informare și educare, ceea ce implică obligația de a respecta, proteja și de a îndeplini dreptul la asistență medicală al femeilor”²⁶⁶.

DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Dreptul la un recurs efectiv impune ca remediile pentru încălcările drepturilor omului să fie accesibile și eficiente, trebuind să adere totodată la „vulnerabilitatea specială a anumitor categorii de persoane”²⁶⁷. În consecință, după cum se explică în CCPR, acest drept cere statelor să stabilească mecanisme judiciare și administrative pentru a se asigura că încălcările drepturilor omului sunt abordate în mod eficient la nivel național²⁶⁸. Acest drept presupune, de asemenea, cel puțin măsuri de a compensa prejudiciile și măsuri preventive²⁶⁹. Deși un remediu implică, în general, o compensație adecvată, „reparația prejudiciilor poate presupune, dacă este cazul, restituire, restabilire, precum și alte măsuri de reparare, cum ar fi scuze publice, comemorări publice, garantarea nerepetării și schimbări în legislația și practicile relevante, precum și acțiuni pentru a aduce în fața justiției autorii încălcărilor drepturilor omului”²⁷⁰. În privința îngrijirii pacientului, CESC a făcut clar faptul că statele au obligația de a se asigura că sunt disponibile căi de atac eficiente pentru încălcări ale drepturilor de ordin economic, social și cultural²⁷¹.

264. CERD. Observații finale: Statele Unite ale Americii. Doc. ONU CERD/C/USA/CO/6. 8 mai 2008. alin. 33.

265. CCPR. Comunicare Nr. 1610/2007: L.N.P. v. Argentina. Doc. ONU CCPR/C/102/D/1610/2007. 16 august 2011. alin. 13.7.

266. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 22/2009: L.C. v. Peru. Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009. 4 noiembrie 2011. alin. 8.11.

267. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 31: Natura obligației legale general impusă statelor părți la Pact. 26 mai 2004. alin. 15.

268. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 31: Natura obligației legale general impusă statelor părți la Pact. 26 mai 2004. alin. 15.

269. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 31: Natura obligației legale general impusă statelor părți la Pact. 26 mai 2004. alin. 15.

270. CCPR. Comentariul General Nr. 31 [80]: Natura obligației legale general impusă statelor părți la Pact. Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/ Add.13. 26 mai 2004. alin. 16.

271. CESC. Observații finale: Regatul Unit. Doc. ONU E/C.12/GBR/CO/5. 12 iunie 2009. alin. 13.

Convenția împotriva torturii consacră dreptul la un recurs efectiv printr-o dispoziție proprie separată (Art. 14). Cu toate acestea, ICCPR a legat dreptul la un recurs efectiv de dreptul la un proces echitabil. Articolul 14 din tratat include atât dreptul la despăgubire, cât și garanțiile judiciare, precum accesul la justiție. Acest fapt impune ca statul să asigure stabilirea dreptului la o cale de atac de către o autoritate judiciară, administrativă sau legislativă competentă. Statul trebuie să protejeze „presupusele victime, dacă cererile lor sunt suficient de bine întemeiate pentru a fi susținute în baza [ICCPR]”²⁷².

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

- **Art. 2(3):** Statele părți la prezentul Pact se angajează:
 - (a) să garanteze că orice persoană ale cărei drepturi sau libertăți recunoscute în prezentul Pact au fost violate va dispune de o cale de recurs efectivă, chiar atunci când încălcarea a fost comisă de persoane acționând în exercițiul funcțiilor lor oficiale;
 - (b) să garanteze că autoritatea competentă, judiciară, administrativă ori legislativă sau orice altă autoritate competentă potrivit legislației statului, va hotărî asupra drepturilor persoanei care folosește calea de recurs și să dezvolte posibilitățile de recurs jurisdicțional;
 - (c) să garanteze că autoritățile competente vor da urmare oricărui recurs care a fost recunoscut ca justificat.
- **Art. 14:**
 - (1) Toți oamenii sunt egali în fața tribunalelor și a curților de justiție. Orice persoană are dreptul ca litigiul în care se află să fie examinat în mod echitabil și public de către un tribunal competent, independent și imparțial, stabilit prin lege.
 - (6) Când o condamnare penală definitivă este ulterior anulată sau se acordă grațierea deoarece un fapt nou sau nou-descoperit dovedește că s-a produs o eroare judiciară, persoana care a suferit o pedeapsă în urma acestei condamnări va primi o indemnizație în conformitate cu legea, afară de cazul când s-a dovedit că nedescoperirea în timp util a faptului necunoscut îi este imputabilă ei, în întregime sau în parte.

▶ ICESCR

- **Art. 2(1):** Fiecare stat parte la prezentul Pact, se angajează să acționeze, atât prin propriul său efort, cât și prin asistență și cooperare internațională, în special pe plan economic și tehnic, folosind la maximum resursele sale disponibile, pentru ca exercitarea deplină a drepturilor recunoscute în prezentul Pact să fie asigurată progresiv prin toate mijloacele adecvate, inclusiv prin adoptarea de măsuri legislative.

▶ CAT

- **Art. 14 (1):** Fiecare stat parte va garanta, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură dreptul de a obține reparație și de a fi despăgubită în mod echitabil și adecvat, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai completă posibil. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, persoanele aflate în întreținerea acesteia au dreptul la compensație.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății mintale

Subliniind dificultățile pe care le întâmpină pacienții care suferă de probleme privind sănătatea mintală în contestarea încălcărilor drepturilor lor, inclusiv în procedurile de îngrijiri de sănătate, organismele tratatelor

272. CCPR. Comunicare Nr. 972/01: George Kazantzis v Cipru. Doc. ONU CCR/C/78/D/972/2001. 13 septembrie 2003. alin. 6.6.

au subliniat obligația statelor de a se asigura de existența garanțiilor procedurale și de fond necesare pentru a proteja aceste persoane, inclusiv capacitatea de a accesa instanțele judecătorești și de a-și exercita pe deplin dreptul lor la un recurs efectiv²⁷³.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV ÎN BULGARIA

Comitetul rămâne îngrijorat de faptul că persoanele cu dizabilități mintale nu au acces la garanții procedurale și de fond adecvate pentru a se proteja de restricții disproporționate privind beneficiul drepturilor garantate de Pact. În special, Comitetul este îngrijorat de faptul că persoanele lipsite de capacitatea lor juridică nu pot recurge la mijloacele de contestare a încălcării drepturilor lor, că nu există un mecanism de control independent al instituțiilor de sănătate mintală și că sistemul de tutelă include adesea implicarea funcționarilor aceleiași instituții. (Arte. 2, 9, 10, 25 și 26).

Statul-parte trebuie să:

(a) revizuiască politica prin care privează persoanele cu dizabilități mintale de capacitatea lor juridică și să stabilească necesitatea și proporționalitatea oricărei măsuri în mod individual conform unor garanții procedurale eficiente, asigurându-se că toate persoanele lipsite de capacitatea lor juridică au acces imediat la un control judiciar efectiv al deciziilor;

(b) să se asigure că persoanele cu dizabilități mintale sau reprezentanții lor legali sunt în măsură să exercite dreptul la un recurs efectiv împotriva încălcării drepturilor lor și să ia în considerare oferirea de alternative mai puțin restrictive privind detenția forțată și tratamentul persoanelor cu dizabilități mintale²⁷⁴; ...

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Williams v. Jamaica (CCPR)(1997). Comitetul a constatat că eșecul statului de a trata în mod adecvat plângerea reclamantului, un deținut cu o problemă de sănătate mintală care s-a exacerbat din cauza condamnării la moarte, a constituit o încălcare a articolelor 7 și 10(1) din ICCPR. Comitetul a conchis că persoana „avea dreptul la un remediu efectiv, inclusiv cu privire la tratament medical adecvat”²⁷⁵.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul bolilor contagioase

Dreptul la un recurs efectiv a fost invocat pentru a proteja persoanele cu boli contagioase de marginalizarea și stigmatizarea bazată pe starea lor de sănătate. Organismele de monitorizare a tratatelor, și anume CESCR, și-au exprimat îngrijorarea cu privire la obstacolele cu care se confruntă aceste persoane în accesarea sistemului judiciar și în judecarea eficientă a cererilor lor²⁷⁶. CESCR a cerut statelor să acționeze în ceea ce privește condițiile de detenție nocive care duc la rate ridicate de boli contagioase printre deținuți, cum ar fi tuberculoza, oferindu-le tratament medical și condiții de detenție îmbunătățite²⁷⁷.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV ÎN INDIA

273. CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. alin. 17; CESCR. Observații finale: Regatul Unit. Doc. ONU E/C.12/GBR/CO/5. 12 iunie 2009. alin. 35.

274. CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. alin. 17.

275. CCPR. Comunicare Nr. 609/1995: Williams v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/61/D/609/1995. 4 noiembrie 1997.

276. CESCR. Observații finale: India. Doc. ONU. E/C.12/IND/CO/5. 8 august 2008. alin. 13.

277. CESCR. Observații finale: Ucraina. Doc. ONU. E/C.12/UKR/CO/5. 4 ianuarie 2008. punctele 49, 52.

Comitetul este profund îngrijorat de faptul că, în pofida garanției constituționale a nediscriminării, precum și a dispozițiilor de drept penal care pedepsesc actele de discriminare, persistă totuși acte de discriminare la scară largă și deseori acceptate social, hărțuire și/sau violență împotriva membrilor unor grupuri dezavantajate și marginalizate, precum femeile, castele și triburile cu tradiții, popoarele indigene, persoanele din zonele urbane sărace, muncitorii la negru din diferite sectoare, persoanele strămutate intern, minoritățile religioase, cum ar fi populația musulmană, persoanele cu dizabilități și persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA. Comitetul este de asemenea îngrijorat de obstacolele cu care se confruntă victimele în accesarea justiției, inclusiv costurile ridicate legate de litigii, întârzierile lungi în cadrul procedurilor judiciare și neaplicarea hotărârilor judecătorești de către autoritățile guvernamentale.

Comitetul ... îndeamnă statul-parte să-și intensifice eforturile de a elimina obstacolele cu care se confruntă victimele discriminării atunci când solicită remedii în fața instanțelor de judecată²⁷⁸.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Tornel et al. v. Spania (CCPR)(2006). Comitetul a constatat că eșecul penitenciarului de a informa familia deținutului cu privire la starea de sănătate grav deteriorată a acestuia legată de statutul de HIV pozitiv, a constituit o imixtiune arbitrară în cadrul familiei acestuia, încălcând Art. 17(1) din ICCPR. Comitetul a constatat că statul avea obligația de a furniza victimelor un recurs efectiv și plata daunelor²⁷⁹.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la un recurs efectiv și obligațiile corespunzătoare ale statului au fost invocate în numeroase contexte privind sănătatea sexuală și reproductivă. Organismele de monitorizare ale tratatelor au stabilit ca, în cazuri de sterilizare nevoluntară, statele să investigheze, să tragă la răspundere penală și să ofere despăgubiri victimelor, inclusiv repararea prejudiciului²⁸⁰. Preocupat de incapacitatea victimelor sterilizării involuntare de a obține despăgubiri, Comisia CAT a cerut statelor să ia măsurile necesare pentru a „investiga prompt, imparțial și eficient” orice situație care implică pretinsa sterilizare involuntară a femeilor române, să prelungească perioada de timp permisă pentru ca victimele să depună reclamații, precum și de a-i trage la răspundere pe cei responsabili cu oferirea unui recurs efectiv victimelor.²⁸¹ De asemenea, CCPR a fost clar cu privire la importanța obligației statului de a asigura despăgubiri pentru victimele violenței sexuale²⁸².

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV ÎN REPUBLICA CEHĂ

Comitetul este îngrijorat de absența datelor statistice privind despăgubirea victimelor torturii și relelor tratamente, inclusiv a victimelor sterilizării nevoluntare și a castrărilor chirurgicale, precum și relele tratamente din unitățile medicale și psihiatrice, atacurile violente împotriva minorităților etnice, traficul de persoane și violența domestică. De asemenea, este îngrijorat de termenele stabilite pentru depunerea reclamațiilor (Art. 14 și 16).

Comitetul recomandă ca statul parte să se asigure că victimele torturii și relelor tratamente au dreptul la despăgubiri și compensații corespunzătoare, inclusiv la reabilitare, în conformitate cu articolul 14 din

278. CESCR. Observații finale: India. Doc. ONU E/C.12/IND/CO/5. 8 august 2008. alin. 13.

279. CCPR. Comunicarea Nr. 1473/2006: Tornel v Spania. Doc. ONU CCPR/C/95/D/1473/2006. 20 martie 2009. alin. 7.4.

280. Comitetul CRC . Observații finale: Mozambic. Doc. ONU. CRC/C/15/Add.172. 2 aprilie 2002. punctele 38-39.

281. Comitetul CAT. Observații finale: Republica Cehă. Doc. ONU. CAT/C/CZE/CO/4-5. 14-15 mai 2012. alin. 12.

282. Comitetul CAT. Observații finale: Costa Rica. Doc. ONU CAT/C/CR/CO/2. 7 iulie 2008. alin. 19; Comitetul CEDAW. Observații finale: Tanzania. Doc. ONU CEDAW/C/TZA/CO/6. 16 iulie 2008. alin. 120; Comitetul CRC. Observații finale: Liban. Doc. ONU CRC/C/LBN/CO/3. 8 iunie 2006. punctele 47-48.

Convenție. Se recomandă ca statul parte să îi comunice datele statistice privind numărul de victime, inclusiv victimele sterilizării nevoluntare și ale castrării chirurgicale, precum și cele maltratate în unitățile medicale și psihiatrice, cele care au suferit în urma atacurilor violente împotriva minorităților etnice, cele supuse traficului de persoane și violenței domestice și sexuale, care au primit despăgubiri și alte forme de asistență. Se recomandă, de asemenea, extinderea termenului de depunere a reclamațiilor²⁸³.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW)(2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață. Comitetul a concluzionat că statul a încălcat articolele 12 și 2(c) prin faptul că nu a asigurat un sistem adecvat pentru protecția judiciară și pentru asigurarea remediilor necesare victimei²⁸⁴.

283. Comitetul CAT. Observații finale: Republica Cehă. Doc. ONU CAT/C/CZE/CO/4-5. 14-15 mai 2012. alin. 13.

284. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 17/2008: Maria de Lourdes da Silva Pimentel Teixeira v Brazilia. Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008. 27 septembrie 2011. alin. 7.2.

2.4 Drepturile furnizorilor de servicii de sănătate

Furnizorii de servicii de sănătate joacă un rol important în abordarea abuzurilor care au loc în unitățile de îngrijiri de sănătate. Ca atare, aplicarea cadrului drepturilor omului privind îngrijirea pacienților presupune că trebuie protejat atât interesul acestora, cât și al furnizorilor de asistență medicală. Dacă furnizorii nu sunt în măsură să-și exercite pe deplin drepturile, ei pot fi descurajați sau se pot simți neputincioși în a opri în mod eficient abuzurile asupra pacienților.

Numeroase tratate internaționale și convenții includ drepturi formulate pentru a proteja angajații și pentru a asigura medii de lucru sigure și sănătoase. Organizația Națiunilor Unite și agențiile ei, inclusiv Organizația Internațională a Muncii, au elaborat standarde internaționale ale muncii și monitorizează implementarea lor. Această secțiune prezintă câteva standarde și modul de interpretare a lor în legătură cu trei drepturi cheie ale furnizorilor de servicii de sănătate. Acestea includ dreptul la (I) muncă în condiții decente; (II) libertatea de asociere, inclusiv privind sindicatele și dreptul la grevă și (III) procese corecte și drepturi conexe, legate de dreptul la un proces echitabil și la un recurs efectiv, protecția vieții private și a reputației, și libertatea de exprimare și informare.

Partea I a acestei secțiuni acoperă dreptul la muncă în condiții decente, incluzând dreptul la muncă și dreptul la salarizare echitabilă și securitate în muncă. În partea a II-a se discută despre dreptul la libertatea de asociere. Partea a III-a explorează dreptul la proces echitabil și drepturile înrudite. Fiecare secțiune începe cu o discuție privind semnificația aceluși drept pentru furnizorii de asistență medicală și este urmată de standardele relevante din instrumentele juridice ale ONU și din Observațiile finale și jurisprudența organismelor ONU de monitorizare a tratatelor pentru a exemplifica potențialele încălcări.

În cele din urmă, este de remarcat faptul că standardele relevante din Declarația ONU privind apărătorii drepturilor omului din 1998 subliniază faptul că furnizorii de asistență medicală se bucură de aceleași drepturi de bază ca pacienții și sunt totodată apărătorii acestor drepturi prin activitatea lor de zi cu zi.

DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

Articolul 7 din ICESCR garantează dreptul individului de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, în special de condiții de muncă sigure. Dreptul la muncă, o componentă a dreptului la muncă în condiții decente, este consacrat în conformitate cu Articolul 6 și protejează dreptul fiecărui individ de a putea lucra, permițându-i să trăiască cu demnitate²⁸⁵. Articolul 8 din ICESCR consacră dreptul colectiv la muncă, ce include dreptul de a forma sindicate, de a se afilia unui sindicat, precum și „dreptul sindicatelor de a funcționa în mod liber” (a se vedea secțiunea „Sindicate și dreptul la grevă” de mai jos)²⁸⁶. CESCRC a subliniat că aceste trei articole sunt interdependente.

Dreptul la muncă

Dreptul la muncă garantează că, atât conform legii, cât și în practică, bărbații și femeile au acces egal la locuri de muncă la toate nivelurile și la toate ocupațiile, incluzând programele de formare și orientare profesională²⁸⁷. Acest drept impune statului să se asigure că nici statul, nici alte părți (cum ar fi companii private sau alți actori non-statali) nu împiedică în mod nejustificat sau discriminator o persoană de la a-și câștiga existența sau de la exercitarea profesiei²⁸⁸. Individul nu trebuie să fie lipsit de un loc de muncă pe nedrept²⁸⁹. De asemenea, acest drept protejează muncitorii străini care sunt angajați cu permise de muncă

285. CESCRC. CESCRC Comentariul general nr 18 : dreptul la muncă . Doc ONU . E / C.12 / GC / 18 . 06 februarie , 2006. alin . 1

286. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 2.

287. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 23.

288. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 6, 23 și 25.

289. CESCRC. CESCRC Comentariul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 4

valabile într-un stat de a fi deportați în mod ilegal²⁹⁰.

Foarte important este faptul că organismele de monitorizare a tratatelor ONU au clarificat că nu există niciun „drept absolut și necondiționat”, care să necesite ca unei persoane să îi fie atribuit un loc de muncă sau o ocupație aleasă. Statele trebuie, totuși, să nu împiedice în mod nejustificat calea pe care indivizii o aleg pentru a-și urma cariera²⁹¹. În plus, statele trebuie să asigure tratamentul echitabil al lucrătorilor migranți, o cerință care este deosebit de relevantă pentru profesioniștii din domeniul medical, care sunt adesea recrutați din alte țări pentru a se asigura personalul din spitale și clinici²⁹². ICMW subliniază obligațiile statelor privind angajații de origine străină²⁹³. Preocuparea față de migrația profesioniștilor din domeniul medical se bazează pe faptul că în unele țări aceștia primesc o remunerație foarte mică.

Dreptul la salarizare echitabilă și la securitate în muncă

Dreptul de „a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice”, astfel cum este prevăzut la articolul 7 litera (a) din ICESCR, cere ca guvernul să garanteze salarii echitabile și plată egală pentru muncă de valoare egală, printre alte cerințe²⁹⁴. În conformitate cu acest drept, angajații care nu au participat la negocieri colective sunt protejați²⁹⁵. De asemenea, dreptul se aplică tuturor angajaților cu dizabilități, indiferent dacă aceștia lucrează în unități protejate sau pe piața liberă a muncii. Angajații cu dizabilități nu pot fi discriminați în raport cu salariile și alte condiții, dacă munca lor este egală cu cea a lucrătorilor fără dizabilități. Statele parte au responsabilitatea de a se asigura că dizabilitatea nu este folosită ca o scuză pentru a crea standarde scăzute de protecție a muncii sau pentru plata unor salarii minime²⁹⁶. Articolul 3 din ICESCR prevede dreptul egal al bărbaților și al femeilor de a se bucura de drepturile consacrate în Pact. Prin urmare, atunci când vorbim de Articolul 7, acest drept presupune ca statul să identifice și să elimine cauzele care stau la baza diferențelor de remunerare, cum ar fi evaluarea postului pe criterii de gen²⁹⁷. Statul trebuie să ia măsuri pentru eliminarea discriminării împotriva lucrătorilor străini în domeniul condițiilor de muncă și cerințelor de muncă²⁹⁸. Lucrătorii nu trebuie să fie supuși discriminării în domeniul muncii pe criteriul opiniei politice a acestora²⁹⁹. Statul trebuie să dezvolte, de asemenea, reglementări privind sancționarea și remedierea hărțuirii sexuale la locul de muncă³⁰⁰.

Acest drept protejează individul față de condițiile de muncă care sunt dăunătoare sănătății și bunăstării sale. Stabilește limite privind durata zilei de lucru, nivelul minim de repaus săptămânal³⁰¹ și interzice neplata personalului medical pentru perioade lungi³⁰². Personalul medical nu poate fi supus plății salariilor scăzute și condițiilor de muncă sub standarde în spitale³⁰³. În ceea ce privește femeile, acest drept instituie o protecție specială împotriva anumitor tipuri de muncă dăunătoare în timpul sarcinii și necesită furnizarea de concediu

290. CERD. Comunicare Nr. 8/1996: B.M.S. v Australia. Doc. ONU CERD/C/54/D/8/1996. 10 mai 1999.

291. CESC. CESC Comentarul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 6.

292. CESC. CESC Comentarul general Nr 18: dreptul la muncă. Doc. ONU E/C.12/GC/18. 6 februarie 2006. alin. 18.

293. Convenția internațională privind protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora, articolul 7.

294. CESC. CESC Comentarul general 16: Dreptul egal al bărbaților și al femeilor de a se bucura de toate drepturile economice, sociale și culturale (articolul 3 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale). Doc. ONU E/C.12/2005/4. 11 august 2005. alin. 24.

295. CESC. Observații finale: Surinam. Doc. ONU E/1996/22. 12 decembrie 1996.

296. Vezi ICRPD, în special art. 8, 9, 27. A se vedea și CESC. CESC Comentarul general Nr. 5: Persoanele cu dizabilități. 9 decembrie 1994. alin. 25.

297. CESC. CESC Comentarul general 16: Dreptul egal al bărbaților și al femeilor de a se bucura de toate drepturile economice, sociale și culturale (articolul 3 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale). Doc. ONU E/C.12/2005/4. 11 august 2005. alin. 24.

298. CERD. CERD Comentarul general Nr. 30: Discriminarea împotriva non-cetățenilor. 1 octombrie 2004. punctele 33-35.

299. CESC. Observații finale: Germania. Doc. ONU E/C.12/1993/17. 5 ianuarie 1994.

300. Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului: Argentina. Doc. ONU A/52/38/Rev.1. 1997. partea II; a se vedea și Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului: Cuba. Doc. ONU A/55/38. 19 iunie 2000. partea II; Comitetul CEDAW. CEDAW Recomandarea generală Nr. 24: Art. 12 din Convenție (femeile și sănătatea). Doc. ONU A/54/38/Rev. 1. 1999. partea I.

301. CESC. Observații finale: Surinam. Doc. ONU E/1996/22. 12 decembrie 1996.

302. Comitetul CRC. Observații finale: Insulele Solomon. Doc. ONU CRC/C/132. 23 octombrie 2003.

303. CESC. Observații finale: Georgia. Doc. ONU E/2003/22. 29 noiembrie 2000.

de maternitate plătit³⁰⁴. În cele din urmă, acest drept presupune ca statul să reducă constrângerile cu care se confruntă bărbații și femeile în reconcilierea responsabilităților profesionale și familiale prin promovarea unor politici adecvate de îngrijire a copiilor și îngrijire a membrilor familiei aflați în întreținere³⁰⁵.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

- **Art. 23(1):** Orice persoană are dreptul la muncă, la libera alegere a muncii sale, la condiții echitabile și satisfăcătoare de muncă, precum și la ocrotirea împotriva șomajului.

▶ ICESCR

- **Art. 6(1):** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul la muncă ce cuprinde dreptul pe care îl are orice persoană de a obține posibilitatea să-și câștige existența printr-o muncă liber aleasă sau acceptată și vor lua măsuri potrivite pentru garantarea acestui drept.
- **Art. 7:** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, care să asigure îndeosebi:
 - (a) remunerația care asigură tuturor muncitorilor cel puțin:
 - (I) un salariu echitabil și o remunerație egală pentru o muncă de valoare egală, fără nici o distincție; în special femeile trebuie să aibă garanția că condițiile de muncă ce li se acordă nu sunt inferioare acelor de care beneficiază bărbații și să primească aceeași remunerație ca ei pentru aceeași muncă;
 - (II) existență decentă pentru ei și familia lor, în conformitate cu dispozițiile prezentului Pact;
 - (b) securitatea și igiena muncii;
 - (c) posibilitatea egală pentru toți de a fi promovați în munca lor la o categorie superioară adecvată, luându-se în considerare numai durata serviciilor îndeplinite și aptitudinile;
 - (d) odihna, timpul liber, limitarea rațională a duratei muncii și concediile periodice plătite, precum și remunerarea zilelor de sărbătoare.
- **Art. 12:**
 - (1) Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.
 - (2) Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura:... 1. Îmbunătățirea tuturor aspectelor igienei mediului și ale igienei industriale...

▶ ICERD

- **Art. 5(e)(I):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: ...
 - (e) drepturi economice, sociale și culturale, în special:...
 - (I) dreptul la muncă, la libera alegere a ocupației sale, la condiții de muncă echitabile și satisfăcătoare, la protecția împotriva șomajului, la un salariu egal pentru muncă egală, la o remunerație echitabilă și satisfăcătoare;

▶ ICRPD

- **Art. 8** – Creșterea gradului de conștientizare

304. Comitetul CEDAW. CEDAW Recomandarea generală Nr. 24: Art. 12 din Convenție (femeile și sănătatea). Doc. ONU A/54/38/Rev. 1. 1999. alin. 28.

305. CDESCR. Observații finale: Georgia. Doc. ONU E/2003/22. 29 noiembrie 2000.

- (1) Statele părți se angajează să adopte măsuri imediate, eficiente și adecvate pentru:
 - (a) Creșterea gradului de conștientizare în societate, inclusiv la nivelul familiei, în legătură cu persoanele cu dizabilități și pentru promovarea respectării drepturilor și demnității acestora;
 - (b) Combaterea stereotipurilor, prejudecăților și practicilor dăunătoare la adresa persoanelor cu dizabilități, inclusiv cele pe criterii de sex și vârstă, în toate domeniile vieții;
 - (c) Promovarea recunoașterii capacităților și contribuțiilor persoanelor cu dizabilități.
- (2) Măsurile, în acest scop, includ:
 - (a) Inițierea și dezvoltarea de campanii publice eficiente de conștientizare destinate:
 - (III) Să promoveze recunoașterea calificărilor, meritelor și abilităților persoanelor cu dizabilități și a contribuției acestora la locul de muncă și pe piața muncii;

- **Art. 9** - Accesibilitate:

- (1) Pentru a da persoanelor cu dizabilități posibilitatea să trăiască independent și să participe pe deplin la toate aspectele vieții, statele părți vor lua măsurile adecvate pentru a asigura acestor persoane accesul, în condiții de egalitate cu ceilalți, la mediul fizic, la transport, informație și mijloace de comunicare, inclusiv la tehnologiile și sistemele informatice și de comunicații și la alte facilități și servicii deschise sau furnizate publicului, atât în zonele urbane, cât și rurale. Aceste măsuri, care includ identificarea și eliminarea obstacolelor și barierele față de accesul deplin, trebuie aplicate, printre altele la: (a) Clădiri, drumuri, mijloace de transport și alte facilități interioare sau exterioare, inclusiv școli, locuințe, unități medicale și locuri de muncă...

- **Articolul 27** - Munca și încadrarea în muncă

- (1) Statele părți recunosc dreptul persoanelor cu dizabilități de a munci în condiții de egalitate cu ceilalți; aceasta include dreptul la oportunitatea de a-și câștiga existența prin exercitarea unei activități liber alese sau acceptate pe piața muncii, într-un mediu de lucru deschis, inclusiv și accesibil persoanelor cu dizabilități. Statele părți vor proteja și promova dreptul la muncă, inclusiv pentru cei care dobândesc o dizabilitate pe durata angajării, prin luarea de măsuri adecvate, inclusiv de ordin legislativ, pentru ca, printre altele:
 - (a) Să interzică discriminarea pe criterii de dizabilitate referitoare la toate aspectele și formele de încadrare în muncă, inclusiv la condițiile de recrutare, plasare, angajare și menținere în muncă, la progresul în carieră și la condiții de sănătate și securitate la locul de muncă;
 - (b) Să protejeze drepturile persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți, din punct de vedere al condițiilor corecte și favorabile de muncă, inclusiv al oportunităților și remunerației egale pentru muncă egală, al condițiilor de sănătate și securitate la locul de muncă, al protecției împotriva hărțuirii și prin reglementarea conflictelor;
 - (c) Să se asigure că persoanele cu dizabilități sunt capabile să-și exercite dreptul la muncă și drepturile sindicale în condiții de egalitate cu ceilalți;
 - (d) Să permită persoanelor cu dizabilități accesul efectiv la programele generale de orientare tehnică și vocațională, la servicii de plasare și formare profesională continuă;
 - (e) Să promoveze, pe piața muncii, oportunitățile de angajare și de progres în carieră pentru persoanele cu dizabilități și să ofere asistență în căutarea, obținerea și menținerea unui loc de muncă, inclusiv pentru revenirea la locul de muncă.
 - (f) Să promoveze oportunitățile pentru activități independente, dezvoltarea spiritului antreprenorial, dezvoltarea de cooperative și începerea unei afaceri proprii;
 - (g) Să angajeze persoane cu dizabilități în sectorul public;
 - (h) Să promoveze angajarea persoanelor cu dizabilități în sectorul privat prin politici și măsuri

adecvate, care să includă programe de acțiune pozitive, stimulente și alte măsuri;

- (i) Să se asigure oferirea unor adaptări adecvate persoanelor cu dizabilități, la locul de muncă;
 - (j) Să încurajeze obținerea, de către persoanele cu dizabilități, a unei experiențe în muncă, pe piața liberă a forței de muncă;
 - (k) Să promoveze reabilitarea vocațională și profesională, menținerea locului de muncă și programele de reintegrare profesională pentru persoanele cu dizabilități.
- (2) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități nu sunt ținute în sclavie sau servitute și sunt protejate, în condiții de egalitate cu ceilalți, împotriva muncii forțate sau obligatorii.

► **ILO Convenția ILO privind Siguranța și Sănătatea, 1981 (nr. 155)³⁰⁶**

● **Art. 4:**

- (1) Fiecare membru, în funcție de condițiile și practicile naționale și prin consultarea cu cele mai reprezentative organizații patronale și sindicale va formula, va implementa și va revizui periodic o politică națională coerentă privind siguranța la locul de muncă, sănătatea la locul de muncă și a mediului de lucru.
- (2) Scopul politicii este de a preveni accidentele și leziunile care pot apărea în timpul programului de lucru, prin minimizarea riscurilor intrinseci, în măsura în care este posibil.

► **ILO, Convenția ILO privind serviciile de sănătate ocupațională, 1985 (Nr. 161)³⁰⁷**

- **Art. 3:** Fiecare membru se angajează să dezvolte progresiv servicii de sănătate ocupațională pentru toți angajații, inclusiv pentru cei din sectorul public și a membrilor cooperativelor de producție din toate ramurile de activitate economică și din toate întreprinderile. Dispoziția trebuie să fie adecvată și corespunzătoare cu riscurile specifice ale întreprinderilor. ...

► **ILO, Convenția ILO privind Cadrul de Securitate al Sănătății ocupaționale Nr. 187, 2006³⁰⁸**

- **Art. 2(1):** Statele membre au datoria de a promova o îmbunătățire continuă a securității sănătății ocupaționale pentru a preveni traume, boli și decese profesionale prin elaborarea, în consultare cu cele mai reprezentative organizații patronale și sindicale, a unei politici naționale, a unui sistem național și a unui program național.

DISPOZIȚII RELEVANTE PRIVIND PERSONALUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

► **Convenția ILO privind personalul de asistență medicală, 1977 (Nr. 149)³⁰⁹**

● **Art. 2:**

- (1) Fiecare Membru care ratifică această Convenție trebuie să adopte și să aplice o politică legată de serviciile și personalul de asistență desemnat în mod corespunzător cu condițiile naționale, în cadrul programului general pentru sănătate, acolo unde un asemenea program există, și încadrându-se în resursele disponibile alocate pentru sănătate în general, pentru a oferi cantitatea și calitatea necesară îngrijirii necesare pentru atingerea celui mai înalt nivel posibil de sănătate pentru populație.
- (2) În mod special, va lua măsurile necesare pentru a asigura personalului de îngrijire: (a) educație și instruire corespunzătoare exercitării funcțiilor lor; și (b) condiții de angajare și muncă, inclusiv oportunități de carieră și remunerație, care sunt de natură a atrage și păstra persoanele în această profesie.

306. Organizația Internațională a Muncii [ILO]. Convenția privind securitatea și sănătatea, 1981 (nr. 155). 11 august 1983.

307. ILO. Convenția privind serviciile de sănătate ocupațională, 1985 (nr 161). 17 februarie 1985.

308. ILO. Convenția privind cadrul de promovare pentru securitate și sănătate, 2006 (nr 187). 20 februarie 2009.

309. Convenția privind personalul de asistență medicală (nr 149). 11 iulie 1979.

- (3) Politica menționată în alineatul 1 al acestui Articol trebuie să fie formulată prin consultare cu organizațiile vizate ale patronatelor și ale sindicatelor, acolo unde acestea există.
- (4) Această politică trebuie să fie corelată cu politicile legate de alte aspecte de îngrijire a sănătății și alți lucrători din domeniul sănătății, în consultare cu organizațiile patronatelor și sindicatelor.
- **Art. 6:** Personalul asistent trebuie să se bucure de aceleași condiții sau cel puțin de condiții echivalente cu cele ale altor lucrători în cauză, din țară, în următoarele domenii: (a) orele lucrătoare, inclusiv remunerarea și compensarea orelor/turelor adiționale; (b) odihnă săptămânală; (c) vacanțe anuale plătite; (d) concediu de studiu; (e) concediu de maternitate; (f) concediu medical; (g) securitate socială.
- **Art. 7:** Fiecare Membru trebuie, în caz de necesitate, să facă tot posibilul să îmbunătățească legislația și regulamentele existente pentru sănătatea și securitatea la locul de muncă prin adaptarea lor la natura specială a muncii de asistență medicală și la mediul în care ea este efectuată.

DISPOZIȚII REFERITOARE LA FEMEI

▶ ICESCR

- **Art. 10(2):** O ocrotire specială trebuie acordată mamelor, într-o perioadă de timp rezonabilă, înainte și după nașterea copiilor. Mamele salariate trebuie să beneficieze, în decursul acestei perioade, de un concediu plătit sau de un concediu beneficiind de alocații de securitate socială adecvate.
- **Art. 7:** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, care să asigure îndeosebi:
 - (a) remunerația care asigură tuturor muncitorilor cel puțin:
 - (I) un salariu echitabil și o remunerație egală pentru o muncă de valoare egală, fără nici o distincție; în special femeile trebuie să aibă garanția că condițiile de muncă ce li se acordă nu sunt inferioare acelorora de care beneficiază bărbații și să primească aceeași remunerație ca ei pentru aceeași muncă;
 - (II) o existență decentă pentru ei și familia lor, în conformitate cu dispozițiile prezentului Pact;
 - (b) securitatea și igiena muncii;
 - (c) posibilitatea egală pentru toți de a fi promovați în munca lor la o categorie superioară adecvată, luându-se în considerare numai durata serviciilor îndeplinite și aptitudinile;
 - (d) odihna, timpul liber, limitarea rațională a duratei muncii și concediile periodice plătite, precum și remunerarea zilelor de sărbătoare.

▶ CEDAW

- **Art. 11:**
 - (1) Statele părți se angajează să ia toate măsurile corespunzătoare pentru eliminarea discriminării față de femeie în domeniul angajării în muncă, pentru a se asigura, pe baza egalității dintre bărbat și femeie, aceleași drepturi și, în special:
 - (a) dreptul la muncă, ca drept inalienabil pentru toate ființele umane;
 - (c) dreptul la libera alegere a profesiei și a locului de muncă, dreptul la promovare, la stabilirea locului de muncă și la toate facilitățile și condițiile de muncă, dreptul la formare profesională și la reciclare, inclusiv ucenicie, perfecționare profesională și pregătire permanentă;
 - (f) la ocrotirea sănătății și la securitatea condițiilor de muncă, inclusiv la salvagardarea

funcțiilor de reproducere.

- (2) Pentru a preveni discriminarea față de femei bazată pe căsătorie sau maternitate și pentru a le garanta în mod efectiv dreptul la muncă, statele părți se angajează să ia măsuri corespunzătoare, având drept obiect:
 - (a) interzicerea, sau pedepsa sancțiunilor, a concedierii pentru cauză de graviditate sau concediu de maternitate și a discriminării în ceea ce privește concedierile bazate pe statutul matrimonial;
 - (b) instituirea acordării concediului de maternitate plătit sau care ar crea drepturi la prestări sociale similare, cu garantarea menținerii locului de muncă avut anterior, a drepturilor de vechime și a avantajelor sociale;
 - (c) încurajarea creării de servicii sociale de sprijin, necesare pentru a permite părinților să-și combine obligațiile familiale cu responsabilitățile profesionale și cu participarea la viața publică, favorizând îndeosebi crearea și dezvoltarea unei rețele de grădinițe de copii;
 - (d) asigurarea unei protecții speciale pentru femeile însărcinate, pentru care s-a dovedit că munca le este nocivă.

● **Art. 12:**

- (1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.
- (2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

DISPOZIȚII PRIVIND LUCRĂTORII MIGRANȚI

▶ **CERD**

- **Art. 5(e)(I):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, dreptul la muncă, la libera alegere a ocupației sale, la condiții de muncă echitabile și satisfăcătoare, la protecția împotriva șomajului, la un salariu egal pentru muncă egală, la o remunerație echitabilă și satisfăcătoare;

▶ **ICMW**

● **Art. 25:**

- (1) Lucrătorii migranți trebuie să beneficieze de un tratament egal cu cel aplicat cetățenilor statului angajator referitor la remunerare și la:
 - (a) Alte condiții de muncă cum ar fi: lucru peste program, ore de lucru, odihnă săptămânală, concediu plătit, securitate, sănătate, încetarea unui raport de muncă și oricare alte condiții de muncă care, conform legislației și practicii naționale sunt acoperite de acești termeni;
 - (b) Alte condiții de angajare, cum ar fi, vârsta minimă de angajare, restricții privind lucrul de acasă și oricare alte chestiuni care sunt considerate condiții de muncă, conform legislației și practicii naționale.
- (2) În contractele de muncă individuale nu va fi nelegală derogarea de la principiul egalității de tratament menționat în alineatul 1 al prezentului Articol.
- (3) Statele părți trebuie să întreprindă toate măsurile corespunzătoare pentru se asigura că lucrătorii migranți nu sunt privați de drepturile derivate din acest Principiu din cauza oricărei

iregularități privind șederea sau angajarea lor. În mod deosebit, patronii nu trebuie să fie scutiți de orice obligații legale sau contractuale și nici obligațiile lor nu trebuie să fie limitate în niciun mod din cauza unei iregularități de acest fel.

- **Art. 51:** Lucrătorilor migranți cărora în statul angajator nu li se permite să-și aleagă liber activitatea remunerată nu trebuie să fie percepuți a fi într-o situație nelegală și nici nu își vor pierde autorizația de reședință la terminarea activității lor remunerate până la expirarea permisului de muncă, cu excepția cazurilor când autorizația de reședință este dependentă în mod expres de o activitate specifică remunerată pentru care ei au fost admiși. Astfel de lucrători migranți trebuie să aibă dreptul să caute serviciu alternativ, participare la scheme de lucru public și recalificare pentru perioada rămasă din autorizația lor de lucru, în conformitate cu condițiile și limitările specificate în autorizația de lucru.
- **Art. 70:** Statele părți vor lua măsuri nu mai puțin favorabile decât cele aplicate cetățenilor pentru asigurarea condițiilor de muncă și de trai pentru lucrătorii migranți și a membrilor familiilor lor într-o situație obișnuită în conformitate cu standardele de fitness, siguranță, sănătate și principiile demnității umane.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE ÎN REPUBLICA SURINAME

Comitetul recomandă adoptarea unei legislații pentru a ocroti angajații care nu sunt protejați prin contracte colective de muncă, pentru a le asigura un salariu minim, beneficii de sănătate, beneficii maternale, condiții de muncă sigure, precum și alte garanții care îndeplinesc standardele internaționale pentru condițiile de muncă. În acest sens, Comitetul recomandă să se caute asistență din partea ILO. În plus, Comitetul încurajează guvernul să extindă o astfel de protecție și la lucrătorii migranți³¹⁰.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

B.M.S. v. Australia (CERD)(1999). Un medic de origine indiană nu a reușit să promoveze mai multe examene pentru a obține certificarea medicală permanentă în Australia. Comitetul nu consideră că sistemul de examinare și de notare este discriminatoriu, având în vedere că toți medicii care au studiat în alte state au fost supuși la această testare, indiferent de rasă. Comitetul nu a constatat o violare a Articolului 5 din ICERD³¹¹.

DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE

Dreptul la libertatea de asociere și întrunire protejează asociația de la refuzul nejustificat al guvernului de a o înregistra³¹². Acest drept asigură că formalitățile procedurale la care trebuie să fie supuse asociațiile sindicale pentru a fi recunoscute în mod oficial nu sunt prea împovărătoare³¹³. De exemplu, CCPR a cerut guvernelor să se abțină de la restricționarea dreptului la libertatea de asociere prin procese care ar putea refuza înregistrarea unei persoane fizice care intenționează să adere la sau să formeze o asociație³¹⁴. Acest

310. CESCR. Observații finale: Surinam. Doc. ONU E/1996/22. 12 decembrie 1996.

311. CERD. Comunicare Nr. 8/1996: B.M.S. v Australia. Doc. ONU CERD/C/54/D/8/1996. 10 mai 1999.

312. ILO. Libertatea de asociere - Rezumatul deciziilor și al principiilor privind libertatea de de asociere al Organismului de conducere al ILO. 2005; ILO. Libertatea de asociere - Rezumatul deciziilor și al principiilor privind libertatea de asociere al Organismului de conducere al ILO. 1996; ILO. Raportul cu nr. 332 al Comitetului pentru libertatea de asociere. Noiembrie 2003; ILO. Cazul nr. 2225 (Bosnia și Herțegovina). Data plângerii: 18 octombrie 2002.

313. CCPR. Observații finale: Belarus. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.86. 19 noiembrie 1997; CCPR. Observații finale: Lituania. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.87. 19 noiembrie 1997.

314. CCPR. Observații finale: Liban. Doc. ONU. A/52/40 (vol. II). 21 septembrie 1997.

drept presupune, de asemenea, posibilitatea bărbaților și femeilor să organizeze și să se alătore asociațiilor sindicale care se adresează preocupărilor lor specifice³¹⁵. În privința furnizorilor, cum ar fi personalul din spitale, aceștia au dreptul de a adera la organizații pentru a promova și a apăra interesele angajaților, fără a avea nevoie de o autorizație prealabilă³¹⁶.

Dreptul angajaților de a forma, de a se alătura și de a conduce asociații fără imixțiuni nejustificate reprezintă un punct important pentru capacitatea lor de a-și apăra drepturile în mod efectiv. Profesioniștii din domeniul sănătății se bucură de aceleași drepturi la acțiuni colective ca ceilalți angajați și chiar dacă sectorul de sănătate oferă un serviciu esențial, acest fapt îi împiedică pe membrii săi de la întreruperea activității doar în anumite circumstanțe excepționale. În plus, anumite dispoziții ale Declarației ONU privind apărătorii drepturilor omului subliniază rolul furnizorilor de servicii medicale ca apărători ai drepturilor omului care pun în aplicare și protejează drepturile sociale și drepturile civile fundamentale, cum ar fi viața și dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane sau degradante³¹⁷.

Deși jurisprudența ONU privind libertatea de asociere s-a concentrat pe ONG-uri și pe partidele politice, interpretarea aspectelor de bază ale acestui drept poate fi de asemenea aplicată pentru asociațiile profesionale și sindicale, care fac obiectul standardelor relevante ale ILO.

DISPOZIȚII RELEVANTE

► UDHR

● Art. 20:

- (1) Orice persoană are dreptul la libertatea de întrunire și de asociere pașnică.
- (2) Nimeni nu poate fi silit să facă parte dintr-o asociație.

► ICCPR

- **Art. 21:** Dreptul de întrunire pașnică este recunoscut. Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor, conforme cu legea și necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora.

● Art. 22:

- (1) Orice persoană are dreptul de a se asocia în mod liber cu altele, inclusiv dreptul de a constitui sindicate și de a adera la ele, pentru ocrotirea intereselor sale.
- (2) Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor prevăzute de lege și care sunt necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora. Prezentul articol nu se opune ca exercițarea acestui drept de către membrii forțelor armate și ai poliției să fie supusă unor restricții legale.
- (3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legea într-un mod care să aducă atingere – garanțiilor prevăzute în acea Convenție.

315. CESCR. CESCR Comentariul general 16: Dreptul egal al bărbaților și al femeilor de a se bucura de toate drepturile economice, sociale și culturale (articolul 3 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale). Doc. ONU E/C.12/2005/4. 11 august 2005. alin. 25.

316. ILO. Libertatea de asociere : Rezumatul deciziilor și al principiilor Comitetului privind libertatea de asociere. 2005.

317. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale 53/144: Declarația privind dreptul și responsabilitatea persoanelor, grupurilor și a organelor societății de a promova și proteja drepturile omului universal recunoscute și libertățile fundamentale. Doc. ONU A/RES/53/144. 8 martie 1999.

► **ILO, Convenția privind Libertatea de Asocieri și Protecția Dreptului la Organizare, 1948 (Nr. 87)**³¹⁸

- **Art. 2:** Angajații și angajatorii, fără distincții, au dreptul să creeze și să adere la organizații la alegerea lor, fără o autorizare prealabilă, în conformitate cu regulile organizației în cauză.

► **Declarația ONU privind Dreptul și Responsabilitatea Indivizilor, Grupurilor și Organizațiilor Societății de a Promova și Proteja Drepturile și Libertățile Fundamentale ale Omului Universal Recunoscute (Declarația Apărătorilor Drepturilor Omului) 1998**³¹⁹

- **Art. 1:** Fiecare are dreptul să promoveze și să pledeze, singur sau prin asocieri cu alții, pentru protecția și realizarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului la nivel național și internațional.
- **Art. 5:** În scopul promovării și protejării drepturilor și libertăților fundamentale, fiecare are dreptul, singur sau prin asocieri cu alții la nivel național și internațional:
 - (a) Să ia parte la întâlniri sau să se întrunească în mod pașnic;
 - (b) Să formeze, să adere și să participe la organizații non-guvernamentale, asociații sau grupuri;
 - (c) Să comunice cu organizații non-guvernamentale sau interguvernamentale.

DISPOZIȚII PRIVIND FEMEILE

► **CEDAW**

- **Art. 7(c):** Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în viața politică și publică a țării și, în special, pentru a le asigura, în condiții de egalitate cu bărbații: c) dreptul de a participa în organizațiile și asociațiile neguvernamentale care activează în viața publică și politică a țării.
- **Art. 3:** Statele părți iau în toate domeniile – politic, social, economic și cultural – toate măsurile corespunzătoare, inclusiv prin dispoziții legislative, pentru a asigura deplina dezvoltare și progresul femeilor, în scopul de a le garanta exercitarea și beneficiul drepturilor omului și libertăților fundamentale, pe baza egalității cu bărbații.

DISPOZIȚII PRIVIND RASA

► **CERD**

- **Art. 5(d)(ix):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința dreptului la libertate de întrunire și asocieri pașnică.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE ÎN REPUBLICA BELARUS

În ceea ce privește articolul 22 din Pact, Comitetul este îngrijorat în legătură cu dificultățile generate de procedurile de înregistrare la care sunt supuse organizațiile non-guvernamentale și uniunile sindicale.

318. ILO. Convenția privind libertatea de asocieri și protecția dreptului sindical, 1948 (nr. 87). 4 iulie 1950.

319. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale 53/144: Declarația privind dreptul și responsabilitatea persoanelor, grupurilor și a organelor societății de a promova și proteja drepturile omului universal recunoscute și libertățile fundamentale. Doc. ONU A/RES/53/144. 8 martie 1999.

Comitetul își exprimă îngrijorarea și cu privire la plângerile activiștilor pentru drepturile omului privind cazurile de intimidare și hărțuire de către autorități, inclusiv arestarea lor și închiderea birourilor unor organizații non-guvernamentale. În această privință:

Comitetul, reiterând faptul că funcționarea liberă a organizațiilor non-guvernamentale este esențială pentru protecția drepturilor omului și a răspândirii informațiilor în ceea ce privește drepturile omului printre cetățeni, recomandă ca legile, reglementările și practicile administrative privind înregistrarea și activitățile acestora să fie revizuite fără întârziere pentru a se facilita înființarea lor și funcționarea liberă, în conformitate cu articolul 22 din Pact³²⁰.

SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ

Dreptul la libertatea de asociere protejează individul de politici sau condiții care ar putea influența capacitatea sa de a forma asociații și de a lua parte la negocieri colective³²¹. De asemenea, protejează individul de la represalii împotriva exercitării dreptului la liberă asociere și imixtiunile inutile în activitățile sindicale³²². În conformitate cu legislația internațională privind drepturile omului, existența mai multor sindicate trebuie să fie garantată în mod legal³²³, precum și lipsa legislației privind sindicatele trebuie să fie condamnată³²⁴. CESCRR a condamnat refuzul unor angajatori de a recunoaște sau negocia cu noi uniuni „alternative” și acțiunile negative ale unor patronate împotriva acestora, inclusiv concedierea activiștilor sindicali³²⁵. Protecția sindicală include asigurarea faptului că muncitorii străini nu sunt excluși de la ocuparea unor funcții oficiale și că sindicatele nu pot fi dizolvate de către organul executiv³²⁶.

Consultarea și cooperarea nu sunt un substitut al „dreptului la grevă”³²⁷. Este garantată participarea indivizilor la discuțiile privind determinarea salariilor minime³²⁸. În ceea ce privește personalul medical, se garantează angajaților din spitalele publice dreptul la negociere colectivă³²⁹. Mai mult decât atât, deși „dreptul la grevă” nu este menționat în mod explicit la articolul 22 din ICCPR, dreptul la libertatea de asociere stabilește că poate încălca acest drept o interdicție absolută la greva funcționarilor publici care nu exercită autoritate de stat și care nu sunt angajați în „servicii esențiale”³³⁰. Totuși, având în vedere această „interdicție absolută”, implicații complexe și grave pentru sănătatea și viața pacienților pot apărea în cazul în care personalul medical ar exercita acest drept.

320. CCPR. Observații finale: Belarus. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.86. 19 noiembrie 1997. alin. 19.

321. CCPR. Observații finale: Liban. Doc. ONU A/52/40 (vol. I). 21 septembrie 1997; CCPR. Observații finale: Chile. Doc. ONU A/54/40 (vol. I). 21 octombrie 1999.

322. CCPR. Observații finale: Costa Rica. Doc. ONU A/54/40 (vol. I). 21 octombrie 1999. “Libertatea de asociere, inclusiv dreptul la negociere colectivă, ar trebui să fie garantată pentru toate persoanele. Legislația muncii ar trebui reevaluată și dacă este necesar, revizuită, să se introducă măsuri de protecție împotriva represaliilor față de încercările de a forma asociații și sindicate și să se asigure că lucrătorii au acces la remedii rapide și eficiente”; a se vedea și CCPR. Observații finale: Republica Dominicană. Doc. ONU A/56/40. 26 octombrie 2001; CCPR (Vol I). Observații finale: Argentina. Doc. ONU A/50/40 (Vol. I). 3 octombrie 1995; CCPR. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU A/51/40 (Vol. I). 3 aprilie 1996. CCPR. Observații finale: Nigeria. Doc. ONU A/51/40 (Vol. I). 3 aprilie 1996; CCPR. Observații finale: Bolivia. Doc. ONU A/ 51/40 (Vol. I). 9 aprilie 1997; CCPR. Observații finale: Venezuela. Doc. ONU A/56/40 (Vol I). 2 aprilie 2001; CESCRR. Observații finale: Jamaica. Doc. ONU E/1990/23. 22-24 ianuarie 1990.

323. CCPR. Observații finale: Brazilia. Doc. ONU A/51/40 (vol. I). 13 aprilie 1997. CCPR. Observații finale: Rwanda. Doc. ONU E/1989/22. 13-14 februarie 1989.

324. CCPR. Observații finale: Georgia. Doc. ONU A/52/40 (vol. I). 21 septembrie 1997.

325. CESCRR. Observații finale: Federația Rusă. Doc. ONU E/1998/22. 20 iunie 1998.

326. CCPR. Observații finale: Senegal. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.82. 19 noiembrie 1997.

327. CESCRR. Observații finale: Luxemburg, 1990. Doc. ONU E/1991/23. Se pune întrebarea dacă Pactul, practic unic printre tratatele internaționale privind drepturile omului aplicabile, este considerat a se aplica direct în totalitate. S-a observat, în schimb, că Pactul conține o serie de prevederi pe care marea majoritate a observatorilor le-ar considera direct aplicabile. Acestea au inclus, de exemplu, prevederi referitoare la nediscriminare, dreptul la grevă, precum și dreptul la învățământul primar gratuit.

328. CESCRR. Observații finale: Uruguay. Doc. ONU E/1995/22. 1 ianuarie 1995.

329. ILO. Raportul cu nr. 306 al Comitetului privind libertatea de asociere. 2009; ILO. Cazul nr. 1882 (Demarca). Data plângerii: 10 mai 1996; a se vedea ILO. Convenția privind dreptul de organizare și de negociere colectivă (nr 98). 1 iulie 1949.

330. CCPR. Observații finale: Germania. Doc. ONU A/52/40 (vol. I). 21 septembrie 1997.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

- **Art. 23(4):** Orice persoană are dreptul de a înțelege și de a se afilia la sindicate pentru apărarea intereselor sale.

▶ ICCPR

- **Art. 22:**
 - (1) Orice persoană are dreptul de a se asocia în mod liber cu altele, inclusiv dreptul de a constitui sindicate și de a adera la ele, pentru ocrotirea intereselor sale.
 - (2) Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor prevăzute de lege și care sunt necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora. Prezentul articol nu se opune ca exercitarea acestui drept de către membrii forțelor armate și ai poliției să fie supusă unor restricții legale.
 - (3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legea într-un mod care să aducă atingere – garanțiilor prevăzute în acea Convenție.

▶ ICESCR

- **Art. 8:**
 - (1) Statele părți la prezentul Pact se angajează să asigure:
 - (a) dreptul pe care îl are orice persoană, în vederea favorizării și ocrotirii intereselor sale economice, de a forma, împreună cu alte persoane, sindicate și de a se afilia la un sindicat la alegerea sa, sub singura rezervă a regulilor stabilite de organizația interesată. Exercițarea acestui drept nu poate face obiectul altor restricții decât cele prevăzute de lege și care constituie măsuri necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale sau al ordinii publice, ori pentru a ocroti drepturile și libertățile altora;
 - (b) dreptul pe care îl au sindicatele de a forma federații sau confederații naționale și dreptul pe care îl au acestea din urmă de a forma organizații sindicale internaționale și dreptul de a se afilia la acestea;
 - (c) dreptul pe care îl au sindicatele de a-și exercita liber activitatea, fără alte limitări decât cele prevăzute de lege și care constituie măsuri necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale sau al ordinii publice ori pentru a ocroti drepturile și libertățile altora;
 - (d) dreptul la grevă, exercitat în conformitate cu legile fiecărei țări.
 - (2) Prezentul articol nu se opune ca exercitarea acestor drepturi de către membrii forțelor armate, ai poliției sau de către funcționarii publici să fie supusă unor restricții legale.
 - (3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legi într-un fel care ar aduce atingere – garanțiilor prevăzute în menționata Convenție.

▶ Convenția ILO privind Libertatea de Asociere și Protecția Dreptului de Organizare, 1948 (Nr. 87)³³¹

- **Art. 2:** Angajații și angajatorii, fără distincții, au dreptul să creeze și să adere la organizații la

331. ILO. Convenția privind libertatea de asociere și protecția dreptului la organizare, 1948 (nr 8) . 4 iulie 1950.

alegerea lor, fără o autorizare prealabilă, în conformitate cu regulile organizației în cauză.

- **Art. 3:**

- (1) Organizațiile sindicale și patronale au dreptul la propriile acte constitutive și reguli, să își aleagă reprezentanții în mod liber, să își organizeze propria administrație și activitățile și să-și formuleze programele.
- (2) Autoritățile publice trebuie să se abțină de la orice intervenție care ar restricționa acest drept sau ar împiedica exercitarea sa legală.

- **Art. 4:** Organizațiile sindicale și patronale nu trebuie să fie supuse dizolvării sau suspendării de către autoritățile administrative.

- **Art. 5:** Organizațiile sindicale și patronale trebuie să aibă dreptul să creeze și să adere la federații, confederații și orice organizație de acest tip. Federația sau confederația trebuie să aibă dreptul de a se afilia la organizațiile internaționale sindicale și patronale.

► **Convenția ILO privind Dreptul de Organizare și Negociere Colectivă, 1949 (Nr. 98)³³²**

- **Art. 1:**

- (1) Angajații trebuie să se bucure de o protecție adecvată împotriva actelor de discriminare anti-sindicală referitoare la serviciul lor.
- (2) O astfel de protecție trebuie să se aplice în special referitor la actele concepute pentru:
 - (a) A face angajarea unui lucrător sub condiția neaderării lui la sindicat sau refuzarea calității de membru sindical;
 - (b) Cauza demiterii sau a prejudicierii de orice fel a angajatului din motivul calității de membru sindical sau din cauza participării la activități sindicale în afara orelor de lucru sau cu consimțământul angajatorului, în timpul orelor de muncă.

- **Art. 2(1):** Organizațiile sindicale și patronale se bucură de protecție împotriva oricărui obstacol venit din partea reprezentanților fiecăruia sau membrilor organizației lor, funcționarilor sau administratorilor.

- **Art. 6:** Această Convenție nu se referă la poziția funcționarilor publici care participă la administrarea statului, nici nu poate fi concepută într-un mod care ar prejudicia drepturile sau statutul lor în orice mod.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ ÎN REPUBLICA LIBANEZĂ

Comitetul a observat că, deși legislația care reglementează constituirea și statutul legal al asociației este compatibilă cu Articolul 22 din Pact, de facto statul parte a restricționat în practică dreptul la libertatea de asociere printr-un proces de autorizare și control prealabil. Delegația admite că procedura prin care s-a refuzat înregistrarea este ilegală. De asemenea, Comitetul regretă că funcționarilor publici continuă să le fie refuzat dreptul de a forma asociații și de a participa la negocieri colective, încălcând prin aceasta articolului 22 din Pact³³³.

332. ILO. Convenția privind dreptul la organizare și negociere colectivă, 1949 (nr 98). 1 iulie 1949.

333. CCPR. Observații finale: Liban. Doc. ONU A/52/40 (vol. I). 21 septembrie 1997.

DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ȘI DREPTURILE ÎNRUDITE

Această secțiune subliniază standardele relevante privind procesul echitabil de care furnizorii de servicii medicale se bucură când încep ei înșiși ca reclamanți sau răspund în calitate de pârâți în proceduri civile, cât și în proceduri disciplinare. Secțiunea nu se ocupă de drepturile inculpatului în cadrul procedurilor penale. Ca și secțiunile anterioare, aceasta evidențiază partea care interpretează standardele legate de personalul din sectorul de sănătate. Prima parte a acestei secțiuni analizează dreptul la un proces echitabil. A doua parte se concentrează asupra dreptului înrudit la un recurs efectiv.

Totodată, această secțiune detaliază standardele care protejează drepturile de confidențialitate ale furnizorilor de asistență medicală – atât în cadrul, cât și în afara locului de muncă – privind onoarea și reputația lor. În plus, există o scurtă discuție legată de standardele care vizează dreptul la libera exprimare și dreptul de a răspândi informații. Aceste libertăți sunt deosebit de importante, deoarece acestea ar putea oferi protecție informatorilor care caută să dezvăluie anumite informații în domeniul public. Această protecție este importantă pentru că angajații din sectorul public sunt adesea reticenți în a oferi informații din teama de a nu se confrunta cu consecințe negative.

Dreptul la un proces echitabil

Dreptul la un proces echitabil într-un proces civil cuprinde: 1) egalitatea în fața instanțelor³³⁴ (această distincție este mai strictă decât dreptul la egalitate în fața legii, deoarece acesta din urmă se aplică tuturor autorităților implicate în îndeplinirea justiției și nu doar puterii judecătorești³³⁵) și 2) accesul la instanțe³³⁶ (accesul include furnizarea asistenței juridice³³⁷). Acest drept presupune ca statele să prevadă anumite căi de acțiune „în anumite circumstanțe” și ca instanțele competente să judece în acele căi de acțiune³³⁸. Sensul termenului „litigiu” în temeiul articolului 14(1) din ICCPR continuă să evolueze, deși reglementarea activităților unui organism profesional și controlul acestor reglementări de către instanțe poate intra în domeniul de aplicare a acestui concept.

Elementele unui proces civil echitabil includ egalitatea armelor (ambele părți să aibă acces egal din punct de vedere procedural în fața instanței de judecată)³³⁹, respectarea principiului contradictorialității, împiedicarea adoptării unei hotărâri care poate înrăutăți situația părții interesate (*ex officio reformatio in peius*), precum și celeritatea procedurii³⁴⁰. Încălcarea dreptului la un proces echitabil include: refuzul de a permite reclamantului să participe la judecarea cauzei și să aibă ocazia să informeze reprezentanții legali în mod corespunzător³⁴¹, informarea unei părți privind data recursului doar după ce acesta a avut loc³⁴², refuzul

334. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 3, 7.

335. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 65.

336. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 8, 9, 12.

337. CCPR. Comunicare Nr. 468/1991: Bahamonde v Guineea Ecuatorială. Doc. ONU CCPR/C/49/D/468/1991. 10 noiembrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 202/86: Avellanal v Peru. Doc. ONU CCPR/C/34/D/202/1986. 31 octombrie 1989; CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 10.

338. CCPR. Comunicare Nr. 547/1993: Mahuika v Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/C/70/D/547/1993. 15 noiembrie 2000.

339. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 13; vezi CCPR. Comunicare Nr. 757/1997: Pezoldova v Republica Cehă. Doc. ONU CCPR/C/75/D/757/1997. 25 octombrie 2002. Opinia separată a Prafullachandra Natwarlal Bhagwati „ca cerință prealabilă pentru a avea parte de un proces echitabil și semnificativ, unei persoane ar trebui să i se acorde acces deplin și egal la surse publice de informare...”.

340. CCPR. Comunicare Nr. 207/1986: Moraël v Franța. Doc. ONU CCPR/C/36/D/207/1986. 28 iulie 1989; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 514/1992: Fei v Columbia. Doc. ONU CCPR/C/53/D/514/1992. 26 aprilie 1995; CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața instanțelor judecătorești și la un proces echitabil. Doc. ONU. CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 27.

341. CCPR. Comunicare Nr. 289/1988: Wolf v Panama. Doc. ONU CCPR/C/44/D/289/1988. 26 martie 1992.

342. CCPR. Comunicare Nr. 532/1993: Thomas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/61/D/532/1993. 4 decembrie 1997.

unui tribunal administrativ de a admite probe cruciale³⁴³ și eșecul de a permite unei părți aflate în litigiu de a formula argumente contra declarațiilor celorlalte părți³⁴⁴.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

- **Art. 14(1):** Toți oamenii sunt egali în fața tribunalelor și curților de justiție. Orice persoană are dreptul ca litigiul în care se află să fie examinat în mod echitabil și public de către un tribunal competent, independent și imparțial, stabilit prin lege, care să decidă fie asupra temeiniciei oricărei învinuiri penale îndreptate împotriva ei, fie asupra contestațiilor privind drepturile și obligațiile sale cu caracter civil.
- **Art. 26:** Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală din partea legii

▶ CERD

- **Art. 5(a):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: dreptul la un tratament egal în fața tribunalelor și a oricărui alt organ de administrare a justiției.

▶ CEDAW

- **Art. 15(1):** Statele părți recunosc egalitatea femeii cu bărbatul în fața legii.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ÎN AUSTRIA

Comitetul constată că nouă lege a statului parte privind egalitatea de tratament îmbunătățește căile de atac disponibile pentru apărarea acestui drept. Cu toate acestea, Comitetul este îngrijorat că, din cauza complexității căilor de acțiune și a cadrului juridic, poate fi dificil pentru victimele discriminării rasiale de a avea acces la procedurile relevante (art. 6). Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri pentru simplificarea procedurilor în astfel de cazuri, să extindă aplicarea dispozițiilor naționale privind reglementarea sarcinii probei în materie civilă, în conformitate cu Convenția, să se asigure că plângerile împotriva discriminării rasiale sunt procesate fără taxe și să ofere asistență juridică pentru persoanele care au nevoie de aceasta³⁴⁵.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL

Nenova v. Libia (CCPR)(2012). O echipă de medici a fost arestată pentru că ar fi infectat cu HIV aproximativ 400 de copii la spital. Aceștia au fost duși într-o secție de poliție fără posibilitatea de a comunica în exterior, unde ar fi fost drogați și torturați, și au fost aduși în instanță după un an de detenție. Comitetul consideră că aceste acte realizate de autoritățile statului constituie încălcarea atât a articolului 7 (dreptul de a nu fi supus torturii), cât și a și a articolul 14 (dreptul la un proces echitabil)³⁴⁶.

343. CCPR. Comunicare Nr. 846/1999: Jansen-Gielen v Olanda. Doc. ONU CCPR/C/71/D/846/1999. 14 mai 2001. Procedurile pentru a determina discernământul necesar pentru a ocupa locuri de muncă .

344. CCPR. Comunicare Nr. 779/1997: Aarela și Anor v Finlanda. Doc. ONU CCPR/C/73/D/779/1997. 4 februarie 1997.

345. CERD. Observații finale: Austria. Doc. ONU CERD/C/AUT/CO/17. 21 august 2008.

346. CCPR. Comunicare Nr. 1755/2008: Nenova v Libia. Doc. ONU CCPR/C/104/D/1755/2008/Rev.1. 10 iulie 2012

Dreptul la un recurs efectiv

Dreptul la un recurs efectiv impune ca remediile pentru încălcarea drepturilor omului să fie accesibile, rapide și eficiente. Cu privire la îngrijirea pacientului, CESCRR a clarificat faptul că statele au obligația de a se asigura că sunt disponibile căi de atac eficiente pentru încălcările drepturilor economice, sociale și culturale³⁴⁷. Deși un remediu implică, în general, o compensație adecvată, „reparația prejudiciilor poate presupune, dacă este cazul, restituire, restabilire, precum și alte măsuri de reparare, cum ar fi scuze publice, comemorări publice, garantarea nerepetării și schimbări în legislația și practicile relevante, precum și acțiuni pentru a aduce în fața justiției autorii încălcărilor drepturilor omului”³⁴⁸.

Convenția împotriva torturii consacră dreptul la un recurs efectiv într-o dispoziție separată (art. 14). Cu toate acestea, ICCPR a legat dreptul la un remediu efectiv cu dreptul la un proces echitabil. Articolul 14 din Pact include atât dreptul la repararea prejudiciului și la garanții judiciare, precum și accesul la instanța de judecată. Este nevoie ca statul să asigure acest drept prin intermediul unei autorități judiciare, administrative sau legislative competente. Statul trebuie să protejeze „presupusele victime, dacă cererile lor sunt suficient de bine întemeiate pentru a fi discutate conform [ICCPR]”³⁴⁹.

DISPOZIȚII RELEVANTE

► ICCPR

- **Art. 2(3):** Statele părți la prezentul Pact se angajează:
 - a) să garanteze că orice persoană ale cărei drepturi sau libertăți recunoscute în prezentul Pact au fost violate va dispune de o cale de recurs efectivă, chiar atunci când încălcarea a fost comisă de persoane acționând în exercițiul funcțiilor lor oficiale;
 - b) să garanteze că autoritatea competentă, judiciară, administrativă ori legislativă sau orice altă autoritate competentă potrivit legislației statului, va hotărî asupra drepturilor persoanei care folosește calea de recurs și să dezvolte posibilitățile de recurs jurisdicțional;
 - c) să garanteze că autoritățile competente vor da urmare oricărui recurs care a fost recunoscut ca justificat.
- **Art. 14:**
 1. Toți oamenii sunt egali în fața tribunalelor și curților de justiție. Orice persoană are dreptul ca litigiul în care se află să fie examinat în mod echitabil și public de către un tribunal competent, independent și imparțial, stabilit prin lege, care să decidă fie asupra temeiniciei oricărei învinuiri penale îndreptate împotriva ei, fie asupra contestațiilor privind drepturile și obligațiile sale cu caracter civil....
 6. Când o condamnare penală definitivă este ulterior anulată sau se acordă grațierea deoarece un fapt nou sau nou-descoperit dovedește că s-a produs o eroare judiciară, persoana care a suferit o pedeapsă în urma acestei condamnări va primi o indemnizație în conformitate cu legea, afară de cazul când s-a dovedit că nedescoperirea în timp util a faptului necunoscut îi este imputabilă ei, în întregime sau în parte.

► ICESCR

- **Art. 2(1):** Fiecare stat parte la prezentul Pact, se angajează să acționeze, atât prin propriul său efort, cât și prin asistență și cooperare internațională, în special pe plan economic și tehnic, folosind la maximum resursele sale disponibile, pentru ca exercitarea deplină a drepturilor recunoscute în prezentul Pact să fie asigurată progresiv prin toate mijloacele adecvate, inclusiv prin adoptarea de măsuri legislative...

347. CESCRR. Observații finale: Regatul Unit. Doc. ONU E/C.12/GBR/CO/5. 12 iunie 2009. alin. 13.

348. CCPR. Comentariul General Nr. 31 [80]: Natura obligației juridice general impusă statelor părți la Pact. Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.13. 26 mai 2004. alin. 16.

349. CCPR. Comunicare Nr. 972/01: George Kazantzis v Cipru. Doc. ONU CCPR/C/78/D/972/2001. 13 septembrie 2003. alin. 6.6.

► **CAT**

- **Art. 14(1):** Fiecare stat parte va garanta, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură dreptul de a obține reparație și de a fi despăgubită în mod echitabil și adecvat, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai completă posibil. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, persoanele aflate în întreținerea acesteia au dreptul la compensație.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV ÎN AFGANISTAN

Comitetul își exprimă profunda îngrijorare că au fost realizate acțiuni limitate de către statul parte pentru combaterea abuzului sexual și exploatarea copiilor la scară largă și că autorii unor astfel de abuzuri se bucură de impunitate. Comitetul își exprimă și îngrijorarea profundă că în timp ce există un eșec sistematic din partea autorităților de a trage la răspundere penală autorii actelor de abuz sexual, copiii victime sunt adesea considerați și tratați ca infractori și sunt acuzați de infracțiuni precum desfrâul, homosexualitatea sau fuga de acasă...

Comitetul invită statul parte să:

(a) elaboreze de urgență programe și campanii cu implicarea copiilor, de a reduce normele socio-culturale care conduc la abuz sexual asupra copiilor, la tolerarea agresorilor și la stigmatizarea victimelor;

(b) revizuiască legislația cu scopul de a proteja în mod adecvat toate fetele și băieții de toate formele de abuz sexual și violență și să se asigure că infracțiunea de viol este clar definită;

(c) se asigure că copiii victime ale oricărei forme de abuz sexual sau de exploatare sunt considerați și tratați ca victime și nu mai sunt acuzați și reținuți ca infractori;

(d) consolideze Unitățile de intervenție în familie și să stabilească, în mod urgent, mecanisme și proceduri eficiente și accesibile copiilor pentru a primi, monitoriza și investiga plângerile;

(e) se asigure că autorii actelor de abuz sexual și de exploatare a copiilor sunt aduși în fața justiției și pedepsiți proporțional cu faptele comise, și

(f) elaboreze o strategie națională pentru a răspunde nevoilor legate de locuință, sănătate, nevoilor juridice și psihosociale ale copiilor victime ale exploatării sexuale și violenței.³⁵⁰

Dreptul la protejarea vieții private și a reputației

În conformitate cu dreptul la protejarea vieții private și a reputației, integritatea și confidențialitatea corespondenței trebuie să fie garantate prin lege și în practică. Acest drept protejează individul de interceptările electronice, telefonice, telegrafice, precum și a altor forme de comunicare; protejează și împotriva interceptării convorbirilor telefonice și înregistrarea conversațiilor. Perchezițiile domiciliare ar trebui să se limiteze la o căutare pentru probele necesare și nu ar trebui să devină hărțuire. Chiar și cu privire la ingerințele care sunt conforme cu ICCPR, legislația relevantă trebuie să precizeze în detaliu împrejurările exacte în care pot fi autorizate astfel de ingerințe³⁵¹.

Acest drept presupune reglementarea prin lege a colectării și deținerii de informații personale pe computere, baze de date și alte unități de stocare, fie de către autoritățile publice, fie de către persoane fizice sau juridice private³⁵². Statul trebuie să ofere protecție juridică împotriva oricăror ingerințe neautorizate asupra

350. CRC. Observații finale: Afganistan. Doc. ONU CRC/C/AFG/CO/1. 8 aprilie 2011.

351. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 8.

352. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 10 .

corespondenței³⁵³ și să asigure supravegherea strictă și independentă (în mod ideal, judiciară) a oricăror astfel de practici, inclusiv interceptarea convorbirilor telefonice³⁵⁴. O ingerință în acest drept poate fi justificată numai dacă este legală și nu arbitrară – dacă respectă o procedură legală stabilită.³⁵⁵

Referitor la furnizori, cerințele profesionale privind confidențialitatea, cum ar fi cele aplicabile în profesia de medic, sunt un aspect important al dreptului la viață privată. De asemenea, orice alte prevederi care obligă profesioniștii din domeniul medical să dezvăluie informații confidențiale privind pacienții trebuie să precizeze în detaliu condițiile în care această obligație devine aplicabilă.³⁵⁶

DISPOZIȚII RELEVANTE

► ICCPR

- **Art. 2(3):** Statele părți la prezentul Pact se angajează:
 - (a) să garanteze că orice persoană ale cărei drepturi sau libertăți recunoscute în prezentul Pact au fost violate va dispune de o cale de recurs efectivă, chiar atunci când încălcarea a fost comisă de persoane acționând în exercițiul funcțiilor lor oficiale;
 - (b) să garanteze că autoritatea competentă, judiciară, administrativă ori legislativă sau orice altă autoritate competentă potrivit legislației statului, va hotărî asupra drepturilor persoanei care folosește calea de recurs și să dezvolte posibilitățile de recurs juridicțional;
 - (c) să garanteze că autoritățile competente vor da urmare oricărui recurs care a fost recunoscut ca justificat.

► ICESCR

- **Art. 2(1):** Fiecare stat parte la prezentul Pact, se angajează să acționeze, atât prin propriul său efort, cât și prin asistență și cooperare internațională, în special pe plan economic și tehnic, folosind la maximum resursele sale disponibile, pentru ca exercitarea deplină a drepturilor recunoscute în prezentul Pact să fie asigurată progresiv prin toate mijloacele adecvate, inclusiv prin adoptarea de măsuri legislative.

Dreptul la libertatea de exprimare și informare

Dreptul la libertatea de exprimare include libertatea de a comunica informații și stabilește că orice restricții privind acest drept care nu sunt în concordanță cu limitările acceptabile, cum ar fi ordinea publică sau sănătatea publică, ar putea duce la o încălcare a dreptului³⁵⁷. Libertatea de exprimare (inclusiv cea a mass-media) poate fi limitată în mod legal pentru a proteja drepturile și reputația altora, ca de exemplu prin legi rezonabile privind calomnia³⁵⁸. Deși nu este clar ce fel de restricții sunt permise privind sănătatea publică, s-a sugerat că ar putea fi justificată interzicerea informațiilor înșelătoare despre activități care reprezintă o amenințare la adresa sănătății³⁵⁹.

353. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 8; CCPR. Observații finale: Zimbabwe. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.89. 6 aprilie 1998.

354. CCPR. Observații finale: Polonia. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110. 29 iulie 1999; a se vedea și CCPR. Observații finale: Lesotho. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.106. 8 aprilie 1999.

355. CCPR. Comunicare Nr. 450/1991: I.P. v Finlandei. Doc. ONU CCPR/C/48/D/450/1991. 26 iulie 1993; Iosif, Schultz și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentarii. 2004. p.494.

356. CCPR. Observații finale: Portugalia. Doc. ONU CCPR/CO/78/PRT. 5 iulie 2003.

357. CCPR. Comunicare Nr. 780/1997: Laptsevich v Belarus. Doc. ONU CCPR/C/68/D/780/1997. 13 aprilie 2000.

358. Iosif, Schultz și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentarii. 2004. p.541

359. Iosif, Schultz și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentarii. 2004. p.525.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

- **Art. 19(2):** Orice persoană are dreptul la libertatea de exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și de a răspândi informații și idei de orice fel, indiferent de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită ori artistică, sau prin orice alt mijloc, la alegerea sa.

▶ CERD

- **Art. 5(d)(viii):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: dreptul la libertate de opinie și de exprimare...

▶ **Declarația privind Dreptul și Responsabilitatea Persoanelor, Grupurilor și Organelor Societății de a Promova și Proteja Drepturile și Libertățile Fundamentale ale Omului Recunoscute Universal (Declarația Apărătorilor Drepturilor Omului)³⁶⁰**

- **Art. 6:** Fiecare are dreptul, de sine stătător și în asociere cu alții:
 - (a) De a cunoaște, căuta, obține, primi și păstra informații despre toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului, inclusiv privind accesului la informație în corelație cu modul în care aceste drepturi și libertăți sunt aplicate în sistemele naționale legislative, judiciare sau administrative;
 - (b) Conform prevederilor drepturilor omului și a altor instrumente internaționale aplicabile la libertatea de a publica, împărtăși și dezaproba opiniile altora, la informații și cunoștințe despre toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
 - (c) Să studieze, să discute, să formeze și să păstreze opinii legate de respectarea, în lege și practică, a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale și prin alte mijloace corespunzătoare să atragă atenția publică la aceste subiecte.

360. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale 53/144: Declarația privind dreptul și responsabilitatea persoanelor, grupurilor și a organelor societății de a promova și proteja drepturile omului universal recunoscute și libertățile fundamentale. Doc. ONU A/RES/53/144. 9 decembrie 1998.



3.1 Introducere

3.2 Izvoare de bază

3.3 Drepturile pacienților

3.4 Drepturile furnizorilor

3

Cadrul regional pentru drepturile omului în îngrijirea pacienților

3.1 Introducere

Prezentul capitol elaborează standardele principale ce protejează drepturile omului în domeniul îngrijirii pacienților în Europa, care le includ pe cele stabilite și interpretate de Uniunea Europeană (UE), Consiliul European (CoE), Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) și Comitetul European pentru Drepturi Sociale (CEDS). Ca și capitolul anterior privind cadrul internațional, acest capitol este împărțit în trei secțiuni. Prima secțiune descrie sursele cheie în zona ce reglementează drepturile omului în domeniul îngrijirii pacienților. A doua secțiune examinează drepturile pacienților și include subsecțiunile ce dezvoltă standardele și interpretările relevante legate de un anumit drept în trei contexte comune deosebite privind sănătatea: sănătatea mintală, bolile contagioase și drepturile sexuale și reproductive. Aceste subsecțiuni oferă exemple de potențiale încălcări, bazate pe jurisprudență. Este de remarcat că aceste trei contexte sunt utilizate doar ca exemple și că încălcările drepturilor omului (și, prin urmare, aplicarea standardelor drepturilor omului) pot apărea și dincolo de acest set limitat de contexte privind îngrijirea pacienților. Secțiunea a treia se concentrează asupra drepturilor pe care le au furnizorii de asistență medicală și dezvoltă standardele și interpretările relevante ale fiecărui drept specific al furnizorului, ce se desprinde din jurisprudența relevantă.

3.2 Izvoare de bază

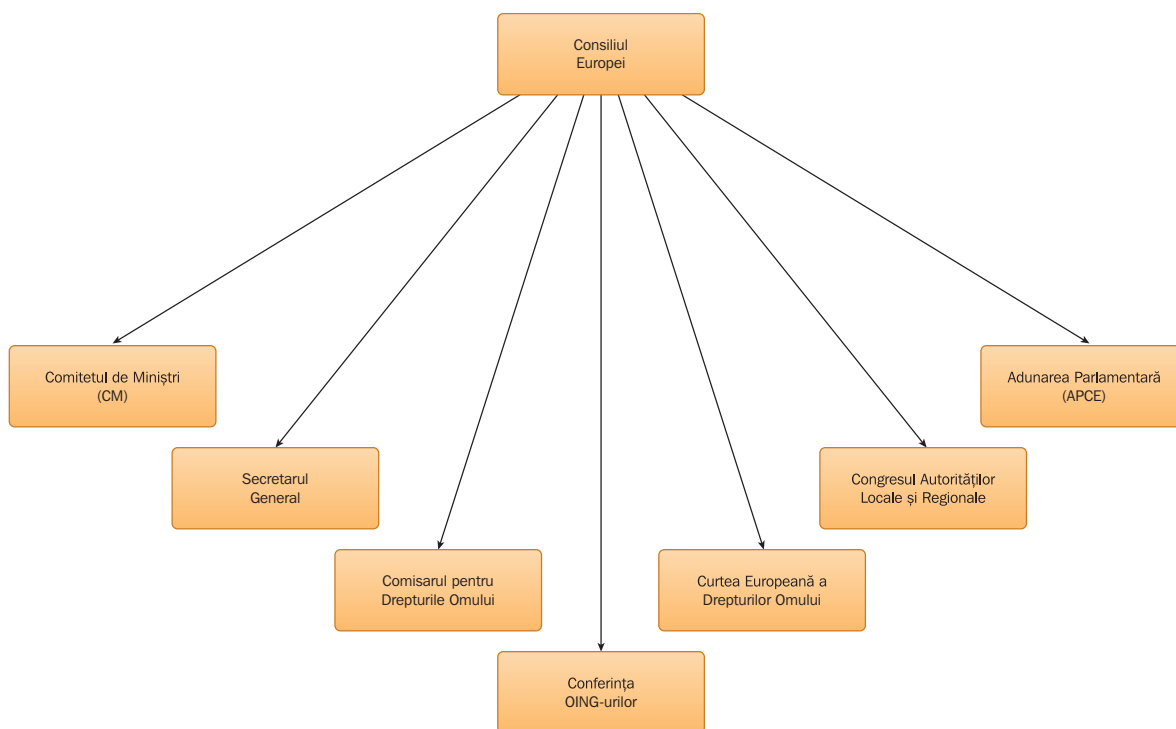
Standardele cuprinse în prezentul capitol le includ pe cele din tratatele obligatorii, cum ar fi Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale (cunoscută în mod uzual sub denumirea de „Convenția Europeană a Drepturilor Omului”, CEDO) și Carta Socială Europeană (CSE) originală și revizuită, precum și pe cele prevăzute în instrumentele fără forță juridică obligatorie (*soft law*). Tratatele la care se face referire mai jos provin fie de la Uniunea Europeană (UE), fie de la CoE. Aceste organizații au dezvoltat și unele

instrumente de *soft law*, dar există și altele provenite de la alți actori, inclusiv grupuri ale societății civile.

UE reprezintă un parteneriat economic și politic cu 28 de state membre europene, creat în urma celui de-al Doilea Război Mondial în scopul promovării cooperării economice între membrii săi. În ciuda naturii sale economice, UE consideră drepturile omului și egalitatea ca fiind valori fundamentale și a dezvoltat instrumente relevante în domeniul îngrijirii pacienților și al drepturilor omului. Legislația UE deține același nivel de autoritate legală ca legislația națională pentru toate statele membre și trebuie să fie transpusă în legislația națională. După cum se vede mai jos, unele dintre directivele UE abordează aspectele relevante îngrijirii pacienților. O *directivă* este un tip de act legislativ UE ce stabilește obiective ce trebuie realizate de statele membre, acestea din urmă deținând libertatea de a determina modul în care își vor concepe legile și implementa aceste obiective.

CoE este un organism non-UE ce se concentrează asupra protecției drepturilor omului, democrației și statului de drept în zona europeană și este situat în Strasbourg, Franța. Este format din șapte organisme, cunoscute ca „instituții”, ce ajută CoE la îndeplinirea funcțiilor sale. Toate statele care au ratificat CEDO sunt membre ale CoE, și la momentul acestei publicații, acestea sunt în număr de 47.³⁶¹ Important este faptul că CoE nu trebuie confundat cu Consiliul European (un organism UE non-legislativ format din liderii UE, ce se reunește periodic pentru a defini direcția politică și prioritățile UE) sau Consiliul Uniunii Europene (cunoscut neoficial sub denumirea de „Consiliul UE”, un organism legislativ al UE).

Structura Consiliului Europei



361. Consiliul European [CoE]. „Consiliul Europei pe scurt” [The Council of Europe in Brief]. Accesat la 29 octombrie 2013.

INSTRUMENTE JURIDICE OBLIGATORII

Uniunea Europeană

▶ **Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene**³⁶²

Acest tratat integrează în dreptul UE o gamă largă de drepturi civile, politice, economice și sociale ce aparțin tuturor cetățenilor și rezidenților europeni. A fost semnat în Nisa, Franța, la data de 7 noiembrie 2000, și a devenit obligatoriu la data de 12 decembrie 2007. Este obligatoriu pentru toate instituțiile și guvernele UE, oricând este aplicat dreptul UE de către acestea. Carta îndeplinește și funcția de punct de referință important privind obligațiile țărilor din afara UE privind drepturile omului, în special țările care se află în proces de aderare. Vedeți Capitolul 4 (Proceduri Internaționale și Regionale) pentru descrierea procedurilor disponibile la nivel european regional, inclusiv informații detaliate privind organismele de monitorizare și cele adjudecătoare (de ex. Curtea Europeană a Drepturilor Omului) și procedura de înregistrare a unei plângeri stabilită prin Convenția Europeană a Drepturilor Omului.

▶ **Directiva 2011/24/UE privind Aplicarea Drepturilor Pacienților în cadrul Asistenței Medicale Transfrontaliere**³⁶³

Această directivă a fost adoptată la data de 9 martie 2011 și a intrat în vigoare la data de 4 aprilie 2011 și clarifică regulile privind accesul la asistență medicală în altă țară UE, inclusiv rambursarea cheltuielilor pentru serviciile de asistență medicală. Directiva este obligatorie pentru toate statele membre și creează o certitudine juridică privind drepturile pacienților, inclusiv dreptul de a solicita asistență medicală în străinătate și de a li se rambursa pacienților aceeași sumă pe care ar fi primit-o dacă ar fi solicitat asistență în țara de proveniență. Această directivă conturează de asemenea responsabilitatea statelor membre de a oferi acces la asistență medicală în teritoriu și asigură faptul că tratamentul în alte state membre îndeplinește standardele de calitate și siguranță și ia în considerare progresele medicale internaționale și practicile medicale sigure.

▶ **Directiva 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 ce implementează principiul egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii**³⁶⁴

Această directivă a fost adoptată la data de 13 decembrie 2004 și a intrat în vigoare la data de 21 decembrie 2004. Este obligatorie pentru statele membre și le impune să interzică discriminarea bazată pe sex în furnizarea de bunuri și servicii publice.

▶ **Directiva 2000/78/CE din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă**³⁶⁵

Această directivă a fost adoptată la data de 27 noiembrie 2000 și a intrat în vigoare la data de 2 decembrie 2000. Stabilește un „cadru de orientare” pentru statele membre pentru abordarea discriminării în muncă. Interzice discriminarea bazată pe religie sau credință, handicap, vârstă sau orientare sexuală.

362. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

363. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere. OJ L 88/45. 4 aprilie 2011.

364. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 ce implementează principiul egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii. OJ L 373 din 21.12.2004. 25 iunie 2009.

365. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2000/78/CE din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă. OJ L 303 din 2.12.2000. 2 decembrie 2000.

- ▶ **Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică**³⁶⁶

Această directivă a fost adoptată la data de 29 iunie 2000 și a intrat în vigoare la data de 19 iulie 2000. Impune statelor membre să asigure interzicerea discriminării bazată pe rasă sau origine etnică, atât în sectorul public cât și în cel privat. Directiva specifică accesul la asistență medicală ca unul dintre contextele în care acest tip de discriminare trebuie interzis.

Consiliul Europei

- ▶ **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină 1997 (Convenția Europeană privind Drepturile Omului și Biomedicină)**³⁶⁷

Această convenție CoE stabilește anumite principii de bază ale drepturilor pacienților pornind de la premisa că există „nevoia de a respecta ființa umană atât ca individ, cât și ca membru al speciei umane și de a recunoaște importanța asigurării demnității ființei umane”³⁶⁸. Este obligatorie pentru statele ce au ratificat-o.

- ▶ **Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO)**³⁶⁹

CEDO reprezintă tratatul principal regional al drepturilor omului și a fost ratificat de toate statele membre CoE. Este aplicat de CtEDO, ce pronunță hotărâri obligatorii ce implică în mod frecvent despăgubiri bănești pentru reclamanți. Trebuie văzut alături de Carta Socială Europeană ca reprezentând instrumentele-cheie complementare pentru protecția drepturilor omului în întreaga Europă.

- ▶ **Carta Socială Europeană din 1961 și 1996 (CSE)**³⁷⁰

Un tratat CoE, CSE reprezintă instrumentul principal regional privind drepturile economice și sociale. Este monitorizat de CEDS printr-un sistem de raportare statală periodică și plângeri colective. Redactat inițial în 1961, CSE a fost revizuită semnificativ în 1996, deși unele state nu au ratificat versiunea ulterioară și pot selecta prevederile pe care doresc să le accepte. Dată fiind generalitatea multor clauze și abordarea progresivă/liberală a CEDS, drepturile pacienților pot fi pledate având ca temei un număr mare de prevederi, chiar și în absența acceptării garanțiilor specifice de sănătate.

- ▶ **Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale**³⁷¹

Acest tratat CoE garantează tratamentul egal pentru toate minoritățile etnice și de alte tipuri și impune statelor să ia măsurile necesare „pentru a promova, în toate domeniile vieții economice, sociale, politice și culturale, egalitatea completă și eficientă între persoanele ce aparțin unei minorități naționale și cele aparținând majorității”, iar aceste măsuri nu vor fi considerate acte de discriminare. Statele vor lua în considerare „condițiile specifice persoanelor ce aparțin minorităților naționale.”³⁷²

INSTRUMENTE FĂRĂ FORȚĂ JURIDICĂ OBLIGATORIE

Există un număr de instrumente care nu au caracterul obligatoriu al tratatelor, dar care au obținut consensul

366. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2000/43/EC din 29 iunie 2000 cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică. OJ L 180 din 19.7.2000. 19 iulie 2000.

367. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicină. ETS Nr. 164. 4 aprilie 1997.

368. S-au creat ulterior protocoale suplimentare privind interzicerea clonării (ETS Nr. 168. 1 decembrie 1998), transplantul de organe și țesuturi (Tratatul ETS Nr. 186. 24 ianuarie 2002) și cercetarea biomedicală (ETS Nr. 195. 25 ianuarie 2005).

369. CoE. Convenția Europeană a Drepturilor Omului. ETS Nr. 5. 4 noiembrie 1950.

370. CoE. Carta Socială Europeană. ETS Nr. 35. 4 noiembrie 1950.

371. CoE. Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale. ETS Nr. 35. 1 februarie 1995.

372. CoE. Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale. Articolul 4(2). ETS Nr. 35. 1 februarie 1995.

regional și ajută la dezvoltarea conținutului drepturilor pacienților – unele dintre acestea chiar fiind adoptate de grupuri ale societății civile, cum ar fi asociațiile profesionale și organizațiile neguvernamentale. Mai jos pot fi găsite câteva exemple.

► **Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa: Consultarea Europeană asupra Drepturilor Pacienților, Amsterdam**³⁷³

Această declarație a fost emisă de Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății (WHO) pentru Europa în 1994 și a avut o puternică influență. Acest instrument are la bază Carta Internațională a Drepturilor Omului³⁷⁴, CEDO și CSE și se concentrează asupra drepturilor la informare, consimțământ, confidențialitate și intimitate, dar și îngrijire și tratament. În același timp, declarația subliniază natura complementară între drepturi și responsabilități și ia în considerare perspectivele furnizorilor de asistență medicală și ale pacienților. Conform acestei declarații, pacienții au „responsabilități atât față de ei înșiși, pentru propria îngrijire, cât și față de furnizorii de asistență medicală, iar furnizorii de asistență medicală se bucură de aceeași protecție a drepturilor omului ca toate celelalte persoane”. Subliniind drepturile pacienților, această declarație speră să sensibilizeze pacienții cu privire la „responsabilitățile lor în privința solicitării și primirii sau furnizării de asistență medicală”, și astfel creează o relație pacient/furnizor bazată pe „sprijin și respect reciproc”.³⁷⁵

► **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**³⁷⁶

Redactată în 2002 de Rețeaua pentru Cetățenie Activă, o rețea europeană de organizații civice ale consumatorilor și ale pacienților, acest instrument furnizează o declarație clară, cuprinzătoare a drepturilor pacienților. Aceasta dispune:

*În calitate de cetățeni europeni, nu acceptăm ca drepturile să fie afirmate în teorie, dar respinse apoi în practică din cauza limitărilor financiare. Constrângerile financiare, indiferent de justificare, nu pot legitima negarea sau compromiterea drepturilor pacienților. Nu acceptăm ca aceste drepturi să fie stabilite prin lege ca mai apoi să nu fie respectate și nici să fie afirmate în programe electorale ca mai apoi să fie uitate după sosirea unui nou guvern.*³⁷⁷

Această afirmație a făcut parte dintr-o mișcare de masă în întreaga Europă, ce încuraja pacienții să joace un rol mai activ în modelarea furnizării serviciilor de sănătate și a reprezentat de asemenea o încercare de a converti documentele regionale privind dreptul la asistență medicală în prevederi specifice³⁷⁸. Acest instrument identifică 14 drepturi concrete ale pacienților, care constituie o îngrijorare în prezent: dreptul la măsuri preventive, dreptul de acces, dreptul la informare, dreptul la consimțământ, dreptul la libera alegere, dreptul la viață privată, dreptul la respectarea timpului pacienților, dreptul la respectarea standardelor de calitate, dreptul la siguranță, dreptul la inovație, dreptul la evitarea suferinței și durerilor nenesesare, dreptul la tratament personalizat, dreptul de a formula plângere și dreptul la despăgubiri. Deși acest instrument nu are forță juridică obligatorie, o rețea puternică de grupuri pentru drepturile pacienților din întreaga Europă a intervenit cu succes pe lângă guvernele naționale pentru recunoașterea și adoptarea drepturilor pe care le abordează.³⁷⁹ A fost utilizată și ca punct de referință pentru monitorizarea și evaluarea sistemelor de asistență medicală din întreaga Europă.

► **Carta de la Ljubljana privind Reformarea Asistenței Medicale**³⁸⁰

Acest instrument a fost dezvoltat de WHO pentru a îmbunătăți sistemele de sănătate din regiunea europeană. Conține un număr de principii fundamentale pentru a asigura faptul că „asistența medicală

373. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

374. Declarația Universală a Drepturilor Omului (DUDO), Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice (PIDCP), și Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (PIDESC).

375. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

376. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

377. RCA. Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002. Preambul.

378. Compania farmaceutică Merck & Co., Inc., a acordat de asemenea fonduri pentru această mișcare.

379. Una dintre activitățile noilor state membre UE în timpul procesului de pregătire a aderării la UE a fost ajustarea legislației sănătății în vederea conformității cu legislația și standardele europene. Multe țări, cum ar fi Bulgaria, au adoptat o nouă lege a sănătății, a cărei structură și conținut respectă strict Carta Europeană a Drepturilor Pacienților.

380. Organizația Mondială a Sănătății [WHO]. Carta de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale. 19 iunie 1996.

trebuie să conducă înaintea de toate la o sănătate și calitate a vieții oamenilor mai bune.”³⁸¹ În mod special, Carta recomandă ca sistemele de sănătate să fie centrate pe oameni și solicită participarea pacienților la modelarea îmbunătățirilor.

► **Recomandarea Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală.**³⁸²

Emisă de Comitetul Miniștrilor al CoE, această recomandare reprezintă o autoritate morală și politică puternică, deși nu este obligatorie juridic pentru statele membre CoE. Se concentrează asupra necesității de a asigura participarea efectivă a tuturor persoanelor în societăți tot mai diverse și multiculturale, în care grupuri precum minoritățile etnice sunt frecvent marginalizate.

3.3 Drepturile pacienților

Această secțiune este structurată în jurul a nouă drepturi esențiale ale pacienților:

- **dreptul la libertatea și siguranța persoanei;**
- **dreptul la viață privată;**
- **dreptul de acces la informație;**
- **dreptul la integritate corporală;**
- **dreptul la viață;**
- **dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate;**
- **dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;**
- **dreptul de a participa la elaborarea de politici publice;**
- **dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării;**
- **dreptul la un recurs efectiv.**

CEDO și CSE constituie cele două instrumente principale complementare ce acoperă gama drepturilor omului în regiunea europeană, cu CtEDO și CEDS adoptând o abordare de completare reciprocă în ceea ce privește dezvoltarea protecției drepturilor omului și înțelegerea conținutului material al drepturilor.

Lipsa unei prevederi explicite care să garanteze dreptul la sănătate în CEDO nu a împiedicat CtEDO, organismul de supervizare și aplicare a CEDO, să abordeze multe probleme privind drepturile pacienților din prisma altor articole din CEDO (cele mai comune fiind Articolele 2, 3, 5, 8, 13 și 14). Articolul 5, care garantează dreptul la libertate și siguranță al unei persoane, a fost utilizat de CtEDO pentru a proteja drepturile celor privați de libertate din motive de sănătate mintală. Articolul 3 prevede o interzicere absolută a utilizării torturii și/sau a tratamentelor crude, inumane sau degradante împotriva deținuților, inclusiv a celor lipsiți de libertate din motive de sănătate mintală. Articolul 8, protejând dreptul la intimitate, a fost argumentat cu succes în raport cu divulgarea nelegală a informațiilor medicale personale. Dincolo de aceste exemple, totuși, CtEDO a fost reticentă în a recunoaște în mod indirect un drept pozitiv la sănătate, deși calea a rămas deschisă unei interpretări în raport cu dreptul la viață, conform Articolului 2, în cazurile în care obligațiile statului nu au fost îndeplinite. Această reticență este conformă cu dorința generală a CtEDO de a nu lua decizii care ar putea avea un impact economic și/sau social semnificativ asupra politicii sau a resurselor.

381. WHO. Carta de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale.

382. CoE. Recomandarea Rec Nr. R (2000) 5. 30 aprilie 2002.

Pe de altă parte, în Articolul 11 al CSE, CEDS a definit în mod specific dreptul la protecția sănătății, împreună cu un număr de garanții înrudite, cum ar fi dreptul la asistență socială și medicală conform Articolului 13. Deoarece CSE nu poate fi utilizat de victime individuale, totuși, toate analizele CEDS privesc rapoarte de țară sau mecanismul de plângeri colective și, prin urmare, tind să fie generale prin natura lor (declarând, de exemplu, că sistemele de sănătate trebuie să fie accesibile tuturor sau că trebuie să existe personal și unități corespunzătoare). Până în prezent, sub mecanismul de plângeri colective, CEDS a analizat opt cazuri privind dreptul la sănătate, referitoare la aspecte care au variat de la efectele nocive asupra sănătății din cauza poluării mediului, până la refuzul asistenței medicale pentru imigranții ilegali săraci³⁸³. Prin urmare, există un potențial considerabil pentru dezvoltarea continuă a jurisprudenței CEDS în acest domeniu.

Alte seturi semnificative de standarde discutate în acest capitol, precum Carta Europeană a Drepturilor Pacienților, conțin de asemenea un număr de garanții relevante specifice, dar acestor standarde le lipsește orice formă de organism de supervizare. Prin urmare, ele nu pot fi aplicate direct de victime pentru a obține remedierea încălcării drepturilor. Totuși, acest lucru nu înseamnă că drepturile prevăzute în Cartă nu pot fi menționate în argumentarea revendicărilor conform tratatelor obligatorii, cum ar fi CEDO și CSE, pentru a interpreta mai bine prevederile proprii ale tratatelor. La rândul lor, referințele din ce în ce mai frecvente la documentele fără forță juridică obligatorie, precum Carta Europeană a Drepturilor Pacienților, vor ajuta la obținerea unei mai bune credibilități și puteri a standardelor, astfel încât, în timp, unele prevederi să poată obține statutul cutumiar de drept internațional.³⁸⁴

DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

În legătură cu drepturile pacienților, dreptul la libertatea persoanei protejează individul împotriva detenției arbitrare sau nejustificate pe baza sănătății mintale sau fizice, cum ar fi spitalizarea involuntară. Detenția unui individ bazată pe motive de sănătate, precum carantina și izolarea, trebuie efectuată conform legii în vigoare și trebuie să protejeze dreptul individului la un proces echitabil conform legii. Detenția este considerată „legală” doar dacă apare într-un spital, clinică sau alt mediu autorizat corespunzător.³⁸⁵ Cu toate acestea, faptul că instituția în care este făcută detenția este una corespunzătoare nu are nicio influență asupra caracterului adecvat al tratamentului pacientului sau condițiilor în care este reținut.³⁸⁶

CtEDO a stabilit garanții procedurale în raport cu aplicarea Articolului 5(1)(e), ce garantează acest drept conform CEDO:

- ▶ Internarea unui individ trebuie să aibă loc numai conform unei proceduri legale prescise corespunzător și nu poate fi arbitrară. În raport cu starea de „alienare”, această garanție înseamnă că persoana trebuie să sufere de o boală mintală recunoscută și să necesite internare în scopul tratamentului;³⁸⁷
- ▶ Orice internare trebuie să facă subiectul unei revizuirii legale periodice rapide ce încorporează elementele esențiale ale procesului echitabil;³⁸⁸ și

383. CoE. Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Belgia. Plângerea Colectivă nr. 75/2011. 23 ianuarie 2013; CoE. Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Grecia. Plângerea Colectivă 72/2011. 23 ianuarie 2013; CoE. Defence for Children International (DCI) v. Belgia. Plângerea Colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012; CoE. Médecins du Monde - International v. Franța. Plângerea Colectivă nr. 67/2011. 11 septembrie 2012; CoE. Decizia pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea Colectivă Nr. 45/2007. 30 martie 2009; CoE. Centrul European al Drepturilor Romilor (CEDR) v. Bulgaria. Plângerea Colectivă nr. 46/2007. 3 decembrie 2008; CoE. Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (FMDO) v. Grecia. Plângerea Colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006; CoE. Confédération Générale du Travail (CGT) v. Franța. Plângerea Colectivă nr. 22/2003. 8 decembrie 2004.

384. Articolul 38(1)(b) din Statutul Curții Internaționale de Justiție face referire la „cutuma internațională” ca sursă a dreptului internațional, subliniind în special cele două cerințe de practică de stat și acceptarea practicii ca obligatorii.

385. CtEDO. De Donder și de Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 6 decembrie 2011.

386. CtEDO. Ashingdane v. Marea Britanie. Cererea nr. 8225/78. 28 mai 1995.

387. CtEDO. Winterwerp v. Olanda. Cererea nr. 6301/73. 24 octombrie 1979; vedeți și CtEDO. H.L. v. Marea Britanie. Cererea Nr. 45508/99. 1 ianuarie 2004. (sistemul detenției „pacienților neoficiali” în instituțiile psihiatrice nu a încorporat suficiente garanții procedurale pentru a preveni privarea arbitrară de libertate).

388. CtEDO. X v. Marea Britanie. Cererea nr. 7215/75. 7 iulie 1977.

- ▶ Dacă nu au fost respectate aceste garanții, CtEDO a fost pregătită să acorde despăgubiri pentru încălcarea libertății persoanei conform Articolului 5(1)(e).³⁸⁹

Cu privire la dreptul la siguranța persoanei, acesta este consacrat adesea conform aceleiași prevederi ca dreptul la libertate, precum Articolul 5 din CEDO. Dreptul la libertate protejează individul împotriva detenției arbitrare sau nejustificate. Dreptul la siguranța persoanei protejează individul împotriva vătămării corporale sau oricărui tip de intervenție. Conform celor arătate în această secțiune, faptele prezente în jurisprudența relevantă au condus CtEDO să abordeze aspecte privind integritatea fizică sau corporală (dreptul la siguranța persoanei) conform Articolului 5, fără a face o distincție între cele două drepturi. Mai mult, majoritatea cazurilor privind vătămarea integrității fizice sau corporale în unitățile de asistență medicală au fost analizate conform drepturilor înrudite ce includ dreptul la libertate împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane ori degradante (CEDO, Art. 3), dreptul la viață privată (CEDO, Art. 8), și dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate (CSE, Art. 11). De exemplu, Curtea a judecat cazuri implicând administrarea forțată de medicamente (inclusiv injecții), hrănire forțată și sterilizări fără consimțământ în lumina dreptului la viață privată (CEDO, Art. 8)³⁹⁰ și a dreptului de a nu fi supus torturii, tratamentelor crude, inumane ori degradante (CEDO, Art. 3).³⁹¹ Prin urmare, nu există o analiză vastă din partea CtEDO strict cu privire la dreptul la siguranța persoanei, luat separat. Din acest motiv, prezenta secțiune conține jurisprudența bazată în principal pe dreptul la libertate.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 5(1):** Orice persoană are dreptul la libertate și la siguranță. Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale: (e) dacă este vorba despre detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond.

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății mintale

Pentru a reține un individ pe baza sănătății mintale, trebuie îndeplinite patru condiții:

- (1) Trebuie să se stabilească în mod credibil, prin expertiză medicală obiectivă, că persoana suferă de o tulburare mintală;
- (2) Tipul de tulburare mintală trebuie să justifice internarea obligatorie și trebuie să se demonstreze că privarea de libertate este necesară în aceste circumstanțe;
- (3) Tulburarea mintală trebuie să persiste pe perioada detenției sau internării; și
- (4) Perioada internării trebuie revizuită periodic.³⁹²

Orice detenție trebuie să fie „legală” – trebuie efectuată conform unei legi ce prevede garanții corespunzătoare de fond și de procedură³⁹³. Mai mult, deși Articolul 5(1)(e) nu se referă, în principiu, la tratamentul sau condițiile corespunzătoare de detenție, CtEDO a declarat în mod repetat că detenția unei persoane conform

389. CtEDO. Gajcsi v. Ungaria. Cererea nr. 34503/03. 3 octombrie 2006. (pacient reținut ilegal timp de trei ani într-un spital psihiatric din Ungaria, unde procedura de internare era superficială și insuficientă pentru a demonstra un comportament periculos).

390. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 iunie 2005; vedeți și CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea Nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011

391. CtEDO. Ciorap v. Moldova. Cererea nr. 12066/02. 19 iunie 2007; V.C. v. Slovacia. Cererea Nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011; Gorobet v. Moldova. Cererea nr. 30951/10. 11 octombrie 2011.

392. CtEDO. Winterwerp v. Olanda. Cererea nr. 6301/73. 24 octombrie 1979; CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea Nr. 23419/07. 22 noiembrie 2012.

393. A se vedea CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

Articolului 5(1)(e) va fi considerată legală doar dacă detenția are loc în spital, clinică sau altă instituție corespunzătoare autorizată să dețină și să trateze indivizii cu tulburări mintale relevante.³⁹⁴

În plus, CtEDO a recunoscut necesitatea protejării integrității fizice și mintale a pacienților cu tulburări mintale și a considerat că tratamentul forțat al pacienților cu tulburări mintale încalcă Articolul 5, atunci când nu respectă garanțiile împotriva caracterului arbitrar al detenției.³⁹⁵ Pentru mai multe detalii privind încălcarea integrității fizice, vedeți secțiunea de mai jos privind „dreptul la integritate corporală”.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

De Donder și De Clippel v. Belgia (CtEDO) (2012). Curtea a considerat că plasarea unui pacient cu tulburări mintale într-o secție normală a închisorii, în locul unei instituții specializate sau a secției de psihiatrie a închisorii, a reprezentat o încălcare a Articolului 5 CEDO. Curtea a reiterat faptul că „detenția” unui pacient cu tulburări mintale este justificată legal conform Articolului 5(1)(e) doar dacă este efectuată „într-un spital, clinică sau altă instituție corespunzătoare.”³⁹⁶

Herz v. Germania (CtEDO) (2003). O persoană a fost reținută într-un spital psihiatric deoarece un judecător a dispus internarea de urgență a persoanei pe baza unui diagnostic acordat prin telefon de un medic care nu examinase personal această persoană. Curtea a considerat că decizia judecătorului era conformă cu Convenția datorită naturii urgente a situației.³⁹⁷

H.L. v. Marea Britanie (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că internarea nevoluntară a unei persoane cu tulburare autistă care a prezentat semne de comportament agitat a fost lipsită de garanții procedurale și prin urmare a fost arbitrară și a încălcat Articolul 5 al CEDO.³⁹⁸

Shopov v. Bulgaria (CtEDO) (2010). Curtea a constatat că guvernul a încălcat Articolul 5(1) în cazul unui reclamant forțat să se supună unui tratament psihiatric timp de peste cinci ani, din cauza depășirii de către procuror și poliție a limitelor unei sentințe judecătorești naționale prin care se dispunea tratamentul într-o clinică ambulatorie și nu într-un spital psihiatric.³⁹⁹

Storck v. Germania (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că internarea pacientului cu tulburări mintale într-un spital psihiatric și tratamentul forțat au încălcat Articolul 5(1), deoarece internarea nu fusese dispusă de o instanță. Curtea a subliniat responsabilitatea Statului de a proteja persoanele vulnerabile (cum sunt pacienții cu tulburări mintale) și a concluzionat că măsurile aplicate retrospectiv pentru protejarea acestor indivizi față de privarea nelegală de libertate au fost insuficiente.⁴⁰⁰

X. v. Finlanda (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că internarea și tratamentul forțat al unui pediatru într-un spital de tulburări psihice nu îndeplineau garanțiile corespunzătoare împotriva arbitrariului și, prin urmare, au reprezentat o încălcare a Articolului 5.⁴⁰¹

394. CtEDO. De Donder și De Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 12 iunie 2011. alin. 106.

395. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010; CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

396. CtEDO. De Donder și De Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 12 iunie 2011; vedeți CtEDO. Aerts v. Belgia. Cererea nr. 25357/94. 30 iulie 1998. (aripa de psihiatrie nu a putut fi considerată o instituție corespunzătoare pentru detenția persoanelor alienate).

397. CtEDO. Herz v. Germania. Cererea nr. 44672/98. 3 decembrie 2003.

398. CtEDO. H.L. v. Marea Britanie. Cererea nr. 45508/99. 5 ianuarie 2005.

399. CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010.

400. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

401. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012.

Dreptul la libertatea și securitatea persoanei în contextul bolilor contagioase

Articolul 5(1)(e) din CEDO poate permite privarea de libertate bazată pe amenințarea reprezentată de răspândirea bolilor contagioase. CtEDO a permis detenția conform acestei prevederi atât în interesul individului, cât și al siguranței publice.⁴⁰²

Conform CtEDO, criteriile esențiale pentru privarea de libertate legală a unui individ „pentru prevenirea răspândirii bolilor contagioase” sunt:

- Răspândirea bolii contagioase reprezintă un pericol față de sănătatea și siguranța publică;
- Este modul cel mai puțin restrictiv de prevenire a răspândirii bolii pentru protejarea interesului public; și
- Atât pericolul răspândirii bolii contagioase, cât și caracterul de măsură cel mai puțin restrictivă al detenției trebuie să persiste pe toată durata detenției.⁴⁰³

Mai mult, dreptul la siguranța persoanei devine și mai relevant în cazurile în care indivizii cu boli contagioase sunt supuși unor măsuri coercitive, cum ar fi carantina și tratamentul forțat. Vedeți secțiunea privind „dreptul la integritate corporală” pentru mai multe detalii asupra încălcării integrității fizice și corporale.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

Enhorn v. Suedia (CtEDO) (2005). Curtea a constatat încălcarea Articolului 5 din CEDO în cazul unei persoane seropozitive internată nevoluntar în spital timp de aproape un an și jumătate, după ce a transmis virusul unui alt bărbat în urma unui raport sexual. Curtea a concluzionat că izolarea obligatorie nu a reprezentat cea mai puțin restrictivă măsură disponibilă pentru a preveni răspândirea virusului HIV. Prin urmare, autoritățile nu au găsit un echilibru între necesitatea asigurării faptului că virusul HIV nu va fi răspândit și dreptul la libertate al petentului.⁴⁰⁴

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la libertate protejează indivizii de intervențiile destinate să limiteze sau să promoveze fertilitatea acestora și să împiedice autonomia lor sexuală – fie din partea statului, fie din partea persoanelor private. Pe lângă protejarea vieții și sănătății individului, dreptul la libertate recunoaște alegerea individului în materie de reproducere, ca și decizia acestuia asupra modului în care își desfășoară viața sexuală.⁴⁰⁵ De exemplu, femeile pot utiliza acest drept pentru a contesta măsurile legale ce implică privarea de libertate luate împotriva lor pentru cazurile în care decid să își înlăture sarcina.⁴⁰⁶

Cu privire la dreptul la siguranța persoanei, acesta protejează dreptul persoanei de a controla sănătatea și corpul său și este compatibil cu aspectele privind sănătatea sexuală și reproductivă, precum sterilizarea

402. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005. par. 43; CtEDO. *Litwa v. Polonia*. Cererea nr. 26629/95. 4 aprilie 2000; vedeți CtEDO. *Hutchison Reid v. Marea Britanie*. Cererea nr. 50272/99. 20 februarie 2003. (detenția conform Articolului 5(1)(e) a unei persoane cu tulburare de personalitate psihopată justificată atât în interesul individului cât și din motive de siguranță publică, chiar dacă starea sa nu era susceptibilă la tratament medical).

403. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005. par. 43.

404. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005.

405. Vedeți Rebecca Cook. Drepturile internaționale ale omului și ale femeii și sănătatea reproducerii. Studii în planificare familială [International Human Rights and Women's Reproductive Health. Studies in Family Planning]. Vol. 24, Nr. 2 (martie – aprilie, 1993). p. 79.

406. CtEDO. *P. și S. v. Polonia*. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

forțată, mutilarea genitală și avortul. Comisia Europeană a UE s-a angajat să pună capăt violenței împotriva femeilor și mutilării genitale feminine (MGF), recunoscând-o ca o încălcare a drepturilor omului în ceea ce privește femeile și a Convenției Internaționale privind Drepturile Copilului (CDC).⁴⁰⁷ Consiliul UE a declarat: „[MGF] constituie o încălcare a dreptului fundamental la viață, libertate, siguranță, demnitate, egalitate între femei și bărbați, nediscriminare și *integritate fizică și mintală*” (subliniere adăugată).⁴⁰⁸

Cu toate acestea, ca și în alte contexte, jurisprudența CtEDO în care au fost invocate aceste probleme de sănătate sexuală și reproductivă le-a abordat de obicei fie conform dreptului la viață privată (CEDO, Art. 8), fie conform dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3).

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

P și S. v. Polonia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că scopul esențial al plasării unei fete de 14 ani, care a rămas însărcinată în urma unui viol, într-un adăpost pentru minori a fost de a o separa de părinții săi și de a preveni un avort – nu pentru supraveghere educațională, ceea ce ar fi fost în conformitate cu Articolul 5(1) (d). Prin urmare, lipsirea de libertate a reclamantei a încălcat Articolul 5.⁴⁰⁹

DREPTUL LA RESPECTAREA VIEȚII PRIVATE

Dreptul la respectarea vieții private protejează individul împotriva ingerinței nelegale și arbitrare în viața sa privată. În legătură cu drepturile pacienților, dreptul la viața privată a fost utilizat pentru a proteja integritatea corporală a individului, confidențialitatea informațiilor medicale ale pacientului și pentru a împiedica statul să intervină ilegal în probleme ce trebuie rezolvate între pacient și medicul său (de ex. pentru a întrerupe sarcina). CtEDO a susținut că trupul unei persoane reprezintă aspectul cel mai intim al vieții private⁴¹⁰ și a utilizat dreptul la viața privată pentru a proteja individul de tratamente sau examinări medicale realizate fără consimțământ informat.⁴¹¹ CtEDO recunoaște faptul că administrarea medicamentelor împotriva voinței pacientului constituie o ingerință în dreptul individului la respectul pentru viața privată.⁴¹²

Cu privire la informațiile medicale ale pacientului, CtEDO a constatat că „protecția datelor personale, nu în ultimul rând a datelor medicale, are o importanță fundamentală pentru dreptul unei persoane la respectul pentru viața privată și de familie”. Mai mult, este „crucială (...) pentru păstrarea încrederii sale în profesia medicală și în serviciile de sănătate în general”.⁴¹³ Neprotejarea confidențialității informațiilor medicale ale pacientului îi poate descuraja pe cei care au nevoie de asistență medicală să dezvăluie informații personale și intime care pot fi necesare tratamentului corespunzător și chiar să solicite asistență medicală, punând astfel în pericol sănătatea lor și/sau a altora.⁴¹⁴

În general, orice ingerință în dreptul unui individ la respectul pentru viața sa privată nu va reprezenta o încălcare, dacă această ingerință este:

-
407. Comisia Europeană. Comunicare a Comisiei către Parlamentul European și Consiliu: Privind eliminarea mutilării genitale a femeilor. 25 noiembrie 2013.
408. Consiliul UE. Concluzia Consiliului privind combaterea violenței împotriva femeilor și furnizarea de servicii de suport pentru victimele violenței domestice. 6 decembrie 2012. para. 1.
409. CtEDO. P și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.
410. CtEDO. Y.F. v. Turcia. Cererea nr. 24209/94. 22 octombrie 2003.
411. CtEDO. Glass v. Marea Britanie. Cererea nr. 61827/00. 9 martie 2004. (Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată în administrarea de diamorfină unui fiu împotriva voinței mamei sale și a unui ordin DNR (a nu se resuscita) plasat în evidențele sale fără cunoștința mamei sale).
412. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005; CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; vedeți și CtEDO. Glass v. Marea Britanie. Cererea nr. 61827/00. 9 martie 2004.
413. CtEDO. M.S. v. Suedia. Cererea nr. 20837/92. 27 august 1997; CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.
414. CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.

- Conformă cu legea;
- A urmărit un scop sau scopuri legitim(e), în conformitate cu Articolul 8(2) din CEDO (securitatea națională, siguranța publică sau bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și libertăților altora); și
- Este necesară într-o societate democratică și proporțională cu scopul legitim urmărit.⁴¹⁵

Cu privire la condiția de a fi „necesară într-o societate democratică”, CtEDO a declarat că ingerința va fi evaluată de la caz la caz, luând în considerare „cazul ca întreg și având în vedere marja de apreciere de care beneficiază Statul în aceste probleme.”⁴¹⁶

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

• Art. 8:

- (1) Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
- (2) Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.

► Recomandarea CE Nr. R (2004) 10⁴¹⁷

- **Art. 13(1):** Toate datele personale privind o persoană cu tulburări mintale vor fi considerate confidențiale. Aceste date pot fi colectate, procesate și comunicate numai în conformitate cu regulile privind confidențialitatea profesională și colectarea datelor personale.

► Convenția pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal⁴¹⁸

- **Articolul 5 – Calitatea datelor:** Datele cu caracter personal care fac obiectul unei prelucrări automatizate trebuie să fie: obținute și prelucrate în mod corect și legal; înregistrate în scopuri determinate și legitime și nu sunt utilizate în mod incompatibil cu aceste scopuri; adecvate, pertinente și neexcesive în raport cu scopurile pentru care sunt înregistrate; exacte și, dacă este necesar, actualizate; păstrate într-o formă care să permită identificarea persoanelor în cauză pe o durată ce nu o depășește pe cea necesară scopurilor pentru care ele sunt înregistrate.
- **Articolul 6 – Categoriile speciale de date:** Datele cu caracter personal privind originea rasială, opiniile politice, convingerile religioase sau de altă natură, precum și datele cu caracter personal privind sănătatea sau viața sexuală nu vor putea fi prelucrate în mod automat, cu excepția cazului în care normele de drept intern prevăd garanții adecvate. Această condiție este valabilă și în cazul datelor cu caracter personal privind condamnările penale.
- **Articolul 8 – Garanții suplimentare pentru persoanele vizate:** Orice persoană trebuie: a) să aibă cunoștință de existența unui fișier automatizat de date cu caracter personal, de scopurile sale principale, precum și de identitatea și de locul de reședință obișnuit sau de sediul principal de care aparține proprietarul fișierului; b) să obțină la intervale rezonabile și fără întârziere sau cu cheltuieli excesive confirmarea existenței sau inexistenței în fișierul automatizat de date cu caracter personal care o privesc, precum și comunicarea acestor date sub o formă inteligibilă;

415. CtEDO. L.L. v Franța. Cererea nr. 7508/02. 10 octombrie 2006; CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012.

416. CtEDO. L.L. v Franța. Cererea nr. 7508/02. 10 octombrie 2006.

417. CoE. Recomandarea Rec nr. R (2004) 10. 22 septembrie 2002.

418. CoE. Convenția pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal. 28 ianuarie 1981.

c) să obțină, dacă este cazul, modificarea acestor date sau ștergerea lor, dacă acestea au fost prelucrate fără a se respecta dispozițiile din dreptul intern care aplică principiile de bază enunțate la art. 5 și 6; d) să dispună de o cale de atac, dacă nu s-a dat curs la o cerere de confirmare, sau, dacă este cazul, de comunicare, de modificare ori de ștergere, prevăzute la lit. b) și c).

► **Declarația privind Promovarea Drepturilor Pacienților în Europa**⁴¹⁹

1.4 Fiecare are dreptul la respect pentru propria sa confidențialitate.

4.1 Toate informațiile despre starea de sănătate a pacientului, despre afecțiunea medicală, diagnostic, prognostic și tratament și toate informațiile cu caracter personal trebuie păstrate confidențial, chiar și după moarte.

4.6 Nu poate exista intruziune în viața privată și viața de familie a pacientului, decât, și numai dacă, pe lângă consimțământul pacientului, poate fi justificată ca necesară diagnosticării, tratamentului și îngrijirii pacientului.

4.8 Pacienții internați în instituțiile de sănătate au dreptul să se aștepte la facilități fizice care asigură intimitatea.

► **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁴²⁰

- **Art. 6 (Dreptul la Intimitate și Confidențialitate):** Fiecare individ are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, inclusiv informațiile privind starea sa de sănătate și diagnosticul potențial sau procedurile terapeutice, ca și protecția intimității sale în timpul examenelor de diagnostic, consultațiilor specialiștilor și tratamentelor medicale/chirurgicale în general.

► **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina**⁴²¹

- **Art. 10(1):** Fiecare persoană are dreptul la respect pentru viața privată în raport cu informațiile privind sănătatea sa.

Dreptul la viață privată în contextul sănătății mintale

CtEDO nu condamnă automat ingerința în viața privată a pacientului bolnav mintal, dar condamnă orice încălcare a vieții private care nu este conformă cu legislația în vigoare. Plasarea unui pacient bolnav mintal în tutelă trebuie să se facă „în conformitate cu legea și pe baza unui scop legitim”.⁴²² În cazurile în care un individ este privat de capacitate juridică, acesta are dreptul la o revizuire periodică a stării sale.⁴²³ Mai mult, cu privire la persoanele care necesită tratament psihiatric, Statul trebuie să asigure dreptul la integritate fizică al cetățenilor săi, conform Articolului 8 din CEDO.

În luarea deciziei de a interveni în ceea ce privește dreptul la viața privată al pacientului cu tulburări de sănătate mintală, autoritățile trebuie să „găsească un echilibru între interesele persoanei cu tulburări mintale și alte interese legitime implicate”.⁴²⁴ Cu toate acestea, la determinarea stării de sănătate mintală a unei persoane, autoritățile beneficiază de o marjă largă de apreciere,⁴²⁵ ce va fi evaluată pe baza „gradului de intervenție” în viața pacientului și „calitatea procesului de luare a deciziei”.⁴²⁶ În cazul în care intervenția în

419. WHO. Declarația privind Promovarea Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

420. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

421. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina. 4 aprilie 1997.

422. CtEDO. A.G. v. Elveția. Cererea nr. 28605/95. 9 aprilie 1997.

423. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013; vedeți și CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

424. CtEDO. Shtukaturv v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008. para. 87

425. CtEDO. Shtukaturv v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

426. CtEDO. Shtukaturv v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

viața privată a individului este disproporționată față de scopurile legitime ale guvernului,⁴²⁷ sau dacă procesul de luare a deciziei angajat de către stat este defectuos⁴²⁸ (inclusiv eșecul statului de a revizui periodic starea individului)⁴²⁹, Curtea cel mai probabil va găsi o încălcare a Articolului 8.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚA PRIVATĂ

Lashin v. Rusia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată în care reclamantul, o persoană suferind de schizofrenie, a fost internat de către instanțele interne într-un spital psihiatric, împotriva voinței sale și fără posibilitate de recurs, ceea ce l-a împiedicat să se căsătorească.⁴³⁰

Salontaji-Drobnjak v. Serbia (CtEDO) (2010). Reclamantul a fost diagnosticat cu „paranoia litigioasă” și a fost plasat sub tutelă. Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată, ca urmare a limitării grave a capacității legale a reclamantului (nu putea lua parte independent la acțiuni în justiție, nu putea solicita pensie de invaliditate, sau decide cu privire la propriul tratament medical) și deoarece procedura aplicată de instanțele interne pentru privarea solicitantului de capacitatea legală fusese „defectuoasă fundamental”, și mai mult, instanțele interne nu au reevaluat corespunzător capacitatea legală a solicitantului.⁴³¹

Shtukurov v. Rusia (CtEDO) (2008). Curtea a constatat că decizia instanței interne de a-l spitaliza pe reclamant pe baza unui raport medical ce nu a analizat suficient gradul de incapacitate a reclamantului constituie o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a determinat că intervenția în viața privată a solicitantului a fost disproporționată față de scopul legitim al Statului.⁴³²

Dreptul la viață privată în contextul bolilor contagioase

CtEDO consideră că divulgarea neautorizată a datelor confidențiale privind sănătatea poate fi în detrimentul vieții private și de familie a individului, ca și a vieții sale sociale și profesionale, și l-ar putea pune în pericol de a fi ostracizat.⁴³³ Divulgarea informațiilor medicale poate fi deosebit de dăunătoare persoanelor care trăiesc cu HIV sau alte boli contagioase. Prin urmare, este necesar să existe garanții suficiente în dreptul intern. În cazurile în care sunt implicați indivizi care trăiesc cu HIV, CtEDO a stabilit, de asemenea, că Statul deține obligația pozitivă de a apăra dreptul la viața privată și împotriva altor persoane.⁴³⁴

CAZURI PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚA PRIVATĂ

Biriuk v. Lituania (CtEDO) (2009) și Armoniene v. Lituania (CtEDO) (2009). Curtea a considerat că eșecul Statului de a proteja dreptul la viața privată al reclamantilor împotriva ziarului care a publicat statutul HIV al acestora pe prima pagină a reprezentat o încălcare a dreptului la viața privată.⁴³⁵

Colak și Tsakiridis v. Germania (CtEDO) (2009). Curtea a afirmat că verdictul instanței interne conform căruia eșecul medicului de a divulga statutul HIV al unui pacient partenerului sexual al pacientului (reclamantul) nu

427. CtEDO. Shtukurov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

428. CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

429. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013; vedeți CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

430. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

431. CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

432. CtEDO. Shtukurov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

433. CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.

434. CtEDO. Biriuk v. Lituania. Cererea nr. 23373/03. 25 februarie 2009, par. 35; CtEDO. Armoniene v. Lituania. Cererea nr. 36919/02. 25 februarie 2009, para. 36.

435. CtEDO. Biriuk v. Lituania. Cererea nr. 23373/03. 25 februarie 2009; CtEDO. Armoniene v. Lituania. Cererea nr. 36919/02. 25 februarie 2009.

a reprezentat „eroare gravă de tratament” – necesară pentru a găsi medicul răspunzător de malpraxis – și că medicul nu a încălcat standardele medicale, ci a supraestimat datorită sa de confidențialitate față de pacient. Curtea a considerat că nu a existat o încălcare a dreptului la viață privată.⁴³⁶

Mitkus v. Letonia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că divulgarea statutului HIV, într-un ziar de circulație în închisoare, al reclamantului-deținut a constituit o încălcare a dreptului la viață privată – a condus la ostracizarea reclamantului de către alți deținuți.⁴³⁷

Dreptul la viață privată în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la viață privată a avut un rol important în promovarea sănătății sexuale și reproductive în jurisprudența CtEDO. În timp ce dreptul la viață privată este adesea văzut ca implicând obligații negative ale Statului, CtEDO a subliniat clar obligațiile pozitive care reies din impunerea respectului față de viața privată și de familie a individului – în special în cazurile în care indivizii solicită acces la informații privind riscurile pentru sănătate (cum ar fi testarea genetică⁴³⁸ și sănătatea fătului⁴³⁹) sau solicită acces la fișele lor medicale.⁴⁴⁰ De fapt, Statele au o obligație pozitivă conform Articolului 8 de a asigura accesul indivizilor la fișele medicale proprii.⁴⁴¹ CtEDO a considerat, într-un context specific statului pârât, că organizațiile nu pot fi împiedicate să furnizeze informații despre dreptul la avort prevăzut de legea internă și serviciile legate de avort disponibile internațional.⁴⁴²

Mai mult, Curtea a interpretat acest drept ca incluzând dreptul la autonomie și dezvoltare personală, cuprinzând aspecte privind identificarea de gen, orientarea sexuală, viața sexuală, integritatea fizică și mintală a persoanei și deciziile privind eventualitatea de a deveni părinte.⁴⁴³

În contextul avortului, CtEDO nu a interpretat Articolul 8 ca acordând dreptul la avort;⁴⁴⁴ cu toate acestea, a recunoscut faptul că Statele care permit realizarea avortului sunt responsabile de furnizarea cadrului legal pentru determinarea dreptului la avort legal și proceduri pentru rezolvarea disputelor între femeile care solicită servicii de avort și medici.⁴⁴⁵ CtEDO a abordat de asemenea posibilele „descurajări” pe care legea penală internă le poate genera în privința abilității individului de a accesa servicii de sănătate reproductivă,⁴⁴⁶ constatând că legislațiile penale care împiedică furnizorii medicali să ofere servicii legale de avort, sau care împiedică pacienții să solicite aceste servicii de teama responsabilității penale, pot încălca Articolul 8.

CtEDO a considerat de asemenea că alegerea de a deveni părinte este inclusă în Articolul 8 (atât pentru femei, cât și pentru bărbați).⁴⁴⁷ Procedurile medicale care limitează abilitatea unei persoane de a concepe și de a purta o sarcină pot fi contrare dreptului la viață privată, incluzând aici sterilizarea forțată⁴⁴⁸ și erorile medicale grave ce privesc capacitatea reproductivă.⁴⁴⁹ Curtea a constatat o încălcare a Articolului 8 în cazul unui deținut căruia i-a fost refuzat accesul la servicii de inseminare artificială, Curtea considerând

436. CtEDO. Colak și Tsakiridis v. Germania. Cererea nr. 77144/01 și 35493/05. 5 iunie 2009.

437. CtEDO. Mitkus v. Letonia. Cererea nr. 7259/03. 2 ianuarie 2013.

438. CtEDO. Tysiach v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

439. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012; vedeți CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

440. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009.

441. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009.

442. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

443. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010. par. 212.

444. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

445. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

446. CtEDO. Ternovsky v. Ungaria. Cererea nr. 67545/09. 14 decembrie 2010; vedeți CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

447. CtEDO. Evans v. Marea Britanie. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

448. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009; CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012; CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 15966/04. 13 noiembrie 2012.

449. CtEDO. Csoma v. România. Cererea nr. 8759/05. 15 ianuarie 2013.

că soția sa s-ar confrunta cu dificultăți în concepere după eliberarea sa, din cauza vârstei și a perioadei de timp în care acesta se anticipa că va rămâne în detenție.⁴⁵⁰

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

A, B și C v. Irlanda (CtEDO) (2010). Interpretând Articolul 8 pentru a include obligația pozitivă a statului de a furniza procedurile necesare determinării dreptului la avort legal, Curtea a constatat că eșecul Irlandei de a furniza aceste garanții constituie o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a reținut și incertitudinea ce înconjură procedura de a stabili dacă sarcina unei femei pune în pericol viața acesteia și că amenințarea reprezentată de urmărirea penală a avut efectul unei „stări de descurajare semnificative” atât asupra medicilor, cât și a femeii implicate.⁴⁵¹

Costa și Pavan v. Italia (CtEDO) (2012). Un cuplu, purtători sănătoși de fibroză chistică, a dorit să evite transmiterea bolii urmașilor cu ajutorul procreării asistate medical și screeningului genetic. Curtea a constatat că neconcordanța din legea italiană care a interzis cuplului accesul la screening de embrioni, dar a autorizat terminarea asistată medical a sarcinii în cazul în care fătul ar fi prezentat simptomele aceleiași boli, reprezintă o încălcare a dreptului la intimitate.⁴⁵²

Ternovsky v. Ungaria (CtEDO) (2011). Curtea a constatat lipsa unei legislații specifice și cuprinzătoare asupra modului în care se penalizează profesioniștii din domeniul sănătății pentru asistarea unei nașteri la domiciliu ca reprezentând o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a considerat că reclamanta nu a avut libertatea de a alege să nască la domiciliu din cauza faptului că amenințarea permanentă cu urmărirea penală a împiedicat profesioniștii din domeniul sănătății să ofere acest serviciu.⁴⁵³

Tysiāc v. Polonia (CtEDO) (2007). Reclamantei i s-a refuzat avortul terapeutic, după ce a fost avertizată că miopia deja gravă de care suferea s-ar putea înrăutăți dacă și-ar duce sarcina la termen. În urma nașterii copilului, aceasta a suferit o hemoragie retiniană, ce a avut ca rezultat invaliditatea sa. Curtea a constatat că refuzul accesului la un mecanism eficient, care ar fi determinat eligibilitatea acesteia pentru avort legal, a reprezentat o încălcare a dreptului acesteia la viața privată.⁴⁵⁴

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). În cazul unei femei de etnie romă care a fost sterilizată într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia, Curtea a constatat lipsa garanțiilor legale de a proteja sănătatea reproductivă a acesteia ca o încălcare a dreptului la viața privată și de familie.⁴⁵⁵

DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Dreptul de acces la informații garantează accesul individului la informațiile personale ce îl privesc, ca și informațiile medicale privind starea individului, cu excepția cazului în care aceste informații pot dăuna vieții sau sănătății individului. La fel ca în dreptul internațional, dreptul de acces la informații este cuprins în dreptul la libertatea de exprimare. Cu privire la pacienți, dreptul de acces la informații impune guvernului să ia măsurile necesare pentru garantarea accesului la informațiile despre starea de sănătate a pacientului.⁴⁵⁶ CtEDO a interpretat acest drept doar ca interzicând autorităților să restricționeze primirea de către o persoană a informațiilor de la alte persoane și nu ca impunând o obligație pozitivă asupra guvernului de a furniza informațiile.⁴⁵⁷ Cu toate acestea, este de remarcat faptul că CtEDO a interpretat că există o obligație pozitivă

450. CtEDO. Dickson v. Marea Britanie. Cererea nr. 44362/04. 4 decembrie 2007.

451. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

452. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012.

453. CtEDO. Ternovsky v. Ungaria. Cererea nr. 67545/09. 14 martie 2011.

454. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 24 septembrie 2007.

455. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

456. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

457. CtEDO. Guerra v. Italia. Cererea nr. 14967/89. 19 februarie 1998.

a statului de a furniza informații conform Articolului 8 (dreptul la respect pentru viața de familie și viața privată).⁴⁵⁸

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 8(1):** Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
- **Art. 10(1):** Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontiere.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁴⁵⁹

2.2 Pacienții au dreptul de a fi complet informați asupra stării lor de sănătate, inclusiv să primească informații medicale despre afecțiunea lor; despre procedurile medicale propuse, despre riscurile potențiale și beneficiile fiecărei proceduri; despre alternative la procedurile propuse, inclusiv efectul non-tratamentului; și despre diagnostic, prognostic și progresul tratamentului.

2.5 Pacienții au dreptul ca, la cererea lor expresă, să nu fie informați.

2.6 Pacienții au dreptul să aleagă cine, dacă există cineva, să fie informat în locul lor.

▶ Carta Europeană a Drepturilor Pacienților⁴⁶⁰

- **Art. 3 (Dreptul la informare):** Fiecare individ are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea lui de sănătate, la serviciile de sănătate și cum să le folosească, precum și tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică.

▶ Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină⁴⁶¹

● Art. 10:

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții private în ce privește informațiile referitoare la sănătatea sa.
2. Orice persoană are dreptul să cunoască orice informație obținută cu privire la sănătatea sa. Cu toate acestea, vor fi respectate dorințele persoanelor de a nu fi informate în legătură cu aceasta.
3. În cazuri excepționale, pot fi stabilite, prin lege, restricții privind exercitarea drepturilor prevăzute la paragraful 2, în interesul pacientului.

▶ Recomandarea Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală⁴⁶²

6. Informațiile despre serviciile medicale și mecanismele procesului de luare a deciziilor trebuie difuzate la scară largă pentru a facilita participarea. Acestea trebuie să fie ușor accesibile, oportune, ușor de înțeles și relevante.
7. Guvernele trebuie să-și îmbunătățească și să-și consolideze comunicarea, iar strategiile de informare trebuie adaptate la grupa de populație căreia i se adresează.

458. CtEDO. *Tysiāc v. Polonia*. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

459. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

460. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

461. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină. 4 aprilie 1997.

462. CoE. Recomandarea Rec nr. R (2000) 5. 30 aprilie 2002.

8. Campaniile regulate de informare și alte metode, cum ar fi informarea prin linii de asistență telefonică, trebuie utilizate pentru a spori gradul de conștientizare a publicului cu privire la drepturile pacienților. Sisteme corespunzătoare de referință trebuie puse în aplicare pentru pacienții care doresc informații suplimentare (cu privire la drepturile lor și mecanismele existente de aplicare a acestor drepturi).

Dreptul de acces la informații în contextul sănătății mintale

Conform acestui drept, furnizorii de servicii medicale au obligația de a furniza pacienților cu probleme de sănătate mintală informații exacte despre datele lor medicale și/sau tratamentul pe care îl primesc. Prin urmare, tratamentul continuu fără evaluare periodică subminează dreptul de acces la informații, deoarece pacientul nu are acces la informații exacte despre starea sa de sănătate mintală, creându-i dificultăți în contestarea tratamentului.⁴⁶³ Într-adevăr, CtEDO a constatat că refuzul accesului la informații poate încălca Articolul 10 din CEDO, chiar dacă negarea accesului la informații este justificată de stat din motive terapeutice.⁴⁶⁴

Este de remarcat faptul că dreptul de acces la informații este strâns legat de conceptul consimțământului, iar CtEDO a considerat că, deși o persoană este diagnosticată cu o problemă de sănătate mintală, pacientul are întotdeauna dreptul la accesarea evidențelor sale medicale.⁴⁶⁵

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Herczegfalvy v. Austria (CtEDO) (1992). Reclamantul care a fost diagnosticat cu o problemă de sănătate mintală a fost reținut într-un spital psihiatric. Spitalul a limitat accesul reclamantului la „materiale de citit, radio și televiziune”, ceea ce CtEDO a concluzionat că a reprezentat o încălcare a Articolului 10 din CEDO.⁴⁶⁶

Dreptul de acces la informații în contextul sănătății sexuale și reproductive

Conform dreptului de acces la informații, statele dețin obligația pozitivă de a furniza informații exacte privind legislația sănătății reproductive și disponibilitatea serviciilor de avort.⁴⁶⁷ CtEDO a interpretat Articolul 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie) din CEDO ca incluzând obligația guvernului de a permite accesul la informații privind riscurile față de sănătatea femeii însărcinate⁴⁶⁸ și sănătatea fătului⁴⁶⁹, precum și obligația de a furniza minorilor acces la informații privind serviciile de avort⁴⁷⁰. Acest drept include informații necesare pentru a stabili legalitatea accesului unei femei la servicii de avort terapeutic.⁴⁷¹ În plus, dreptul de acces la informații necesită consimțământul individului, important în domeniul sănătății sexuale și reproductive. De exemplu, CtEDO a considerat că sterilizarea fără consimțământ este inacceptabilă și consimțământul complet și informat este obligatoriu conform Articolului 8.⁴⁷²

463. CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 septembrie 2010.

464. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

465. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

466. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

467. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

468. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

469. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012; vedeți CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

470. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

471. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

472. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

Mai mult, eforturile unui stat de a preveni organizațiile să distribuie informații privind serviciile de avort constituie o încălcare a dreptului la acces la informații.⁴⁷³ Curtea a constatat că aceste restricții au încălcat atât dreptul organizației de a distribui informații cât și dreptul indivizilor de a primi aceste informații, ambele protejate de Articolul 10.⁴⁷⁴

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

K.H. și Alții v. Slovacia (CtEDO) (2009). Opt femei de origine romă nu au mai putut concepe copii după ce au fost tratate în secții de ginecologie din două spitale publice diferite și au suspectat că au fost sterilizate în timpul șederii în aceste spitale. Acestea s-au plâns de faptul că nu au putut obține fotocopii ale fișelor lor medicale. Curtea a concluzionat că doar furnizarea accesului la vizionarea fișelor, fără furnizarea de fotocopii ale fișelor medicale ale reclamantelor, constituie o încălcare a Articolului 8.⁴⁷⁵

Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda (CtEDO) (1992). Reclamantele au fost două companii irlandeze care s-au plâns de faptul că au fost împiedicate, prin intermediul unui ordin judecătoresc, să furnizeze femeilor însărcinate informații privind serviciile de avort disponibile în străinătate. Curtea a constatat că restricția impusă companiilor reclamante a creat un risc pentru sănătatea femeilor care nu dețineau resursele sau educația pentru a solicita și utiliza mijloace alternative pentru obținerea informațiilor despre avort. În plus, dat fiind faptul că aceste informații erau disponibile în altă parte și că femeile din Irlanda ar fi putut, în principiu, să călătorească în Marea Britanie pentru a obține servicii de avort, restricția a fost în mare parte ineficientă. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 10.⁴⁷⁶

R.R. v. Polonia (CtEDO) (2011). O mamă a doi copii era însărcinată cu un copil considerat a suferi de o anomalie genetică gravă și i s-a refuzat deliberat accesul la timp la testele genetice pe care avea dreptul să le facă, de către medici care se opuneau avortului. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 8, deoarece legea poloneză nu includea niciun mecanism eficient ce ar fi permis solicitantei accesul la serviciile de diagnostic disponibile și de a lua, în lumina rezultatelor acestora, o decizie informată cu privire la solicitarea unui avort.⁴⁷⁷

DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

Dreptul la integritate corporală garantează libertatea individului împotriva vătămării corporale sau oricărui tip de intervenție. Majoritatea cazurilor privind încălcarea integrității fizice sau corporale în unitățile de asistență medicală au fost analizate conform drepturilor înrudite ce includ dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3), dreptul la viața privată (CEDO, Art. 8) și dreptul la cele mai înalte standarde de sănătate posibile (CSE, Art. 11). Curtea a judecat cazuri implicând administrarea forțată de medicamente (inclusiv injecții), hrănire forțată și sterilizări fără consimțământ, din perspectiva dreptului la viața privată (CEDO, Art.8)⁴⁷⁸ și dreptului de a nu fi supus torturii sau tratamentelor inumane ori degradante (CEDO, Art. 3)⁴⁷⁹.

473. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

474. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

475. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 6 noiembrie 2009.

476. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererile nr. 14234/88; 14235/88. 29. 29 octombrie 1992.

477. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 28 noiembrie 2011.

478. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 iunie 2005; X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; V.C. v. Slovacia. Cererea Nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011.

479. CtEDO. Ciorap v. Moldova. Cererea nr. 12066/02. 19 iunie 2007; V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011. Gorobet v. Moldova. Cererea nr. 30951/01. 11 octombrie 2011.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.
- **Art. 5(1):** Orice persoană are dreptul la libertate și la siguranță. Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale: ... (e) dacă este vorba despre detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond;
- **Art. 8:**
 - (1) Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
 - (2) Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.

▶ Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene ⁴⁸⁰

- **Art. 3(1) (Dreptul la integritatea persoanei):** Orice persoană are dreptul la integritate fizică și psihică.

▶ Recomandarea CE Nr. R (2004) 10 ⁴⁸¹

- **Art. 18 (Criteriile pentru Tratament Involuntar):** O persoană poate fi supusă tratamentului involuntar doar dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:
 - I. Persoana suferă de o tulburare mintală;
 - II. Starea persoanei reprezintă un risc important de vătămare gravă a sănătății sale sau a altor persoane;
 - III. Nu sunt disponibile măsuri mai puțin intruzive de furnizare a asistenței corespunzătoare;
 - IV. Opinia persoanei implicate a fost luată în considerare.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa ⁴⁸²

- 1.1 Fiecare are dreptul la respect al persoanei sale ca ființă umană.
- 1.3 Fiecare are dreptul la integritate fizică și mentală și la securitatea propriei sale persoane.
- 3.1 Acordul informat al pacientului este un imperativ pentru orice intervenție medicală.
- 3.2 Un pacient are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală.
- 3.5 Atunci când se cere consimțământul reprezentantului legal, pacienții (fie ei minori sau adulți) trebuie oricum să fie implicați în procesul de luare a deciziei, atât cât permite capacitatea lor de înțelegere.
- 3.9 Consimțământul informat al pacientului este necesar pentru participarea la procesul de învățământ medical clinic.
- 3.10 Consimțământul informat al pacientului este imperativ pentru participarea sa la cercetarea științifică.
- 5.10 Pacienții au dreptul de a-și ușura suferințele în conformitate cu starea actuală a cunoștințelor.

480. Monitorul Oficial al Comunităților Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

481. CoE. Recomandarea Nr. R (2004) 10. 22 septembrie 2002.

482. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

- 5.11 Pacienții au dreptul la îngrijiri terminale umane, pentru a putea muri cu demnitate.
- ▶ **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁴⁸³
 - **Art. 4 (Dreptul la Consimțământ):** Fiecare individ are dreptul la toate informațiile care îi pot permite să participe activ în luarea deciziilor referitoare la sănătatea proprie; această informare este o condiție prealabilă oricărei proceduri sau tratament, inclusiv participarea la o cercetare științifică.
 - **Art. 5 (Dreptul la Liberă Alegere):** Fiecare individ are dreptul la liberă alegere între diferite proceduri de tratament și furnizori, pe baza informării adecvate.
 - **Art. 11 (Dreptul de a Evita Suferința și Durerea Inutilă):** Fiecare individ are dreptul de a evita atât cât se poate suferința și durerea, în fiecare stadiu al bolii sale.
- ▶ **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina**⁴⁸⁴
 - **Art. 5:** O intervenție în domeniul sănătății poate fi făcută numai după ce persoana respectivă și-a dat consimțământul în mod liber și în cunoștință de cauză.

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății mintale

CtEDO a recunoscut necesitatea protejării integrității fizice și psihice a pacienților cu probleme de sănătate mintală. Problemele privind dreptul unui pacient cu probleme de sănătate mintală la integritate corporală sunt adesea ridicate și tratate în conjuncție cu dreptul la libertatea și siguranța persoanei și libertatea împotriva torturii. De exemplu, în *Stork v. Germania*, Curtea a analizat tratamentul forțat al pacientului din prisma dreptului la libertatea și siguranța persoanei, recunoscând obligația Statului de a proteja integritatea fizică a individului și subliniind necesitatea ca instituțiile de psihiatrie să evalueze regulat dacă subzistă temeiul tratamentului administrat pacienților lor.⁴⁸⁵

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

M.S. v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). Acest caz a implicat detenția unui bărbat suferind de o boală psihică în custodia poliției timp de peste trei zile. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 3, considerând că, deși nu a existat neglijență intenționată din partea poliției, detenția prelungită a reclamantului fără tratament psihiatric corespunzător a afectat demnitatea sa umană.⁴⁸⁶

Shopov v. Bulgaria (CtEDO)(2010). Curtea a constatat că guvernul a încălcat Articolul 5(1) în cazul reclamantului forțat să se supună unui tratament psihiatric timp de peste cinci ani, prin depășirea de către procuror și poliție a limitelor unei decizii judecătorești naționale, care dispunea tratamentul într-o clinică ambulatorie și nu într-un spital psihiatric.⁴⁸⁷

Storck v. Germania (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că reținerea pacientului bolnav psihic într-un spital psihiatric și tratamentul forțat au încălcat Articolul 5(1), deoarece reținerea nu fusese dispusă de instanță. Curtea a subliniat responsabilitatea Statului de a proteja persoanele vulnerabile (cum ar fi pacienții

483. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

484. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina. 4 aprilie 1997.

485. CtEDO. *Storck v. Germania*. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

486. CtEDO. *M.S. v. Marea Britanie*. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

487. CtEDO. *Shopov v. Bulgaria*. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010.

cu probleme de sănătate mintală) și a concluzionat că măsurile retrospective de protecție a acestor indivizi împotriva privării ilegale de libertate au fost insuficiente.⁴⁸⁸

X. v. Finlanda (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că internarea și tratamentul forțat al unui pediatru într-un spital de boli psihice nu au îndeplinit garanțiile corespunzătoare împotriva arbitrarului și, prin urmare, au reprezentat o încălcare a Articolului 5.⁴⁸⁹

Dreptul la integritate corporală în contextul bolilor contagioase

Dreptul la integritate corporală devine relevant în special în cazurile în care indivizii cu boli contagioase sunt supuși măsurilor coercitive, precum carantina și tratamentul forțat. CtEDO a stabilit că, în conformitate cu Articolul 5 din CEDO, criteriile esențiale pentru determinarea legalității privării de libertate a unei persoane „pentru prevenirea răspândirii bolilor contagioase” sunt:

- Răspândirea bolii contagioase reprezintă un pericol față de sănătatea și siguranța publică;
- Este modul cel mai puțin restrictiv de prevenire a răspândirii bolii pentru protejarea interesului public; și
- Atât pericolul răspândirii bolii contagioase, cât și caracterul de măsură cel mai puțin restrictivă al detenției trebuie să persiste pe toată durata detenției.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

Enhorn v. Suedia (CtEDO) (2005). Curtea a constatat o încălcare a Articolului 5(1)(e) în cazul unei persoane care trăiește cu HIV plasată nenvoluntar într-un spital timp de aproape un an și jumătate după ce a transmis virusul unui alt bărbat în urma unui raport sexual. Curtea a concluzionat că izolarea obligatorie nu a fost cea mai puțin restrictivă măsură disponibilă pentru a-l împiedica să răspândească virusul HIV, și, prin urmare, autoritățile nu au găsit un echilibru între necesitatea asigurării faptului că virusul HIV nu era răspândit și dreptul reclamantului la libertate.⁴⁹⁰

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la integritate corporală garantează dreptul persoanei de a controla propriul corp și sănătatea sa și este relevant în ceea ce privește aspectele privind sănătatea sexuală și reproductivă, cum ar fi sterilizarea forțată, mutilarea genitală și avortul. Comisia Europeană a UE s-a angajat să pună capăt violenței împotriva femeilor și mutilării genitale a femeilor (MGF), recunoscând-o ca pe o încălcare a drepturilor omului în cazul femeilor și a Convenției Internaționale cu privire la Drepturile Copilului (CDC).⁴⁹¹ Consiliul UE a declarat: „[MGF] constituie o încălcare a dreptului fundamental la viață, libertate, siguranță, demnitate, egalitate între femei și bărbați, nediscriminare și *integritate fizică și psihică*.” (subliniere adăugată).⁴⁹²

În timp ce aceste aspecte sexuale și reproductive implică direct dreptul la integritate corporală, ele au fost abordate de către CtEDO fie în lumina dreptului la viața privată (CEDO, Art. 8), fie în cea a dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3).

488. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

489. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012.

490. CtEDO. Enhorn v. Suedia. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005.

491. Comisia Europeană. Comunicare a Comisiei către Parlamentul European și Consiliu: Privind eliminarea mutilării genitale a femeilor. 25 noiembrie 2013.

492. Consiliul UE. Concluzia Consiliului privind combaterea violenței împotriva femeilor și furnizarea de servicii de suport pentru victimele violenței domestice. 6 decembrie 2012. para. 1.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că sterilizarea a două femei de etnie romă fără consimțământul complet și informat al acestora a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a considerat de asemenea că eșecul guvernului de a efectua o investigație oficială eficientă în ceea ce privește sterilizările a reprezentat o încălcare procedurală a Articolului 3.⁴⁹³

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că sterilizarea unei femei într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a constatat că reclamanta a trăit sentimente de frică, angoasă și sentimente de inferioritate ca rezultat al sterilizării sale. Deși nu a existat nicio dovadă că personalul medical implicat a intenționat să o maltrateze, aceștia acționaseră cu ignorarea gravă a dreptului reclamantei la autonomie și alegere în calitate de pacient.⁴⁹⁴

DREPTUL LA VIAȚĂ

Deoarece dreptul la viață are legătură cu drepturile pacienților, CtEDO a recunoscut obligații pozitive, în plus față de obligația Statului de a se abține de la a lua intenționat și ilegal viața unui individ.⁴⁹⁵ CtEDO a clarificat faptul că Articolul 2 din CEDO impune ca statul să ia măsurile necesare pentru a proteja viețile celor care locuiesc în jurisdicția sa, ceea ce include obligațiile de a stabili un sistem judiciar eficient și de a investiga decesele, altele decât cele rezultate din cauze naturale.⁴⁹⁶ În mod specific, în cazurile deceselor survenite în timpul asistenței medicale, este necesară crearea unor reglementări care să oblige spitalele publice și private: 1) să adopte măsuri pentru protejarea vieții pacienților, și 2) să se asigure că, în cazul profesiei medicale, cauza decesului poate fi determinată printr-un „sistem judiciar independent și eficient” astfel încât persoanele responsabile să poată fi trase la răspundere. Procedurile de drept civil pot fi suficiente în caz de neglijență medicală, cât timp pot stabili răspunderea și pot oferi un remediu corespunzător, cum ar fi despăgubirile.⁴⁹⁷ În plus, statul este obligat să reglementeze și să monitorizeze instituțiile private de asistență medicală.

În ceea ce privește plângerile în legătură cu neglijența medicală, CtEDO a considerat că în cazul în care statul „a luat măsurile corespunzătoare pentru asigurarea unor standarde profesionale înalte printre profesioniștii în domeniul sănătății și protejarea vieților pacienților [Curtea] nu poate accepta ca aspecte precum eroarea de judecată din partea unui profesionist în domeniul sănătății sau coordonarea neglijență a profesioniștilor în domeniul sănătății în timpul tratamentului unui anumit pacient, să fie suficiente prin ele însele pentru a trage la răspundere un stat semnatar din punctul de vedere al obligațiilor sale pozitive de a proteja viața, conform Articolului 2 din Convenție.”⁴⁹⁸ Mai mult, date fiind problemele recunoscute ce reies din alocarea resurselor limitate pentru asistența medicală și reticența generală a CtEDO de a sancționa statele pentru impactul deciziilor lor economice, se va constata, cel mai probabil, o încălcare a dreptului la viață pentru refuzul asistenței medicale doar în cazuri excepționale.⁴⁹⁹ Cu toate acestea, CtEDO a considerat că poate apărea o

493. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. April 29, 2013; vedeți CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

494. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

495. CtEDO. Powell v. Marea Britanie. Cererea Nr. 45305/99. 4 mai 2000. (plângerea unor părinți conform căreia circumstanțele din jurul pretensei falsificări a evidențelor medicale ale fiului lor și eșecul autorităților de a investiga această problemă în mod corespunzător au dus la o încălcare a Articolului 2 (1) a fost declarată inadmisibilă).

496. A se vedea CtEDO. Nitecki v. Polonia. Cererea nr. 65653/01. 21 martie 2002; CtEDO. Erikson v. Italia. Cererea nr. 37900/97. 26 octombrie 1999.

497. CtEDO. Calvelli și Ciglio v. Italia. Cererea nr. 32967/96. 17 ianuarie 2002. (Opiniile separate din hotărâre au fost în favoarea utilizării procedurilor penale. Cu privire la fapte, prin acceptarea reparării prejudiciului în procedură civilă cu privire la decesul copilului lor, reclamantii și-au blocat singuri accesul la cele mai bune mijloace de determinare a responsabilității medicului implicat).

498. CtEDO. Wiater v. Polonia. Cererea nr. 42990/08. 15 mai 2012. par. 34.

499. CtEDO. Nitecki v. Polonia. Cererea nr. 65653/01. 21 martie 2002 (având în vedere că statul furnizase solicitantului tratament și facilități medicale, inclusiv acoperirea unei părți mari din costul medicamentelor necesare, Curtea nu a constatat nicio încălcare a Articolului 2 – autoritățile au plătit 70 la sută din costul medicamentelor de salvare a vieții prescrise solicitantului, cu așteptarea ca cel din urmă să plătească restul); a se vedea CtEDO. Pentiacova v. Moldova. Cererea nr. 14462/03. 4 ianuarie 2005. (hemo-

problemă în legătură cu acest drept „în cazul în care se arată că autoritățile ... au pus în pericol viața unui individ prin refuzul asistenței medicale pe care s-au obligat să o pună la dispoziția populației în general”⁵⁰⁰ — cu alte cuvinte, atunci când există obligații preexistente, acestea trebuie aplicate în mod nediscriminatoriu.

Este de remarcat faptul că CtEDO a lăsat, de asemenea, deschisă posibilitatea ca dreptul la viață să fie aplicabil într-o situație în care trimiterea unei persoane în fază terminală înapoi în țara de origine ar putea să îi scurteze grav viața sau ar putea reprezenta tratament crud și inuman din cauza unităților medicale necorespunzătoare.⁵⁰¹ Mai mult, până în prezent au existat doar câteva decizii de fond privind eutanasia.⁵⁰²

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 2(1):** Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat, decât în executarea unei sentințe capitale pronunțate de un tribunal când infracțiunea este sancționată cu această pedeapsă prin lege.

Dreptul la viață în contextul sănătății mintale

CtEDO a considerat că dreptul la viață poate impune datoria autorităților de a proteja persoanele în custodie, inclusiv cazurile în care riscul derivă din auto-agresiune.⁵⁰³ CtEDO va considera dacă autoritățile cunoșteau sau ar fi trebuit să cunoască faptul că persoana „prezenta un risc real și imediat de suicid și, dacă da, dacă au făcut tot ceea ce ar fi putut face în mod rezonabil pentru a preveni acel risc.”⁵⁰⁴

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Çoşelav v. Turcia (CtEDO) (2013). Un minor deținut într-o închisoare pentru adulți s-a sinucis. Curtea a concluzionat că a existat o încălcare a dreptului la viață, constatând că autoritățile nu numai că au fost indiferente la problemele psihologice grave ale acestuia, dar au fost și responsabile pentru deteriorarea stării sale psihice prin reținerea acestuia într-o închisoare cu deținuți adulți, fără a pune la dispoziție asistență medicală sau de specialitate, toate acestea conducând la suicid.⁵⁰⁵

Reynolds v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). La internarea voluntară, un pacient cu diagnostic de schizofrenie a fost clasificat cu risc scăzut de sinucidere de către instituția psihiatrică. Pacientul spunea că aude voci care îi spun să se sinucidă și ulterior a sărit de la fereastră și a decedat. Curtea a determinat că dreptul la viață a fost încălcat, deoarece nu au fost luate măsurile corespunzătoare pentru protejarea pacientului și deoarece căile interne de atac nu i-au dat posibilitatea reclamantei (mama pacientului) de a solicita daune morale pentru decesul fiului ei.⁵⁰⁶

dializă); CtEDO. Wiater v. Polonia. Cererea nr. 42990/08. 15 mai 2012. (medicație pentru tratarea narcolepsiei); CtEDO. Sentges v. Olanda. Cererea nr. 27677/02. 8 iulie 2003 (braț robotic).

500. CtEDO. Cipru v. Turcia. Cererea nr. 25781/94. 10 mai 2001.

501. CtEDO. D v. Marea Britanie. Cererea nr. 30240/96. 2 mai 1997. (problemele conform Articolului 2 nu au putut fi distinse de cele ridicate conform Articolului 3).

502. Vedeti CtEDO. Koch v. Germania. Cererea nr. 19 iulie 2012; CtEDO. Haas v. Elveția. Cererea nr. 31322/07. 20 ianuarie 2011; CtEDO. Pretty v. Marea Britanie. Cererea nr. 2346/02. 29 aprilie 2002.

503. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

504. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

505. CtEDO. Çoşelav v. Turcia. Cererea nr. 1413/07. 18 martie 2013.

506. CtEDO. Reynolds v. Marea Britanie. Cererea nr. 2694/08. 13 iunie 2012.

Dreptul la viață în contextul bolilor contagioase

CtEDO a abordat dreptul la viață în raport cu bolile contagioase în contextul detenției. Curtea a recunoscut responsabilitatea Statului de a furniza tratament medical corespunzător celor aflați în detenție. Eșecul acestuia în cazurile ce implică decesul deținutului poate avea ca rezultat încălcarea dreptului la viață.⁵⁰⁷ Cu toate acestea, pentru ca obligațiile pozitive corelative ale statului privind furnizarea tratamentului medical să se nască, statul trebuie să aibă cunoștință de necesitățile medicale ale deținutului. Cu toate acestea, acest lucru nu conferă statului dreptul de a ignora afecțiunea deținutului. Pe de altă parte, poate apărea obligația deținutului de a informa statul despre afecțiunea sa pentru a se putea procura tratamentul medical corespunzător.⁵⁰⁸

CAZURI PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Oyal v. Turcia (CtEDO) (2010). Un sugar a fost infectat cu HIV în timpul unei transfuzii de sânge, într-un spital public. Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viață întrucât statul avea la dispoziție remedii necorespunzătoare prevăzute de legislația internă pentru neglijența personalului spitalului, care nu a testat sângele în mod adecvat și nu a verificat donatorii într-un mod eficient.⁵⁰⁹

Salakhov și Islyamova v. Ucraina (CtEDO) (2013). Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viață în cazul unui deținut cu statut HIV pozitiv care nu a primit tratament medical corespunzător, ducând la decesul acestuia.⁵¹⁰

Dreptul la viață în contextul sănătății sexuale și reproductive

CtEDO a lăsat determinarea juridică a momentului în care începe viața, în ce privește embrionii, la latitudinea statelor.⁵¹¹ În plus, deoarece CtEDO nu aplică Articolul 2 din CEDO nenăscuților, problema avortului este astfel abordată conform dreptului la respect pentru viața privată și de familie, în conformitate cu Articolul 8 din CEDO. Curtea nu a interpretat Articolul 8 ca acordând dreptul la avort.⁵¹² Cu toate acestea, Curtea a recunoscut că guvernul este responsabil de furnizarea cadrului legal (inclusiv „procedura[rile] accesibilă[e] și eficientă[e]”) pentru a determina accesul la avort legal, inclusiv procedurile pentru soluționarea litigiilor dintre femeile care solicită servicii de avort și medici.⁵¹³

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Byrzykowski v. Polonia (CtEDO) (2006). Curtea a constatat că investigația tergiversată în cazul decesului unei femei în urma unei operații de cezariană a reprezentat o încălcare a dreptului la viață, considerând că „investigarea promptă a cazurilor privind decesul în unități spitalicești” este necesară conform aspectului procedural al acestui drept, deoarece aceste informații pot fi difuzate personalului medical al instituției „pentru a preveni repetarea erorilor similare și contribuind astfel la siguranța utilizatorilor tuturor serviciilor medicale”.⁵¹⁴

507. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

508. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

509. CtEDO. Oyal v. Turcia. Cererea nr. 4864/05. 23 iunie 2010.

510. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

511. CtEDO. Evans v. Marea Britanie. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

512. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

513. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

514. CtEDO. Byrzykowski v. Polonia. Cererea nr. 11562/05. 27 septembrie 2006.

Evans v. Marea Britanie (CtEDO) (2007). Reclamanta suferea de cancer ovarian și a fost supusă unei fertilizări in-vitro înainte de îndepărtarea ovarelor. Reclamanta și soțul acesteia au divorțat, iar fostul soț și-a retras consimțământul pentru utilizarea embrionilor și a solicitat ca aceștia să fie distruși conform contractului cu clinica. CtEDO nu a constatat nicio încălcare a dreptului la viață, considerând că embrionii creați nu aveau dreptul la viață.⁵¹⁵

Vo v. Franța (CtEDO) (2004). Din cauza unei confuzii cu un alt pacient cu același nume de familie, sacul amniotic al solicitantei a fost perforat, determinând astfel necesitatea unui avort terapeutic. Aceasta a susținut că omorul neintenționat al copilului său ar fi trebuit clasificat ca ucidere din culpă. Curtea nu a constatat o încălcare a dreptului la viață, concluzionând că nu era de dorit sau posibil la acel moment să se pronunțe asupra unui copil nenăscut ca fiind o persoană conform Articolului 2 din CEDO.⁵¹⁶

DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD DE SĂNĂTATE POSIBIL

CEDO nu conține un drept expres la sănătate, însă CtEDO a interpretat acest prerogativ în lumina diferitelor drepturi protejate de CEDO, în special a dreptului la libertate împotriva torturii și tratamentelor săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, libertății împotriva discriminării, și a dreptului la viața privată și de familie. Statele au datoria de a proteja sănătatea deținuților, iar lipsa tratamentului poate reprezenta o încălcare a Articolului 3, care interzice tortura, tratamentul sau pedepsele crude, inumane și degradante.⁵¹⁷ Cu toate acestea, un drept la sănătate este recunoscut expres în Articolul 11 din CSE, și conform celor de mai sus, CEDS a emis șapte sentințe bazate pe Articolul 11 până în prezent⁵¹⁸ — din care doar una se încadrează într-unul din contextele examinate în prezentul ghid, și anume sănătatea sexuală și reproductivă.⁵¹⁹ Din acest motiv, jurisprudența prevăzută în prezenta secțiune este limitată la acest caz CEDS.

Conform CEDS, Articolul 11 include bunăstarea fizică și psihică în conformitate cu definiția sănătății din Constituția WHO.⁵²⁰ Acest drept presupune ca Statele să asigure cea mai bună stare de sănătate posibilă pentru populație, conform cunoștințelor existente, iar sistemele de sănătate trebuie să răspundă corespunzător riscurilor de sănătate evitabile, adică cele controlate de acțiunile umane.⁵²¹ Sistemul de asistență medicală trebuie să fie accesibil tuturor persoanelor, iar aranjamentele pentru acces nu trebuie să conducă la întâzieri inutile în furnizare. Accesul la tratament trebuie să se bazeze pe criterii transparente, convenite la nivel național, având în vedere riscul de deteriorare fie a condiției clinice, fie a calității vieții.⁵²² În plus, trebuie să existe personal și unități corespunzătoare – situația de a avea o densitate scăzută a paturilor de spital și liste de așteptare subminează accesul la servicii de sănătate adecvate pentru multe persoane.⁵²³ În consecință, condițiile șederii în spitale, inclusiv în cele psihiatrice, trebuie să fie satisfăcătoare și compatibile cu demnitatea umană.⁵²⁴

515. CtEDO. *Evans v. Marea Britanie*. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

516. CtEDO. *Vo v. Franța*. Cererea nr. 53924/00. 8 iulie 2004.

517. CtEDO. *Hurtado v. Elveția*. Cererea nr. 17549/90. 28 ianuarie 1994; CtEDO. *Ilhan v. Turcia*. Cererea nr. 22277/93. 27 iunie 2000.

518. ESCR. Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Grecia. Plângerea colectivă nr. 72/2011. 23 ianuarie 2013; ESCR. *Defence for Children International (DCI) v. Belgia*. Plângerea colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012; ESCR. *Médecins du Monde - International v. Franța*. Plângerea colectivă nr. 67/2011. 11 septembrie 2012; ESCR. Decizie pe fond: *Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația*. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009; ESCR. *Centrul European al Drepturilor Romilor (CEDR) v. Bulgaria*. Plângerea colectivă nr. 46/2007. 3 decembrie 2008; ESCR. *Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (FMDO) v. Grecia*. Plângerea colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006; ESCR. *Confédération Générale du Travail (CGT) v. Franța*. Plângerea colectivă nr. 22/2003. 8 decembrie 2004.

519. ESCR. *Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația*, Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009.

520. CoE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. (XVII -2); Concluzii 2005. Declarația interpretării Articolului 11.

521. CoE. Concluzii: Danemarca. (XV-2).

522. CoE. Concluzii: Regatul Unit. (XV-2).

523. CoE. Concluzii: Danemarca. (XV-2).

524. CoE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. (XVII -2); Concluzii 2005. Declarația interpretării Articolului 11; Concluzii 2005: România.

În raport cu unitățile de consiliere și educaționale, CEDS a identificat două obligații cheie: 1) dezvoltarea unui simț al responsabilității individuale prin campanii de sensibilizare și 2) efectuarea de examene de screening gratuit și regulat, în special pentru boli grave.⁵²⁵

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

▶ Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene⁵²⁶

- **Art. 35:** Orice persoană are dreptul de acces la asistență medicală preventivă și de a beneficia de îngrijiri medicale în condițiile stabilite de legislațiile și practicile naționale. În definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁵²⁷

- 1.6 Fiecare persoană are dreptul la o protecție a sănătății atât cât este disponibilă prin măsuri adecvate de prevenire a maladiilor și îngrijiri de sănătate, precum și la posibilitatea de a urmări atingerea celui mai înalt nivel de sănătate posibil.
- 5.3 Pacienții au dreptul la o calitate a îngrijirilor care este marcată atât de standarde tehnice ridicate, cât și de o relație umană între pacient și furnizorii de servicii de sănătate.

▶ CSE

- **Art. 11 – Dreptul la protecția sănătății:** În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice sau private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 - (1) să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 - (2) să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 - (3) să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidente.
- **Art. 13 – Dreptul la asistență socială și medicală:** În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 - (1) să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 - (2) să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;
 - (3) să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;
 - (4) să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.

525. CoE. Dreptul la sănătate și Carta Socială Europeană.

526. Monitorul Oficial al Comunităților Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

527. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

► Carta Europeană a Drepturilor Pacienților ⁵²⁸

- **Art. 8 (Dreptul la Respectarea Standardelor de Calitate):** Fiecare pacient are dreptul să accedă la servicii de calitate ridicată pe baza specificării și respectării unor standarde precise.
- **Art. 9 (Dreptul la Siguranță):** Fiecare pacient are dreptul să fie protejat împotriva unor eventuale accidente sau leziuni produse de proasta funcționare a serviciilor de sănătate, malpraxis medical și greșeli, și trebuie să i se asigure dreptul la acces la servicii și tratament care îndeplinesc standardele de siguranță.
- **Art. 10 (Dreptul la Inovații):** Pacientul are dreptul la proceduri noi de diagnostic sau tratament, în concordanță cu standardele internaționale și fără constrângeri de natură economică sau financiară.

Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în contextul sănătății sexuale și reproductive

Conform CEDS, dreptul la sănătate conform Articolului 11 din CSE impune Statului „să ofere educație și să urmărească sensibilizarea opiniei publice cu privire la aspectele legate de sănătate”, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă.⁵²⁹ Această educație trebuie să fie disponibilă în școli pe durata întregului an școlar.⁵³⁰ CEDS consideră că educația de sănătate sexuală și reproductivă constituie „un proces care urmărește dezvoltarea capacității copiilor și tinerilor de a-și înțelege sexualitatea în dimensiunile ei biologice, psihologice, socio-culturale și reproductive, ceea ce le va permite să ia decizii responsabile cu privire la comportamentul în sănătatea sexuală și reproductivă.”⁵³¹

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD POSIBIL DE SĂNĂTATE

Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația (CEDS) (2009). CEDS a constatat o încălcare a dreptului la sănătate în cazul statului croat care nu a furnizat elevilor din școlile publice educație adecvată, suficientă și nediscriminatorie privind sănătatea sexuală și reproductivă.⁵³²

DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI PEDEPSELOR SAU TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante impune statului să prevină și să pedepsească faptele de tratament inuman sau degradant și tortură, precum și să protejeze persoanele împotriva unor asemenea fapte. Acest drept a fost interpretat conform Articolului 3 (interzicerea torturii) din CEDO. CtEDO consideră acest drept ca fiind „una dintre valorile fundamentale ale societății

528. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

529. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 43.

530. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 45.

531. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 46.

532. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009).

democrate.⁵³³ Este un drept ce nu poate fi interpretat în termeni absoluți, iar „maltratarea trebuie să atingă un nivel minim de gravitate pentru a se încadra în sfera Articolului 3”.⁵³⁴ Conform Curții, „evaluarea acestui minim este relativă; depinde de toate circumstanțele cazului, cum ar fi durata tratamentului, efectele fizice și psihice și, în unele cazuri, sexul, vârsta și starea de sănătate a victimei”.⁵³⁵ Exemple de încălcări ale Articolului 3 în contextul îngrijirii pacienților includ: detenția continuă a unei persoane suferind de cancer, cauzând „dificultăți deosebit de grave”;⁵³⁶ defecte semnificative în îngrijirile medicale furnizate unui prizonier cu boală psihică știindu-se riscul de sinucidere al acestuia;⁵³⁷ și deficiențe sistematice în ceea ce privește decesul unei persoane dependente de heroină în închisoare.⁵³⁸

Îngrijirea medicală ce cauzează suferință gravă fără un motiv justificat poate fi considerată tratament sau pedeapsă săvârșită cu cruzime, inumană sau degradantă, iar dacă există o implicare a statului și o intenție specifică, aceasta reprezintă tortură. Fosta Comisie Europeană a Drepturilor Omului a declarat că „nu exclude faptul că lipsa de îngrijiri medicale într-un caz în care o persoană suferă de o afecțiune gravă ar putea reprezenta, în anumite circumstanțe, tratament contrar Articolului 3”.⁵³⁹ De fapt, CtEDO a considerat că necesitatea îngrijirilor medicale corespunzătoare și tratamentului în afara celui disponibil în închisoare ar putea justifica, în cazuri excepționale, eliberarea deținutului, în măsura aplicării restricțiilor adecvate, în interes public.⁵⁴⁰ Mai mult, simplul fapt că un medic a văzut deținutul și a prescris o anumită formă de tratament nu poate conduce automat la concluzia că îngrijirea medicală a fost corespunzătoare.⁵⁴¹ În plus, impactul combinat și cumulativ asupra deținutului atât al condițiilor de detenție, cât și a lipsei de îngrijiri medicale corespunzătoare pot reprezenta, de asemenea, o încălcare a Articolului 3.⁵⁴²

Cu toate acestea, cazurile medicale pe care CtEDO le-a examinat în raport cu Articolul 3 au avut tendința de a-i implica pe cei închiși fie (a) conform legii penale, fie (b) pe motive de sănătate mintală.⁵⁴³ Cu privire la ambele forme de detenție, eșecul furnizării tratamentului medical corespunzător persoanelor private de libertate poate încălca Articolul 3 în anumite circumstanțe.⁵⁴⁴ Încălcările au mai degrabă tendința de a reprezenta tratament inuman și degradant decât tortură. Dacă un individ suferă de maladii multiple, riscurile asociate cu orice maladie de care suferă în timpul detenției pot crește și, de asemenea, frica acestuia față de aceste riscuri se poate intensifica. În aceste circumstanțe, absența asistenței medicale oportune și calificate, combinată cu refuzul autorităților de a permite o examinare medicală independentă a stării de sănătate a reclamantului, conduce la sentimentul puternic de nesiguranță al persoanei, care, combinat cu suferința fizică, poate reprezenta tratament degradant.⁵⁴⁵

Cu toate acestea, Articolul 3 nu poate fi interpretat ca stabilind o obligație generală de a elibera deținuții pe motive de sănătate. În schimb, CtEDO a reiterat „dreptul tuturor prizonierilor la condiții de detenție compatibile cu demnitatea umană, astfel încât să se asigure faptul că modul și metoda de executare a măsurilor impuse nu îi supun unor suferințe sau dificultăți cu o intensitate care să depășească nivelul inevitabil al suferinței inerente în detenție”.⁵⁴⁶

533. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 39.

534. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 40.

535. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 40.

536. ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002. (s-a constatat că detenția a reprezentat tratament inuman și degradant).

537. CtEDO. *Keenan v. Marea Britanie*. Cererea nr. 27229/95. 4 martie 2001. (s-a constatat eșecul trimeriei la un psihiatru și lipsa notelor medicale).

538. CtEDO. *McGlinchey și Alții v. Marea Britanie*. Cererea nr. 50390/99. 29 iulie 2003. (s-au constatat unități inadecvate pentru înregistrarea pierderii în greutate, lacune în monitorizare, eșecul luării măsurilor suplimentare inclusiv internarea în spital).

539. CtEDO. *Tanko v. Finlanda*. Cererea nr. 23634/94. 19 mai 1994.

540. CtEDO. *Wedler v. Polonia*. Cererea nr. 44115/98. 16 aprilie 2007; vedeți ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002.

541. CtEDO. *Hummatov v. Azerbaidjan*. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007; CtEDO. *Malenko v. Ucraina*. Cererea nr. 18660/03. 19 februarie 2009.

542. CtEDO. *Popov v. Rusia*. Cererea nr. 26853/04. 13 iulie 2006; CtEDO. *Lind v. Rusia*. Cererea nr. 25664/05. 6 decembrie 2007; CtEDO. *Kalashnikov v. Rusia*. Cererea nr. 47095/99. 15 iulie 2002.

543. Unele dintre aceste interpretări pot fi relevante și în contextul persoanelor aflate în serviciul militar obligatoriu, deoarece aceste persoane sunt efectiv sub controlul Statului.

544. CtEDO. *Hurtado v. Elveția*. Cererea nr. 17549/90. 28 ianuarie 1994; CtEDO. *Ilhan v. Turcia*. Cererea nr. 22277/93. 27 iunie 2000.

545. CtEDO. *Khudobin v. Rusia*. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

546. ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002.

În cazul în care deținuții suferă de afecțiuni preexistente, este posibil să nu se poată stabili în ce măsură simptomele din momentul respectiv au rezultat din condițiile detenției impuse. Totuși, această incertitudine nu are importanță pentru a stabili dacă autoritățile și-au îndeplinit sau nu obligațiile conform Articolului 3. Prin urmare, dovada efectivă a efectelor condițiilor de detenție asupra sănătății deținutului nu reprezintă neapărat un factor major în analiza Curții.⁵⁴⁷

Tratamentul medical experimental poate reprezenta tratament inuman în absența consimțământului.⁵⁴⁸ În general, intervențiile medicale obligatorii în interesul sănătății persoanei, dacă reprezintă „necesitate terapeutică din punctul de vedere al principiilor stabilite ale medicinei,” nu vor încălca Articolul 3.⁵⁴⁹ În aceste cazuri, totuși, necesitatea trebuie să fie „prezentată în mod convingător”, și trebuie să existe garanții procedurale corespunzătoare. Mai mult, nivelul forței utilizate nu trebuie să depășească nivelul minim de suferință / umilință ce ar putea reprezenta o încălcare a Articolului 3, incluzând tortura prevăzută de acest articol.⁵⁵⁰

Acest drept impune de asemenea autorităților să se asigure că există o evidență completă privind starea de sănătate a deținutului și tratamentul pe care l-a primit în detenție⁵⁵¹, precum și că diagnosticele și îngrijirile sunt prompte și exacte.⁵⁵² Fișa medicală trebuie să conțină suficiente informații, specificând tipul de tratament prescris pacientului, tratamentul primit efectiv, persoana care a administrat tratamentul și momentul la care l-a administrat, modul în care a fost monitorizată starea solicitantului, etc. În lipsa acestor informații, Curtea poate trage singură concluziile pe care le consideră adecvate.⁵⁵³ Existența contradicțiilor în fișele medicale a fost considerată ca ducând la o încălcare a Articolului 3.⁵⁵⁴

Este de menționat aici Comitetul European pentru Prevenirea Torturii (CPT), înființat de Convenția Europeană pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante și însărcinat cu monitorizarea respectării Articolului 3 din CEDO prin vizite periodice în locurile de detenție și instituții. Mandatul acestuia include închisori, centre de detenție pentru minori, spitale psihiatrice, centre de reținere ale poliției și centre de reținere ale serviciului de imigrări. CPT a stabilit standarde detaliate pentru implementarea politicilor bazate pe drepturile omului în închisori și a stabilit de asemenea repere de monitorizare.⁵⁵⁵ CPT a subliniat impactul suprapopulării asupra sănătății prizonierilor.⁵⁵⁶ S-a subliniat de asemenea absența frecventă a luminii naturale și aerul curat insuficient în unități de detenție preventivă și impactul acestor condiții asupra sănătății deținuților.⁵⁵⁷

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

547. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001. (tratamentul unei persoanei cu probleme de sănătate mintală poate fi incompatibil cu standardele impuse de Articolul 3 cu privire la protecția demnității umane fundamentale, chiar dacă persoana nu poate arăta efecte negative specifice).

548. CtEDO. X v. Danemarca. Cererea nr. 9974/82. 2 martie 1983.

549. CtEDO. Jalloh v. Germania. Cererea nr. 54810/00. 11 iulie 2006.

550. CtEDO. Nevmerzhitsky v. Ucraina. Cererea nr. 54825/00. 5 aprilie 2005. (s-a constatat că hrănirea forțată a unui prizonier în greva foamei este inacceptabilă și reprezintă tortură); vedeți CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992. (s-a constatat că administrarea forțată de medicamente și alimentație unui prizonier violent aflat în greva foamei a respectat practicile medicale stabilite).

551. CtEDO. Khudobin v. Rusia. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

552. CtEDO. Aleksanyan v. Rusia. Cererea nr. 46468/06. 5 iunie 2009.

553. CtEDO. Hummatov v. Azerbaidjan. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007; CtEDO. Melnik v. Ucraina. Cererea nr. 72286/01. 28 iunie 2006; vedeți CtEDO. Holomiov v. Moldova. Cererea nr. 30649/05. 7 noiembrie 2006.

554. CtEDO. Radu v. România. Cererea nr. 34022/05. 3 octombrie 2012.

555. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante [CPT]. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

556. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante. CPT. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

557. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante. CPT. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

► **Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa**⁵⁵⁸

- 1.3 Fiecare persoană are dreptul la integritate fizică și psihică și la securitatea propriei sale persoane.
- 5.10 Pacienții au dreptul de a-și ușura suferințele în conformitate cu starea actuală a cunoștințelor
- 5.11 Pacienții au dreptul la îngrijiri terminale umane, pentru a putea muri cu demnitate.

► **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁵⁵⁹

- **Art. 11 (Dreptul de a Evita Suferință și Durere Inutilă):** Fiecare individ are dreptul să evite, atât cât se poate, suferința și durerea, în orice stadiu al bolii sale.

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante în contextul sănătății mintale

CtEDO recunoaște poziția specială a pacienților cu boli psihice în raport cu Articolul 3, în special atunci când aceștia sunt supuși detenției: „bolnavii psihici se află într-o poziție de vulnerabilitate specială și apar probleme evidente de respect față de demnitatea lor umană fundamentală atunci când aceste persoane sunt reținute de autorități”.⁵⁶⁰ Curtea a constatat că eșecul de a furniza tratament psihiatric în timpul detenției unei persoane ce necesită un astfel de tratament poate constitui tratament degradant, reprezentând astfel o încălcare a Articolului 3.⁵⁶¹ Curtea recunoaște, de asemenea, că pe lângă obligațiile pozitive ce pot apărea în contextul persoanelor reținute și care suferă de boli psihice (precum furnizarea serviciilor psihiatrice specializate), există și obligații negative, când Statul ar trebui să evite procedurile ce pot agrava afecțiunile persoanelor care suferă de boli psihice.⁵⁶² De exemplu, Statul ar trebui să evite plasarea deținuților cu boli psihice în regim de izolare, acest lucru putând agrava boala deținutului și/sau putând prezenta un risc crescut de suicid.⁵⁶³

Statul este totodată responsabil pentru oferirea de condiții umane în raport cu detenția, incluzând controlul adecvat al temperaturii, alimentația și condițiile sanitare.⁵⁶⁴ Curtea a constatat că există tratament degradant ce încalcă Articolul 3 în cazurile în care condițiile de viață în instituțiile ce găzduiesc pacienți bolnavi psihici sunt insuficiente.⁵⁶⁵ Condițiile de viață insuficiente pot include eșecul din partea Statului de a oferi alimentație corespunzătoare, încălzire, îmbrăcăminte, condiții sanitare și servicii de sănătate.⁵⁶⁶ Resursele financiare insuficiente din partea Statului pentru a oferi condiții de viață corespunzătoare nu vor servi ca justificare a eșecului în acest sens.⁵⁶⁷

558. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

559. Rețeaua pentru Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

560. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

561. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

562. CtEDO. Renolde v. Franța. Cererea nr. 5608/05. 16 ianuarie 2009.

563. CtEDO. Renolde v. Franța. Cererea nr. 5608/05. 16 ianuarie 2009.

564. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

565. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

566. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

567. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI PEDEPSELOR SAU TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Claes v. Belgia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că eșecul autorităților naționale de a oferi reclamantului îngrijiri corespunzătoare în timpul detenției sale de peste 15 ani în aripa de psihiatrie a închisorii constituie tratament degradant și, prin urmare, o încălcare a Articolului 3. Curtea a subliniat faptul că a existat o problemă structurală ca urmare a incapacității de a permite îngrijiri corespunzătoare pentru deținuții cu tulburări psihice, datorată lipsei de locuri în unități psihiatrice în alte părți.⁵⁶⁸

Keenan v. Marea Britanie (CtEDO) (2001). Reclamantul, suferind de paranoia, s-a sinucis în închisoare după ce a fost plasat într-o unitate de izolare, ca pedeapsă. Curtea a constatat că lipsa de supraveghere eficientă, lipsa de date psihiatrice explicate în evaluarea acestuia și deficiențele semnificative ale asistenței medicale furnizate au reprezentat o încălcare a Articolului 3. Mai mult, impunerea asupra acestuia a unei pedepse disciplinare grave, ce ar fi putut amenința rezistența sa fizică și morală, nu a respectat standardul de tratament necesar unei persoane care suferă de o boală psihică.⁵⁶⁹

M.S. v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). Acest caz a implicat detenția unui bărbat suferind de o boală psihică, reținut în custodia poliției timp de peste trei zile. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 3, considerând că, deși nu a existat neglijență intenționată din partea poliției, detenția prelungită a reclamantului fără tratament psihiatric corespunzător a afectat demnitatea sa umană.⁵⁷⁰

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante în contextul bolilor contagioase

Persoanele care suferă de boli contagioase pot fi mai vulnerabile față de maltratare. Conform Articolului 3 din CEDO, guvernul are obligația de a asigura sănătatea și bunăstarea indivizilor aflați în detenție, ceea ce include furnizarea de asistență medicală necesară.⁵⁷¹ Implicarea acestui drept poate apărea în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV în închisori sau centre de detenție unde li se refuză tratamentul.⁵⁷² Atunci când lipsa acestei asistențe provoacă o urgență medicală sau expune în alt mod victima la „dureri grave sau prelungite”, încălcarea Articolului 3 poate reprezenta tratament inuman.⁵⁷³ Cu toate acestea, chiar dacă aceste efecte specifice nu apar, constatarea unui tratament degradant se poate face și dacă umilirea a fost cauzată victimei de stresul și anxietatea provocate de lipsa asistenței medicale.⁵⁷⁴ De exemplu, CtEDO a constatat că lipsa tratamentului medical pentru diferitele boli ale unei persoane (inclusiv TBC) contractate în închisoare au avut ca rezultat suferința psihică considerabilă a individului, afectându-i astfel demnitatea umană.⁵⁷⁵

568. CtEDO. Claes v. Belgia. Cererea nr. 43418/09. 10 aprilie 2013.

569. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

570. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

571. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013. par. 126; vedeți CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000.

572. CtEDO. E.A. v. Rusia. Cererea nr. 44187/04. 23 august 2013. (încălcarea Articolului 3 datorată lipsei asistenței medicale / tratamentului medical al infecției cu HIV a solicitantului pe perioada detenției).

573. CtEDO. McGlinchey și Alții v. Marea Britanie. Cererea nr. 50390/99. 29 iulie 2003.

574. CtEDO. Sarban v. Moldova. Cererea nr. 3456/05. 4 ianuarie 2006.

575. CtEDO. Hummatov v. Azerbaidjan. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007.

CAZURI PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI TRATAMENTELOR SAU PEDEPSELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

A.B. v. Rusia (CtEDO) (2011). Reclamantul, o persoană care trăia cu HIV în închisoare, nu a primit niciodată tratament antiretroviral pentru HIV și nici nu a fost internat într-un spital, din cauza lipsei de paturi. Personalul medical îl vizita rar și nu îi furniza niciun fel de medicație în timpul vizitelor. Curtea a constatat că lipsa de asistență medicală a reprezentat o încălcare a Articolului 3.⁵⁷⁶

Khudobin v. Rusia (CtEDO) (2007). Fiind depistat cu HIV și suferind de multiple boli cronice, inclusiv epilepsie, hepatită virală și diferite boli psihice, reclamantul a contractat un număr de boli grave în timpul detenției în arest preventiv timp de peste un an, inclusiv rujeolă, bronșită și pneumonie acută. Solicitarea tatălui acestuia pentru o examinare medicală amănunțită a fost refuzată. Curtea a constatat că reclamantului nu i s-a acordat asistența medicală de care avea nevoie, încălcându-se Articolul 3. Deși Curtea a acceptat faptul că asistența medicală disponibilă în spitalele închisorilor nu este întotdeauna la același nivel ca în cele mai bune instituții medicale pentru publicul general, a subliniat totuși faptul că Statul era obligat să se asigure că sănătatea și bunăstarea deținuților era asigurată corespunzător, furnizându-le asistența medicală necesară.⁵⁷⁷

Logvinenko v. Ucraina (CtEDO) (2011). Curtea a concluzionat că reclamantul, o persoană cu HIV care ispășea o pedeapsă cu închisoare pe viață, a suferit un tratament inuman sau degradant ca rezultat al absenței supravegherii medicale cuprinzătoare și tratamentului pentru tuberculoză și HIV, ca și al condițiilor necorespunzătoare din închisoare. Curtea a constatat prin urmare o încălcare a Articolului 3.⁵⁷⁸

Vasyukov v. Rusia (CtEDO) (2011). Curtea a constatat că eșecul autorităților de a diagnostica în mod corespunzător reclamantul cu tuberculoză contractată în timpul detenției și de a-i furniza acestuia asistența medicală corespunzătoare a reprezentat o încălcare a Articolului 3.⁵⁷⁹

Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante în contextul sănătății sexuale și reproductive

CtEDO a recunoscut că femeile însărcinate ocupă o poziție de vulnerabilitate specială⁵⁸⁰ și că accesul întârziat la tratament medical precum testele genetice (ale fătului) sau serviciile de avort poate constitui tratament degradant, care încalcă Articolul 3 din CEDO.⁵⁸¹ În plus, Curtea a recunoscut în mod repetat că sterilizarea forțată constituie tratament umilitor și degradant.⁵⁸² În cazul femeilor refugiate, CtEDO a subliniat că statele au obligația conform dreptului internațional, inclusiv Articolul 3 din CEDO, de a le proteja, garantându-le autorizația de a rămâne în stat dacă întoarcerea în țara natală le-ar putea supune unui risc real de a fi țintele unui tratament contrar Articolului 3, inclusiv mutilarea genitală a femeilor.⁵⁸³

576. CtEDO. A.B. v. Rusia. Cererea nr. 1439/06. 14 ianuarie 2011; vedeți și CtEDO. E.A. v. Rusia. Cererea nr. 44187/04. 23 august 2013; CtEDO. Yakovenko v. Ucraina. Cererea nr. 15825/06. 25 ianuarie 2008.

577. CtEDO. Khudobin v. Rusia. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

578. CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 ianuarie 2011.

579. CtEDO. Vasyukov v. Rusia. Cererea nr. 2974/05. 15 septembrie 2011.

580. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

581. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013; vedeți și CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

582. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012; CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 15966/04. 13 noiembrie 2012.

583. CtEDO. Collins și Akaziebie v. Suedia. Cererea nr. 23944/05. 8 martie 2007.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE NU FI SUPUS TORTURII ȘI PEDEPSELOR SAU TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Aden Ahmed v. Malta (CtEDO) (2013). O solicitantă de azil a fost reținută și a suferit episoade de depresie, durere fizică recurentă, avort spontan și o infecție în timpul detenției. Curtea a constatat că respectivele condiții de detenție, combinate cu sănătatea fragilă a reclamantei, au reprezentat o încălcare a Articolului 3.⁵⁸⁴

I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că sterilizarea a două femei de etnie romă fără consimțământul complet și informat al acestora a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a considerat, de asemenea, că eșecul guvernului de a efectua o investigație oficială eficientă referitoare la aceste sterilizări a reprezentat o încălcare procedurală a Articolului 3.⁵⁸⁵

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că sterilizarea unei femei într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a constatat că solicitanta a trăit sentimente de frică, angoasă și sentimente de inferioritate ca rezultat al sterilizării sale. Deși nu a existat nicio dovadă că personalul medical implicat a intenționat să o maltrateze, aceștia au acționat totuși cu desconsiderarea gravă a dreptului acesteia la autonomie și alegere în calitate de pacient.⁵⁸⁶

DREPTUL DE PARTICIPARE LA POLITICI PUBLICE

Dreptul de participare la politici publice a fost tratat ca un factor determinant al sănătății,⁵⁸⁷ iar în contextul serviciilor de sănătate, este reprezentat de dreptul și oportunitatea fiecărei persoane de a participa la procesele politice și deciziile de politică ce afectează sănătatea și bunăstarea acesteia la nivel comunitar, național și internațional.⁵⁸⁸ Această oportunitate trebuie să fie semnificativă, sprijinită și oferită tuturor cetățenilor fără discriminare. Dreptul se extinde asupra participării la deciziile privind planificarea și implementarea serviciilor de sănătate, tratamentele corespunzătoare și strategiile de sănătate publică.

Nu există nicio prevedere explicită care să garanteze dreptul de participare la politicile publice în CEDO; cu toate acestea, Carta Europeană a Drepturilor Pacienților conține un „drept de a participa la elaborarea politicilor în domeniul sănătății” ce ocrotește „drepturile cetățenilor de a participa la definirea, implementarea și evaluarea politicilor publice privind protecția drepturilor de sănătate”. În plus, CtEDO a abordat restrângerea dreptului la vot al unor categorii specifice de persoane sub dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Articolul 3).⁵⁸⁹

584. CtEDO. Aden Ahmed v. Malta. Cererea nr. 55352/12. 23 iulie 2013. par. 97-100.

585. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. 29 aprilie 2013; vedeți CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

586. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

587. Halabi, Sam. Participarea și dreptul la sănătate: învățăminte din Indonezia. Jurnalul de Sănătate și Drepturile Omului [Participation and the right to health: lessons from Indonesia], Vol. 11, Nr. 1, P, 2009. p. 51.

588. CESCR, GC 14, par. 11. CDESC. Comentariul General CDESC Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil. Doc. O.N.U. E/C.12/2000/4. 11 august 2000. par. 11.

589. Vedeți CtEDO. Hirst v. Marea Britanie (Nr. 2) Cererea nr. 74025/01. 6 octombrie 2005; vedeți și CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

PREVEDERI RELEVANTE

Recomandarea CE Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală ⁵⁹⁰

Recomandă ca guvernele statelor membre:

- să asigure participarea cetățenilor în toate aspectele legate de sistemele de sănătate, la nivel național, regional și local și respectarea de către toți operatorii din sistemul de sănătate, inclusiv profesioniști, asigurători și autorități, a acestei participări;
- să ia măsuri pentru a reflecta în legislația internă orientările conținute în anexa la prezenta recomandare;
- să creeze structurile și politicile legale care să sprijine promovarea participării cetățenilor și drepturile pacienților, dacă acestea nu există deja;
- să adopte politicile care să creeze un mediu de susținere pentru creșterea, în ceea ce privește numărul de membri, orientarea și sarcinile organizațiilor civice de „utilizatori” ai asistenței medicale, dacă acestea nu există deja;
- Să sprijine difuzarea cât mai largă a recomandării și memoriului explicativ, acordând o atenție specială tuturor indivizilor și organizațiilor care vizează implicarea în procesul de luare a deciziilor în asistența medicală.

Orientările din prezenta recomandare acoperă: participarea cetățeanului și a pacientului ca proces democratic; informarea; politici de susținere a participării active; și mecanismele corespunzătoare.

Recomandarea Nr. R (2006) 18 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind serviciile de sănătate într-o societate multiculturală ⁵⁹¹

- 5.1. Trebuie dezvoltate și implementate programe de instruire a pacienților, pentru a spori participarea acestora în procesul de luare a deciziilor privind tratamentul și pentru a îmbunătăți rezultatele îngrijirilor în privința populațiilor multiculturale.
- 5.2. Trebuie dezvoltate și implementate programe culturale adecvate de promovare a sănătății și prevenire a bolilor, deoarece sunt indispensabile îmbunătățirii educației de sănătate în grupurile minorităților etnice, în ceea ce privește îngrijirile medicale.
- 5.3. Grupurile minorităților etnice trebuie încurajate să participe activ la planificarea serviciilor de sănătate (evaluarea nevoilor de sănătate ale minorităților etnice, dezvoltarea programelor), implementarea și evaluarea acestora.

Conferința de la Ljubljana privind Reformarea Asistenței Medicale ⁵⁹²

- **Art. 5.3:** Reformele asistenței medicale trebuie să se adreseze nevoilor cetățenilor, luând în considerare așteptările acestora cu privire la sănătate și asistență medicală. Trebuie să asigure că vocea și alegerea cetățeanului influențează decisiv modul în care serviciile de sănătate sunt proiectate și operate. De asemenea, cetățenii trebuie să împartă răspunderea pentru propria sănătate.

Dreptul de participare la politicile publice în contextul sănătății mintale

Conform dreptului de participare la politicile publice, persoanele cu probleme din sfera sănătății mintale au dreptul de a participa în nume propriu la viața publică, atâta timp cât legea le permite acest lucru, sau

590. CoE. Recomandarea Nr. R (2000) 5. 24 februarie 2000. Privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală.

591. CoE. Recomandarea Nr. R (2006) 18 a Comitetului Miniștrilor. 8 noiembrie 2006.

592. Organizația Mondială a Sănătății [WHO]. Conferința de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale. 19 iunie 1996.

printr-un reprezentant.⁵⁹³ Legea poate totuși să împiedice unele persoane cu probleme de sănătate mintală să participe la viața publică, în cazul în care discernământul acestora este prea redus. Însă, restricțiile pot fi acceptate doar dacă sunt justificate legal, proporționale și dispuse de instanțele judecătorești.⁵⁹⁴ Capacitatea juridică a pacientului trebuie să se bazeze pe decizii oficiale.⁵⁹⁵

Conform dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Articolul 3), Curtea a constatat că eliminarea completă a dreptului de vot al persoanelor cu afecțiuni psihice (cele plasate sub tutelă parțială sau totală) poate încălca Articolul 3, chiar dacă măsura privind tutela luată față de aceste persoane este supusă periodic revizuirii judiciare.⁵⁹⁶ Curtea a considerat că „dacă o restricție a drepturilor fundamentale se aplică unui grup deosebit de vulnerabil al societății, care a suferit discriminare considerabilă în trecut, cum ar fi persoanele cu dizabilități mintale, atunci marja de apreciere a Statului este substanțial mai restrânsă, iar acesta trebuie să dețină motive temeinice pentru restricțiile în cauză.”⁵⁹⁷

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE PARTICIPARE LA POLITICILE PUBLICE

Alajos Kiss v. Ungaria (CtEDO) (2010). În cazul unui reclamant cu tulburare bipolară plasat sub tutelă parțială, Curtea a constatat că legislația internă ce interzice persoanelor sub tutelă parțială sau completă să participe la alegeri încălca Articolul 3 (interzicerea tratamentului degradant) din CEDO.⁵⁹⁸

Dreptul de participare la politicile publice în contextul bolilor contagioase

Persoanele cu afecțiuni contagioase, cum ar fi HIV/SIDA au dreptul de participare semnificativă la proiectarea și implementarea politicilor ce pot avea impact asupra lor.⁵⁹⁹ În calitatea lor de indivizi care sunt cel mai afectați de politicile publice destinate a proteja sănătatea publică împotriva bolilor contagioase, implicarea acestora este crucială în crearea unei politici publice cuprinzătoare și de succes, care nu doar protejează sănătatea comunității la scară largă, ci respectă și drepturile omului ale acestor indivizi.

Dreptul de participare la politicile publice în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul de participare la politicile publice este esențial pentru protejarea sănătății sexuale și reproductive a femeilor. Participarea categoriilor sociale cele mai afectate de politicile privind sănătatea sexuală și reproductivă ajută la asigurarea faptului că nevoile acestora sunt acoperite, cum ar fi cele legate de planificarea familială și accesul la contraceptive. Pe lângă acordarea unui simț de îndreptățire, implicarea indivizilor afectați poate face politicile și eforturile de implementare mai adecvate din punct de vedere cultural și prin aceasta poate spori accesul indivizilor.⁶⁰⁰

593. Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene [FRA]. Dreptul la participare politică a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și a persoanelor cu deficiențe intelectuale. Octombrie 2010.

594. Comisia Europeană pentru Democrație prin Drept (Comisia de la Veneția), Codul bunelor practici în materie electorală – Orientări și Raport Explicativ, adoptat de Comisia de la Veneția în sesiunea 52 (18-19 octombrie 2002). Opinia Nr. 190/2002, doc. CDL-AD (2002) 23 rev.

595. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

596. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

597. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

598. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

599. Vedeți Declarația Summit-ului SIDA de la Paris, 1 decembrie 1994; UNAIDS. Rezumatul politicii UNAIDS: O mai mare implicare a persoanelor care trăiesc cu HIV (GIPA). Martie 2007. p. 1.

600. CRF și UNFPA. Lucrare de informare: Dreptul la Informații privind Contraceptivele și Servicii pentru Femei și Adolescente. Decembrie 2010. p. 24.

DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

Drepturile la egalitate și de a nu fi supus discriminării sunt importante din perspectiva îngrijirii pacienților și reprezintă componente esențiale ale dreptului la sănătate. CE a recunoscut și a subliniat „accesul eficient la asistența medicală pentru toate persoanele, fără discriminare” ca un „drept fundamental al omului”⁶⁰¹. Articolul 14 din CEDO interzice discriminarea bazată pe „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”.

Important este faptul că, exceptând cazul în care statele au ratificat Protocolul Nr. 12 la CEDO (care interzice discriminarea și nu necesită coroborarea cu alte drepturi),⁶⁰² Articolul 14 nu este o prevedere de sine stătătoare – trebuie argumentată prin coroborare cu una dintre celelalte prevederi substanțiale ale CEDO.⁶⁰³ Din acest motiv, Curtea a examinat cererile bazate pe Articolului 14 numai în cazurile în care nu constatare deja o încălcare a prevederii principale.

Dreptul internațional privind discriminarea distinge discriminarea directă de discriminarea indirectă. „Discriminarea directă” se referă la măsurile discriminatorii care au menirea de a discrimina. „Discriminarea indirectă” se referă la „o practică, regulă, cerință sau condiție [ce] este aparent neutră”, dar are un impact negativ și disproporționat asupra unui grup de indivizi, fără justificare.⁶⁰⁴ Conform dreptului UE, Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 (aplicabilă în contextul accesului la îngrijiri medicale) stabilește că „orice discriminare directă sau indirectă bazată pe originea rasială sau etnică, în ceea ce privește domeniile acoperite de această Directivă, va fi interzisă în întreaga Comunitate.”⁶⁰⁵ În această directivă, Articolul 2(2) definește „discriminarea directă” ca „manifestându-se atunci când o persoană este tratată mai puțin favorabil decât alta, ori a fost sau ar putea fi tratată, într-o situație comparabilă, pe baza originii rasiale sau etnice”. „Discriminarea indirectă” este definită ca „manifestându-se atunci când o prevedere, un criteriu sau o practică aparent neutră ar putea pune persoanele de origine rasială sau etnică într-un dezavantaj semnificativ în comparație cu alte persoane, cu excepția cazului în care acea prevedere, criteriu sau practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele atingerii aceluia scop sunt adecvate și necesare.” Mai mult, directiva înțelege că atât hărțuirea, cât și instigare la discriminare constituie discriminare.

În contrast, CtEDO nu a făcut o astfel de distincție. Mai degrabă Curtea a stabilit un test pentru a determina dacă să analizeze cererea în baza Articolului 14 din CEDO. Deoarece o încălcare a Articolului 14 necesită coroborarea cu încălcarea altui drept protejat de CEDO (din nou, cu excepția cazului în care statul a ratificat Protocolul Nr. 12), Curtea trebuie să stabilească mai întâi dacă pretinsa discriminare constituie într-adevăr o încălcare a altui drept conform Convenției. În al doilea rând, Curtea trebuie să determine dacă a existat o încălcare a unei „prevederi substanțiale”. Dacă da, analiza Curții privind discriminarea este subsumată discuției privind acea prevedere. În al treilea rând, Curtea va determina dacă reclamantul a demonstrat o diferență în tratamentul său față de cel aplicat indivizilor aflați în situații similare, un pas ce necesită ca reclamantul să se identifice cu un grup de persoane în „situații similare” și să arate tratamentul diferențiat. Ca răspuns, Statul poate demonstra că tratamentul diferențiat este justificat.

Deși Curtea a ezitat să elaboreze distincții între discriminarea directă și cea indirectă, precum și să se bazeze pe dovezi statistice care sprijină argumentele discriminării indirecte, aceasta a recunoscut pentru prima dată discriminarea indirectă în 2001 în *Hugh Jordan v. Marea Britanie*, caz în care a stabilit că, deși o măsură nu are scop discriminatoriu, aceasta tot poate fi considerată discriminatorie.⁶⁰⁶ Pentru mai multe detalii asupra acestui

601. CoE. Concluzii: Portugalia. (XVII -2).

602. Protocolul Nr. 12 la Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale (ETS Nr. 177). Intrat în vigoare la 1 aprilie 2005.

603. Protocolul Nr. 12 la Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale (ETS Nr. 177). Intrat în vigoare la 1 aprilie 2005.

604. Interights. Non-discrimination în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni. 2011. 18.

605. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 ce implementează principiul tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică. OJ L 180 of 19.7.2000. 19 iulie 2000. (13).

606. CtEDO. *Hugh Jordan v. Marea Britanie*. Cererea nr. 24726/94. 4 mai 2001. par. 154.

subiect, vedeți „Non-discriminarea în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni” al INTERIGHTS.⁶⁰⁷

Cu privire la Articolul 11 (dreptul la protejarea sănătății) din CSE, CEDS a declarat că sistemul de sănătate trebuie să fie accesibil oricui și că restricțiile aplicării Articolului 11 nu trebuie interpretate astfel încât să împiedice exercitarea de către grupurile dezavantajate a drepturilor acestora la sănătate.⁶⁰⁸ Cu privire la Articolul 13 (dreptul la asistență socială și medicală), CEDS a constatat, pe baza unei interpretări intenționate a CSE în concordanță cu principiul demnității umane a persoanei, că protecția prin asistență medicală ar trebui să se extindă asupra imigranților străini ilegali și legali (deși această condiție nu s-a aplicat tuturor drepturilor CSE). Această constatare este extrem de importantă în raport cu protecția acordată acestor grupuri marginalizate în Europa.

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 14:** Exercițarea drepturilor și libertăților recunoscute de prezenta Convenție trebuie să fie asigurată fără nicio deosebire bazată, în special, pe 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.

► CSE

- **Art. 11** – Dreptul la protecția sănătății: În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice sau private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 1. să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 2. să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 3. să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidente.
- **Art. 13** – Dreptul la asistență socială și medicală: În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 1. să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 2. să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;
 3. să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;
 4. să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.
- **Art. 15** – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, integrare socială și participare în viața comunității: În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare

607. INTERIGHTS. Non-discriminarea în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni. 2011.

608. ESCR. Defence for Children International (DCI) v. Belgia. Plângerea colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012.; CE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. (XVII -2); Concluzii 2005. Declarația interpretării Articolului 11.

socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special:

1. să ia măsurile necesare pentru a furniza persoanelor cu dizabilități o orientare, o educație și o formare profesională în cadrul schemelor generale ori de câte ori este posibil sau, dacă nu este posibil, prin intermediul instituției specializate publice sau private;
2. să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită dizabilității acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire;
3. să favorizeze deplina lor integrare și participare la viața socială, în special prin măsuri, inclusiv ajutoare tehnice, care vizează depășirea dificultăților lor de comunicare și mobilitate și care să le permită accesul la mijloacele de transport, la locuință, la activități culturale și la petrecerea timpului liber.

► **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină** ⁶⁰⁹

- **Art. 3:** Luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile, Părțile vor lua măsuri corespunzătoare în vederea asigurării, în cadrul jurisdicției lor, a unui acces echitabil la o îngrijire a sănătății de calitate corespunzătoare.

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării în contextul sănătății mintale

CtEDO a recunoscut că persoanele cu tulburări psihice constituie o populație distinctă ce suferă de vulnerabilități speciale și care a fost subiect al discriminării.⁶¹⁰ Prin urmare, Statul se bucură de o marjă de apreciere mai redusă în ceea ce privește restricționarea drepturilor categoriilor vulnerabile care au fost supuse discriminării, precum pacienții cu tulburări psihice.⁶¹¹

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

X. și Y. v. Olanda (CtEDO) (1985). O fată de 16 ani cu deficiențe mintale a fost agresată sexual în timp ce locuia într-un centru instituțional pentru copii cu deficiențe mintale. Având în vedere vârsta sa, victima era considerată competentă să depună o plângere în temeiul legislației interne, însă din cauza deficienței sale mintale, plângerea a fost depusă de către tatăl victimei, în numele acesteia. Instanțele interne nu au oferit un remediu legal pentru agresiune sexuală, declarând că victima trebuia să depună plângerea personal. CtEDO a refuzat examinarea aspectului conform Articolului 14 din CEDO, deși reclamanta a argumentat că lipsa protecțiilor speciale pentru persoanele cu deficiențe mintale reprezintă tratament discriminatoriu potrivit legii.⁶¹²

609. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinii: Convenția privind drepturile omului și biomedicină. 4 aprilie 1997.

610. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

611. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

612. CtEDO. X. și Y. v. Olanda. Cererea nr. 8978/80. 26 . 26 martie 1985.

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării în contextul bolilor contagioase

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării protejează o persoană suferind de o boală contagioasă, precum HIV/SIDA sau tuberculoză, împotriva discriminării. Citând Recomandarea 1116 (1989) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei, Curtea a considerat că starea de sănătate intră în categoria „alt statut” prevăzută în Articolul 14, în scopul protejării indivizilor împotriva discriminării.⁶¹³ În cazul în care Statele permit tratamentul diferențiat pe baza stării de sănătate, statul are obligația de a furniza „o justificare riguroasă” pentru acel tratament.⁶¹⁴

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

Kiyutin v. Rusia (CtEDO) (2011). În acest caz un bărbat a solicitat statut de rezident; cu toate acestea, solicitarea sa a fost refuzată din cauza statutului său de HIV pozitiv. Bărbatul locuia în Rusia, era căsătorit cu o femeie rusă și avea un copil cu aceasta; cu toate acestea, Rusia deține o politică de refuz al statutului de rezident persoanelor cu HIV. Curtea a constatat că această politică constituia discriminare, încălcând Articolul 14 și a punctat, pentru prima dată, faptul că persoanele cu HIV sunt protejate ca și grup distinct împotriva discriminării legate de drepturile lor fundamentale și că reprezintă un „grup vulnerabil”, orice restricționare a drepturilor acestora atrăgând un grad ridicat de control din partea CtEDO.⁶¹⁵

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării în contextul sănătății sexuale și reproductive

Victimele sterilizărilor forțate au introdus acțiuni în baza Articolului 14, dar CtEDO a ales să analizeze aspectul sub un alt articol, precum Articolul 3 (interzicerea torturii)⁶¹⁶ și Articolul 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie).⁶¹⁷

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

E.B. v. Franța (CtEDO) (2008). Curtea a constatat că tratamentul discriminatoriu suferit de o femeie lesbiană care a solicitat adoptarea unui copil a reprezentat o încălcare a Articolului 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie), coroborat cu Articolul 14 (interzicerea discriminării). Deși Articolul 8 nu garantează un drept la adopție, Curtea a considerat că discriminarea pe baza orientării sexuale este contrară atât Articolului 8, cât și Articolului 14.⁶¹⁸

DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Dreptul la un recurs efectiv garantează indivizilor capacitatea de a aborda încălcările drepturilor umane la nivel

613. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011. par. 57.

614. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011. par. 65.

615. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011.

616. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. 29 aprilie 2013; vedeți și CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

617. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

618. CtEDO. E.B. v. Franța. Cererea nr. 43546/02. 22 ianuarie 2008.

intern și de a obține despăgubirea corespunzătoare.⁶¹⁹ CEDO consfințește dreptul la un recurs efectiv atât în Articolul 13 (dreptul la un recurs efectiv), cât și în Articolul 41 (satisfacție echitabilă). Statelor li se acordă discreție în privința modului în care își îndeplinesc obligațiile conform acestui drept, iar sfera obligațiilor lor depinde de natura cazului.⁶²⁰ Cu toate acestea, Curtea a declarat că dreptul la un recurs efectiv este format dintr-o „investigație amănunțită și eficientă” pentru identificarea și tragerea la răspundere a celor responsabili de încălcare, ca și pentru acordarea „accesului eficient al reclamantului la procedura de investigare” – pe lângă plata despăgubirii, dacă este cazul.⁶²¹ Dreptul la un recurs efectiv presupune și ca recursul disponibil să includă analiza cererii și posibilitatea reparării prejudiciului.⁶²²

În plus, CtEDO a clarificat faptul că dreptul la un recurs efectiv nu este absolut și că Articolul 13 trebuie interpretat ca impunând doar ceea ce este „cât se poate de eficient”, având în vedere limitările din domeniu, stabilite de natura cazului.⁶²³ Recursul trebuie să fie efectiv atât în practică, cât și în drept, ceea ce înseamnă că nu trebuie să existe un amestec nejustificat din partea autorităților Statului.⁶²⁴ Curtea a explicat, totuși, că eficiența recursului nu poate depinde de „certitudinea unui rezultat favorabil” pentru victimă.⁶²⁵

Capacitatea victimelor de a avea acces la instanțe este de o importanță esențială în exercitarea eficientă a acestui drept.⁶²⁶ CtEDO a clarificat că Articolul 13 este creat pentru a oferi Statelor oportunitatea de a prevedea un recurs victimelor încălcărilor drepturilor omului în instanțele naționale proprii, înainte ca victima să solicite recurs Curții, ceea ce, conform Curții, oferă o garanție adițională indivizilor pentru a asigura respectarea deplină a drepturilor acestora.⁶²⁷

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 6(1):** Orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî fie asupra încălcării drepturilor și obligațiilor sale cu caracter civil, fie asupra temeiniciei oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa. Hotărârea trebuie să fie pronunțată în mod public, dar accesul în sala de ședință poate fi interzis presei și publicului pe întreaga durată a procesului sau a unei părți a acestuia, în interesul moralității, al ordinii publice ori al securității naționale într-o societate democratică, atunci când interesele minorilor sau protecția vieții private a părților la proces o impun, sau în măsura considerată absolut necesară de către instanță când, în împrejurări speciale, publicitatea ar fi de natură să aducă atingere intereselor justiției.
- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.
- **Art. 41:** Dacă Curtea declară că a avut loc o încălcare a Convenției sau a Protocoalelor sale și dacă dreptul intern al Înaltei Părți Contractante nu permite decât o înlăturare incompletă a consecințelor acestei încălcări, Curtea acordă părții lezate, dacă este cazul, o satisfacție echitabilă.

619. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96.

620. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. *Garayev v. Azerbaidjan*. Cererea nr. 53688/08. 10 septembrie 2010. par. 82.

621. CtEDO. *Aksoy v. Turcia*. Cererea nr. 26211/06. 12 ianuarie 2011. par. 98.

622. CtEDO. *Klass v. Germania*. Cererea nr. 5029/71. 6 septembrie 1978.

623. CtEDO. *Kudla v. Polonia*. Cererea nr. 30210/96. par. 151.

624. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. *Kudla v. Polonia*. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 151; CtEDO. *Aksoy v. Turcia*. Cererea nr. 21987/93. 18 decembrie 1996. par. 95.

625. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. *Garayev v. Azerbaidjan*. 53688/08. 10 septembrie 2010. 18 decembrie 1996. par. 82.

626. CtEDO. *Kudla v. Polonia*. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 157.

627. CtEDO. *Kudla v. Polonia*. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 152.

► CSE

- **Art. 11** – Dreptul la protecția sănătății: În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice și private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 1. să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 2. să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 3. să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidentele.

- **Art. 13** – Dreptul la asistență socială și medicală: În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 1. să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 2. să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;
 3. să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;
 4. să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți, care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.

- **Art. 15** – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității: În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special:
 1. să ia măsurile necesare pentru a furniza persoanelor cu dizabilități o orientare, o educație și o formare profesională în cadrul schemelor generale ori de câte ori este posibil sau, dacă nu este posibil, prin intermediul instituției specializate publice sau private;
 2. să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită dizabilității acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire;
 3. să favorizeze deplina lor integrare și participare la viața socială, în special prin măsuri, inclusiv ajutoare tehnice, care vizează depășirea dificultăților lor de comunicare și mobilitate și care să le permită accesul la mijloacele de transport, la locuință, la activități culturale și la petrecerea timpului liber.

► Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină ⁶²⁸

- **Art. 3:** Luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile, Părțile vor lua măsuri corespunzătoare în vederea asigurării, în cadrul jurisdicției lor, a unui acces echitabil la o îngrijire a sănătății de calitate corespunzătoare.

628. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinii: Convenția privind drepturile omului și biomedicină. 4 aprilie 1997.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății mintale

Evidențiind dificultățile cu care se confruntă pacienții cu tulburări psihice pentru a contesta încălcările drepturilor lor, CtEDO a subliniat că o evaluare a epuizării remediilor interne de către un individ cu probleme de sănătate mintală necesită luarea în considerare a „vulnerabilității și în special a incapacității [acestui] în unele situații de a pleda cazul său în mod coerent.”⁶²⁹

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

B. v. România (Nr. 2) (CtEDO) (2013). Reclamanta diagnosticată cu schizofrenie paranoidă a fost supusă detenției psihiatrice și a pierdut tutela celor trei copii ai săi. Curtea a constatat că Statul a încălcat Articolul 8 din CEDO eșuând să asigure „protecție legală corespunzătoare reclamantei în timpul internărilor succesive în instituții psihiatrice și în timpul procedurilor ce au avut ca rezultat rămânerea în îngrijire a copiilor.” A dispus ca Statul să ofere reclamantei protecția legală necesară impusă de CEDO.⁶³⁰

Lashin v. Rusia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat încălcarea dreptului la viața privată în cazul reclamantului, o persoană cu schizofrenie, consemnat de instanțele interne într-un spital psihiatric împotriva voinței sale și fără posibilitate de recurs, ceea ce l-a împiedicat să se căsătorească.⁶³¹

Kudla v. Polonia (CtEDO) (2000). Reclamantul suferea de depresie cronică și a fost ținut în detenție pentru acuzații de fraudă. Acesta a încercat să se sinucidă de două ori în timpul detenției. Reclamantul a cerut în mod repetat eliberarea și a atacat deciziile de a-l ține în detenție. Curtea a considerat că Statul nu a pus la dispoziția reclamantului mijloacele necesare pentru a face față duratei procedurilor pentru determinarea acuzațiilor împotriva sa și, prin urmare, Statul a încălcat Articolul 13 din CEDO.⁶³²

Dreptul la un recurs efectiv în contextul bolilor contagioase

Dreptul la un recurs efectiv a fost invocat pentru a proteja indivizii cu boli contagioase în calitate de categorii de persoane marginalizate ce sunt stigmatizate din cauza stării lor de sănătate. Curtea a analizat importanța acestui drept cu privire la lipsa tratamentului medical furnizat deținuților care suferă de boli contagioase și eșecul de a oferi condiții de detenție adaptate la starea de sănătate a deținuților.⁶³³

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Kozhokar v. Rusia (CtEDO) (2010). Reclamantul era un deținut care trăia cu HIV și hepatita C. Curtea a reunit acuzațiile reclamantului în baza Articolul 3 coroborat cu Articolul 13 și a constatat că Statul a încălcat Articolul 13 prin nefurnizarea către solicitant a mijloacelor „efective și accesibile” prin care să poată contesta condițiile din închisoare, inclusiv asistența medicală necorespunzătoare.⁶³⁴

Logvinenko v. Ucraina (CtEDO) (2010). Reclamantul era un deținut care trăia cu HIV și tuberculoză. Curtea a constatat că Statul a încălcat Articolul 3 prin eșecul de a furniza un tratament medical corespunzător și de

629. CtEDO. B. v. România (Nr. 2). Cererea nr. 1285/03. 19 februarie 2013. par. 79.

630. CtEDO. B. v. România (Nr. 2). Cererea nr. 1285/03. 19 februarie 2013.

631. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

632. CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 157.

633. A se vedea CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 octombrie 2010; CtEDO. Kozhokar v. Rusia. Cererea nr. 33099/08. 16 decembrie 2010.

634. CtEDO. Kozhokar v. Rusia. Cererea nr. 33099/08. 16 decembrie 2010.

a se asigura că „aranjamentele fizice” ale locului de detenție a acestuia erau compatibile cu starea sa de sănătate. Deoarece Statul nu a furnizat o reparare adecvată a prejudiciului sau un recurs efectiv prin care solicitantul să poată introduce plângeri, Curtea a considerat că Statul a încălcat Articolul 13.⁶³⁵

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății sexuale și reproductive

În contextul sănătății sexuale și reproductive, CtEDO a tratat aspectele recursului efectiv în cadrul analizei altor drepturi, cum ar fi dreptul la viața privată, pentru a evita suprapunerea. Acest lucru nu înseamnă că dreptul la un recurs efectiv, protejat conform Articolului 13 din CEDO, nu este imperativ în ceea ce privește aspectele sănătății sexuale și reproductive. Din contră, după cum se arată în cazurile prevăzute în această subsecțiune, CtEDO consideră acest drept ca fiind esențial. De exemplu, cu privire la avort, Curtea a interpretat Articolul 8 ca impunând Statelor care permit avortul să ofere cadrul legal pentru determinarea drepturilor la avort legal și procedurilor de soluționare a litigiilor dintre femeile care solicită servicii de avort și medici.⁶³⁶

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

R.R. v. Polonia (CtEDO) (2011). O mamă a doi copii era însărcinată cu un al treilea copil considerat a suferi de o anomalie genetică severă și i s-a refuzat în mod deliberat accesul oportun la testele genetice pe care avea dreptul să le facă, de către medici care se opuneau avortului. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 8, deoarece legislația poloneză nu includea mecanisme eficiente ce ar fi permis reclamantei accesul la serviciile de diagnostic disponibile și luarea unei decizii informate, în lumina rezultatelor acestora, cu privire la solicitarea unui avort.⁶³⁷

Tysiāc v. Polonia (CtEDO) (2007). Reclamantei i s-a refuzat avortul terapeutic, după ce a fost avertizată că miopia deja gravă de care suferea s-ar putea înrăutăți dacă ar duce sarcina la termen. În urma nașterii copilului, aceasta a suferit o hemoragie retiniană, ce a condus la o dizabilitate. Curtea a constatat că refuzul accesului acesteia la un mecanism eficient care ar fi determinat eligibilitatea acesteia pentru avort legal a reprezentat o încălcare a dreptului acesteia la viața privată.⁶³⁸

3.4 Drepturile furnizorilor

Furnizorii de asistență medicală joacă un rol esențial în abordarea abuzurilor ce au loc în unitățile de asistență medicală. În consecință, aplicarea cadrului drepturilor omului îngrijirii pacienților presupune ca interesele pacienților și furnizorilor de asistență medicală să fie interdependente și interesele ambilor să fie protejate. Dacă furnizorii nu își pot exercita pe deplin drepturile, aceștia pot fi descurajați sau lipsiți de autoritatea necesară prevenirii eficiente a abuzurilor față de pacienți. Această secțiune evidențiază câteva standarde regionale europene relevante, așa cum apar în Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) și Carta Socială Europeană (CSE) și modul în care au fost interpretate în raport cu trei drepturi cheie pentru furnizorii de asistență medicală. Acestea includ dreptul la (I) muncă în condiții decente; (II) libertate de asociere și întrunire, incluzând asocierea cu sindicate și dreptul la grevă; și (III) dreptul la un proces echitabil și drepturile înrudite, dreptul la un recurs efectiv, protejarea vieții private și reputației și libertatea de exprimare și informare.

635. CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 octombrie 2010.

636. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți și CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

637. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 28 noiembrie 2011.

638. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 24 septembrie 2007.

Capitolul este împărțit în trei secțiuni principale. Partea I a acestei secțiuni acoperă dreptul la muncă în condiții decente, incluzând dreptul la muncă și dreptul la salarizare echitabilă și securitate în muncă. În partea a II-a se discută despre dreptul la libertatea de asociere. Partea a III-a explorează dreptul la proces echitabil și drepturile înrudite. Fiecare secțiune începe cu o discuție privind semnificația aceluși drept pentru furnizorii de asistență medicală și este urmată de standardele relevante din instrumentele legale europene și jurisprudență pentru a exemplifica potențialele încălcări. Deși există puține sau, uneori, nicio referire directă la standardele prevăzute în prezentul capitol, personalul din sectorul sănătății beneficiază de același nivel de protecție ca alți angajați.

DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

Comitetul European pentru Drepturi Sociale (CEDS) a oferit o interpretare extensivă a dreptului la muncă în condiții decente, guvernat de Carta Socială Europeană (CSE). CSE consfințește dreptul la muncă (CSE, Art. 1), dreptul la condiții de muncă echitabile (CSE, Art. 2), dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex (CSE, Art. 20), și dreptul la condiții de muncă sigure și sănătoase (CSE, Art. 3). Deși nu reprezintă centrul acestei secțiuni, standardele CEDO relevante includ Articolul 2 (dreptul la viață) și Articolul 3 (interzicerea torturii și supunerii la tratamente sau pedepse inumane sau degradante), în măsura în care prevăd garanții împotriva relexor tratamente la locul de muncă.

Dreptul la muncă

Dreptul la muncă impune Statelor „interzicerea legală a oricărei discriminări, directă sau indirectă, în câmpul muncii” și asigurarea protecției speciale cu privire la sex, rasă sau grup etnic.⁶³⁹ Acest drept protejează de asemenea individul de concediere sau altă acțiune represivă a angajatorului împotriva unui angajat care a depus o plângere sau a introdus o acțiune în justiție.⁶⁴⁰ Deși nu a analizat cazul conform dreptului la muncă, CtEDO a constatat o încălcare a Articolului 8 (dreptul la viața privată) și a Articolului 14 (interzicerea discriminării) în cazul unui angajat concediat pe baza statutului său de persoană seropozitivă.⁶⁴¹ Dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex, așa cum garantează Articolul 20 din CSE, protejează individul de: a) discriminare în ceea ce privește angajarea; b) orice practică ce ar putea interfera cu dreptul angajatului de a-și câștiga traiul într-o profesie pe care a ales-o în mod liber⁶⁴², sau care l-ar putea supune muncii forțate sau obligatorii. Legislația ar trebui să interzică orice formă de discriminare indirectă, care apare atunci când o măsură sau o practică identică pentru toate persoanele, fără un scop legitim, afectează disproporționat persoanele cu o anumită religie sau credință, handicap, vârstă, orientare sexuală, opinie politică, origine etnică etc.⁶⁴³ Mai mult, legislația internă trebuie să asigure cel puțin puterea de a abroga sau modifica orice prevedere contrară principiului tratamentului egal, care apare în contractele colective de muncă, contractele individuale de muncă, sau în regulamentul intern al firmelor.⁶⁴⁴ Legislația internă trebuie de asemenea să asigure remedii corespunzătoare și eficiente care să fie adecvate, proporționale și disponibile victimelor în cazul unei acuzații de discriminare. În același mod, acest drept stabilește că impunerea unor plafoane predefinite ale compensațiilor (derivate din încălcarea acestui drept) ce pot fi acordate angajaților sunt contrare acestui drept.⁶⁴⁵

Conform legislației UE, Directiva 2000/78/EC din 27 noiembrie 2000⁶⁴⁶ oferă statelor membre un „cadru

639. Concluziile sunt trase din Rezumatul din septembrie 2008, al CE; ESCR. Concluzii XVI-1, Austria, p. 25.

640. CoE. Concluzii: Islanda. (XVI-1).

641. CtEDO. I.B. v. Grecia. Cererea nr. 552/10. 3 octombrie 2013.

642. CoE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. Concluzii (II și XVI-1). Declarațiile interpretării Articolului 1§2.

643. David Harris et al. *Legea Convenției Europene a Drepturilor Omului [Law of the European Convention on Human Rights]*. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 607.

644. CoE. Concluzii: Islanda. (XVI-1).

645. CoE. Concluzii 2006: Albania.

646. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 de aplicare a principiului egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii. OJ L 373 din 21.12.2004. 25 iunie 2009.

de orientare” pentru a aborda discriminarea la locul de muncă. Recunoscând că „angajarea și profesia sunt elemente cheie pentru garantarea oportunităților egale pentru toate persoanele și contribuie puternic la participarea în întregime a cetățenilor la viața economică, culturală și socială și la realizarea potențialului acestora”, directiva interzice „orice discriminare directă sau indirectă bazată pe religie sau credință, handicap, vârstă sau orientare sexuală”. Directiva este clară în privința faptului că cerințele stabilite constituie „cerințe minime” și că statele membre pot adopta standarde mai ridicate, dar că cerințele din directivă nu trebuie utilizate pentru „justificarea niciunui regres”.

Dreptul la salarizare echitabilă și securitate în muncă

Dreptul la condiții de muncă echitabile (CSE, Articolul 2) stabilește limitele programului zilnic și săptămânal de muncă, inclusiv orele suplimentare. Prevederile acestui drept trebuie garantate prin legi, regulamente, contracte colective sau orice alte mijloace obligatorii.⁶⁴⁷ De asemenea, perioadele de „gardă” în timpul cărora angajatul nu este solicitat să lucreze pentru angajator constituie ore de muncă efective și nu pot fi privite ca perioade de odihnă (în sensul Articolului 2, cu excepția cadrului anumitor profesii sau circumstanțe speciale și conform procedurilor corespunzătoare). Acest drept prevede că absența muncii efective nu poate constitui un criteriu adecvat pentru a considera această perioadă ca perioadă de odihnă.⁶⁴⁸ Orele suplimentare nu trebuie lăsate pur și simplu la discreția angajatorului sau angajatului – motivele orelor suplimentare și durata acestora trebuie să fie supuse unor reglementări.⁶⁴⁹

Dreptul la condiții de muncă echitabile impune de asemenea ca salariile să fie peste pragul sărăciei în țara respectivă pentru a fi considerate remunerație echitabilă. Salariul nu trebuie să fie cu mult sub salariul mediu național. De fapt, CEDS a subliniat că salariul minim trebuie să fie „suficient pentru a asigura angajatului un nivel de trai decent.”⁶⁵⁰ În același mod, acest drept stabilește și că angajații care efectuează ore suplimentare trebuie plătiți cu o rată mai mare decât rata salariului normal.⁶⁵¹ De asemenea, acesta asigură dreptul femeilor și bărbaților de a primi „un salariu egal pentru o muncă de valoare egală.”⁶⁵² În consecință, legislația internă prevede remedii corespunzătoare și eficiente în cazul acuzațiilor de discriminare salarială.⁶⁵³ Orice persoană care suferă de discriminare salarială în funcție de sex trebuie să aibă dreptul la despăgubire corespunzătoare, suficientă pentru a repara prejudiciul suferit de victimă și pentru a acționa ca factor de descurajare a făptuitorului.⁶⁵⁴

Dreptul la sănătate și securitate în muncă (CSE, Art. 3) impune ca prevenirea riscului ocupațional să reprezinte o prioritate și să fie incorporată în activitățile autorităților publice la toate nivelele și să facă parte din alte politici publice (privind angajarea, persoanele cu handicap, oportunități egale etc.).⁶⁵⁵ Conform acestui drept, angajații, toate locurile de muncă și toate sectoarele de activitate trebuie acoperite de norme de sănătate și securitate la locul de muncă.⁶⁵⁶ În același mod, acest drept impune Statelor să se asigure că politica și strategiile adoptate sunt evaluate și revizuite periodic, în special în lumina riscurilor aflate în schimbare. La nivelul angajatorului, în plus față de respectarea normelor de protecție, trebuie să existe evaluarea periodică a riscurilor de natură profesională și adoptarea măsurilor preventive orientate spre natura riscurilor, suplimentare informării și instruirii angajaților. Angajatorii sunt de asemenea obligați să furnizeze informații, instruire și supervizare medicală corespunzătoare angajaților temporari și angajaților cu contracte pe perioadă determinată (de exemplu, având în vedere perioadele acumulate de expunere la substanțe

647. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 2§1.

648. ESCR. Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța. Plângerea colectivă nr. 16/2003. 12 octombrie 2004.

649. CoE. Concluzii (XIV-2). Declarația interpretării Articolului 2(1).

650. Concluzii 2003, Franța, p. 120

651. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 4§2.

652. CoE. Concluzii: Republica Slovacă. (XV-2, anexă).

653. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 4§3.

654. CoE. Concluzii (XIII -5). Declarația interpretării Articolului 1 din Protocolul Adițional.

655. CoE. Concluzii 2005: Lituania.

656. CoE. Concluzii 2005: Estonia.

periculoase ale angajaților în timpul lucrului pentru diferiți angajatori).⁶⁵⁷ Acest drept se aplică atât sectorului public cât și celui privat.⁶⁵⁸

PREVEDERI RELEVANTE

► CSE

- **Art. 1(2) – Dreptul la muncă:** În vederea exercitării efective a dreptului la muncă, părțile se angajează: ... să protejeze de o manieră eficientă dreptul lucrătorului de a-și câștiga existența printr-o muncă liber întreprinsă...
- **Art. 2 (1) – Dreptul la condiții de muncă echitabile:** În vederea exercitării efective a dreptului la condiții de muncă echitabile, părțile se angajează: ... să fixeze o durată rezonabilă a timpului de muncă zilnic și săptămânal, săptămâna de lucru trebuind să fie redusă treptat în măsura în care creșterea productivității și ceilalți factori relevanți o permit...
- **Art. 3 – Dreptul la sănătate și securitate în muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la sănătate și securitate în muncă, părțile se angajează, în consultare cu organizațiile patronilor și lucrătorilor:
 1. să definească, să pună în practică și să reexamineze periodic o politică națională coerentă în materie de securitate și sănătate ocupațională și a mediului de muncă. Această politică va avea drept obiect primordial ameliorarea securității și sănătății ocupaționale și prevenirea accidentelor și lezării sănătății care rezultă din muncă, sunt legate de muncă sau survin în cursul muncii, în special prin reducerea la minimum a cauzelor riscurilor inerente mediului de muncă;
 2. să emită regulamente de securitate și sănătate;
 3. să asigure măsuri de control al aplicării acestor regulamente;
 4. să promoveze instituirea progresivă a serviciilor de sănătate ocupațională pentru toți lucrătorii, cu funcțiuni eminamente preventive și de îndrumare.
- **Art. 4 – Dreptul la salarizare echitabilă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la o salarizare echitabilă, părțile se angajează:
 1. să recunoască dreptul lucrătorilor la o salarizare suficientă care să le asigure acestora, precum și familiilor acestora, un nivel de trai decent;
 2. să recunoască dreptul lucrătorilor la un coeficient majorat de salarizare pentru orele suplimentare, de muncă, cu excepția unor cazuri particulare;
 3. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor și lucrătoarelor la salarizare egală pentru muncă de valoare egală;
 4. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor la o perioadă de preaviz rezonabilă în cazul încetării angajării;
 5. să nu autorizeze reținerile din salarii decât în condițiile și în limitele prescrise de legislația sau reglementarea națională ori fixate prin convenții colective sau sentințele de arbitraj. Exercitarea acestor drepturi trebuie să fie asigurată fie prin intermediul convențiilor colective încheiate în mod liber, fie prin metode legale de fixare a salariilor, fie prin orice altă modalitate adecvată condițiilor naționale.
- **Art. 22 – Dreptul de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanților

657. CoE. Concluzii 2003: Bulgaria. p. 31.

658. CoE. Concluzii II. Declarația interpretării Articolului 3.

acestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:

- a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;
- b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;
- c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;
- d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

PREVEDERI PRIVIND FEMEILE

► CSE

- **Art. 20 – Dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și profesie, fără discriminare în funcție de sex:** În vederea exercitării efective a dreptului la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex, părțile se angajează să recunoască acest drept și să ia măsurile adecvate pentru a asigura și a promova aplicarea sa în următoarele domenii:
 - a) accesul la angajare, protecția împotriva concedierii și reintegrarea profesională;
 - b) orientarea și formarea profesională, recalificarea și readaptarea profesională;
 - c) condițiile de angajare și de muncă, inclusiv salarizarea;
 - d) evoluția carierei, inclusiv promovarea.

PREVEDERI PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

► CSE

- **Art. 15(2) – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității:** În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special: ... să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită handicapului acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire...

CAZURI PRIVIND DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța (CEDS) (2004). Reclamantii au susținut că Legea din 17 ianuarie 2003 adoptată de guvern a permis ca „perioada de gardă” (*périodes d'astreinte*) să fie considerată perioadă de odihnă, conform legii. Comitetul a constatat că „perioada de gardă” în timpul căreia angajatul nu a fost solicitat să lucreze pentru angajator, deși nu constituie timp efectiv de muncă, nu poate fi privită ca perioadă de odihnă. Comitetul a considerat, prin urmare, că echivalarea „perioadelor de gardă” cu perioade de odihnă constituie o încălcare a dreptului la program de lucru rezonabil.⁶⁵⁹

Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (MFHR) v. Grecia (CEDS) (2006). CEDS a constatat că lipsa legislației privind asigurarea securității și siguranței persoanelor care lucrează în mine de lignit, ca și programul redus de lucru sau concediile suplimentare, constituie o încălcare a Articolului 3 din CSE, care

⁶⁵⁹ ESCR. Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța. Plângerea colectivă nr. 16/2003. 12 octombrie 2004.

funcționează pentru a asigura dreptul la securitate și sănătate în muncă la cel mai înalt nivel posibil. CEDS a subliniat că acest articol impune guvernului „să emită norme de sănătate și securitate care să prevadă măsuri preventive și de protecție împotriva majorității riscurilor recunoscute de comunitatea științifică și stabilite în normele și standardele comunitare și internaționale.”⁶⁶⁰

Syndicat national des Professions du Tourisme v. Franța. (CEDS) (2000). CEDS a constatat o încălcare a dreptului la non-discriminare în angajare în cazul unor entități care ofereau tururi cu ghid (în competența guvernului) și care au tratat diferențiat ghizii lectori angajați de acestea și ghizii interpreți și lectori naționali care dețineau o diplomă de stat. CEDS a concluzionat că diferența de tratament nu avea o justificare rezonabilă și obiectivă și a constituit discriminare de facto în angajare, în detrimentul ghizilor interpreți și lectori naționali cu diplomă de stat.⁶⁶¹

DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE

Dreptul la libertatea de asociere și întrunire este consfințit în Articolul 5 (dreptul de organizare) al CSE și Articolul 11 (libertatea de întrunire și asociere) din CEDO. Dreptul la libertatea de asociere și întrunire stabilește că „asocierea” este un concept autonom care nu depinde de clasificarea adoptată de legislația internă. Acest factor este relevant, dar nu decisiv.⁶⁶² Acesta include de asemenea libertatea de a nu adera la o asociație sau sindicat.⁶⁶³

În plus, acest drept este aplicabil doar organismelor de drept privat, deoarece organismele de drept public (adică cele înființate conform legii) nu sunt considerate a fi „asociații”. Cu toate acestea, acest drept permite „restricții legale” asupra anumitor funcționari publici (de exemplu, forțele armate și poliția) și asupra membrilor „administrației statului.”⁶⁶⁴

CtEDO a confirmat că acest drept include libertatea de abținere de la aderarea la o asociație. Adicional, CtEDO a ajuns la concluzia că membrii organismelor oficiale de reglementare nu se încadrează în sfera garanției. Această constatare este deosebit de importantă pentru medici, deoarece aceste organisme sunt înființate conform legii și dețin autoritatea de a-și disciplina membrii.⁶⁶⁵

Această secțiune acoperă două aspecte ale libertății de asociere: libertatea de asociere și întrunire (CEDO, Art. 11) și drepturile la grevă și de a forma sindicate (CSE, Art. 5, 6, 21 și 22).

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

● Art. 11:

- (1) Orice persoană are dreptul la libertate de întrunire pașnică și la libertate de asociere, inclusiv a constitui cu alții sindicate și de a se afilia la sindicate pentru apărarea intereselor sale.
- (2) Exercițarea acestor drepturi nu poate face obiectul altor restrângeri decât cele prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea

660. ESCR. Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (MFHR) v. Grecia. Plângerea colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006. §224 .

661. ESCR. Syndicat national des Professions du Tourisme v. Franța. Plângerea colectivă nr. 6/1999. 10 octombrie 2000. par. 32.

662. CtEDO. Chassagnou și Alții v. Franța. Cererea nr. 25088/94; 28331/95; și 28443/95. 29 aprilie 1999. (asociațiile vânătorilor din Franța sunt considerate a fi „asociații” sub Articolul 11 deși guvernul a argumentat că sunt instituții de drept public).

663. CtEDO. Young și Alții v. Marea Britanie. Cererea nr. 3455/05. 19 februarie 2009. (“closed shop,” aderarea obligatorie la sindicatul feroviar a încălcat Articolul 11); vedeți și CtEDO. Sigurjonsson v. Islanda. Cererea nr. 16130/90. 30 iunie 1993.

664. Această abordare a fost andosată de experții ESCR dar nu și de Comitetul pentru Libertatea de Asociere ILO, deși Articolul 9(1) din Convenția ILO Nr. 87 care limitează drepturile funcționarilor publici nu se referă la „administrația statului”.

665. A se vedea și Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului. INTERIGHTS Manual pentru Avocați. Articolul 11 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului: Libertatea de Întrunire și Asociere. Furnizează informații despre modul în care CtEDO a interpretat Articolul 11 din CEDO.

națională, siguranța publică, apărarea ordinii și prevenirea infracțiunilor, protecția sănătății, a moralei ori a drepturilor și a libertăților altora. Prezentul articol nu interzice ca restrângeri legale să fie impuse exercitării acestor drepturi de către membrii forțelor armate, ai poliției sau ai administrației de stat.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA LIBERTATEA DE ÎNTRUNIRE ȘI DE ASOCIERE

Albert și Le Compte v. Belgia (CtEDO) (1983). Reclamantul a susținut că obligația de a adera la un organism specific (Ordre des médecins) a avut efectul eliminării libertății de asociere. Curtea a considerat că Ordre des médecins nu poate fi privit ca o asociere în sensul Articolului 11; că existența Ordre des médecins și obligația rezultantă a practicienilor de a fi înregistrați în acest registru și de a se supune autorității organelor acestuia în mod clar nu au nici obiectivul și nici efectul limitării, cu atât mai puțin al suprimării libertății de asociere.⁶⁶⁶

SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ

Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă stabilesc faptul că angajații trebuie să fie liberi să adere sau nu la un sindicat.⁶⁶⁷ Conform acestui drept, orice formă de aderare obligatorie la un sindicat, impusă prin lege, este incompatibilă cu prevederile sale.⁶⁶⁸ Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă stabilesc de asemenea că legislația internă trebuie să interzică în mod clar toate clauzele „closed shop” pre-intrare și post-intrare și toate clauzele de asigurare a sindicatului (rețineri automate din salarii).⁶⁶⁹ În consecință, clauzele din contractele colective, sau aranjamentele autorizate în mod legal, prin care locurile de muncă sunt rezervate în practică membrilor unui anumit sindicat reprezintă încălcări ale dreptului citat.⁶⁷⁰

Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă protejează membrii sindicatelor de orice consecințe negative pe care calitatea de membru al sindicatului sau activitățile sindicatului le pot avea asupra locului de muncă, în special orice formă de represalii sau discriminare în domeniile recrutării, concedierii sau promovării. În cazul în care apare o astfel de discriminare, legislația internă trebuie să creeze dispoziții pentru despăgubirea corespunzătoare și proporțională cu daunele suferite de victimă.⁶⁷¹ Conform acestui drept, sindicatele și organizațiile angajatorilor trebuie să fie independente de amestecul excesiv al Statului în raport cu infrastructura sau funcționarea lor eficientă.⁶⁷²

Acest drept stabilește de asemenea că sindicatele și organizațiile patronale trebuie să fie libere să se organizeze fără autorizație prealabilă și formalități inițiale, cum ar fi declarații și înregistrare, ele trebuind să fie simple și ușor de aplicat. În cazul în care se percep taxe pentru înregistrarea sau înființarea unei organizații, acestea trebuie să fie rezonabile și concepute doar pentru a acoperi costurile administrative strict necesare.⁶⁷³ Cu toate acestea, „dreptul la grevă” poate fi restricționat; interzicerea grevelor în sectoarele esențiale ale comunității se consideră a servi unui scop legitim, deoarece grevele în aceste sectoare ar putea amenința interesul public, securitatea națională și/sau sănătatea publică. Totuși, interzicerea pur și simplu a grevelor, chiar și în sectoarele esențiale – în special atunci când sunt definite pe larg, de exemplu, ca „energie” sau „sănătate” – nu este considerată proporțională cu cerințele specifice ale fiecărui sector. Cel mult, introducerea unei cerințe minime de serviciu în aceste sectoare ar putea fi considerată conformă cu CSE.⁶⁷⁴ Cea mai cuprinzătoare analiză a dreptului la grevă a fost efectuată conform CSE. CtEDO s-a angajat într-o explorare mult mai limitată a sindicatelor, ce include susținerea dreptului la grevă al angajaților.

666. CtEDO. Albert și Le Compte v. Belgia. Cererea nr. 7299/75; 7496/76. 10 februarie 1983.

667. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 5.

668. CoE. Concluzii III. Declarația interpretării Articolului 5.

669. CoE. Concluzii VIII. Declarația interpretării Articolului 5.

670. CoE. Concluzii: Danemarca. (XV-1).

671. CoE. Concluzii 2004: Bulgaria.

672. CoE. Concluzii: Germania. (XII -2).

673. CoE. Concluzii: Marea Britanie. (XV-1).

674. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 6§4; ESCR. Confederația Sindicatelor Independente din Bulgaria, Confederația Muncii „Podkrepa” și Confederația Europeană a Sindicatelor v. Bulgaria. Plângerea colectivă nr. 32/2005. 16 octombrie 2006.

PREVEDERI RELEVANTE

► CSE

- **Art. 5 – Dreptul sindical:** În vederea garantării sau promovării libertății lucrătorilor și patronilor de a constitui organizații locale, naționale sau internaționale pentru apărarea intereselor lor economice și sociale și de a adera la aceste organizații, părțile se angajează ca legislația națională să nu aducă atingere sau să fie aplicată de o manieră care să aducă atingere acestei libertăți. Măsura în care garanțiile prevăzute în prezentul articol se vor aplica poliției va fi determinat prin legislația sau reglementarea națională. Principiul aplicării acestor garanții membrilor forțelor armate și măsura în care ele se vor aplica acestei categorii de persoane sunt de asemenea determinate prin legislația sau reglementarea națională.
- **Art. 6 – Dreptul la negociere colectivă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului de negociere colectivă, părțile se angajează:
 1. să favorizeze consultarea paritară între lucrători și patroni;
 2. să promoveze, atunci când aceasta este necesară și utilă, instituirea procedurilor de negociere voluntară între patroni sau organizațiile patronale, pe de o parte, și organizațiile lucrătorilor, pe de altă parte, în vederea reglementării condițiilor de angajare prin convenții colective;
 3. să favorizeze instituirea și utilizarea procedurilor adecvate de conciliere și arbitraj voluntar pentru reglementarea conflictelor de muncă; și recunosc:
 4. dreptul lucrătorilor și patronilor la acțiuni colective în caz de conflict de interese, inclusiv dreptul la grevă, sub rezerva obligațiilor care ar putea rezulta din convențiile colective în vigoare.
- **Art. 19(4)(b) – Dreptul lucrătorilor migranți și al familiilor lor la protecție și asistență:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor migranți și al familiilor lor la protecție și asistență pe teritoriul oricărei alte părți, părțile se angajează: ... 4. să garanteze lucrătorilor care se găsesc în mod legal pe teritoriul lor, în măsura în care aceste chestiuni sunt reglementate prin legislație sau alte prevederi ori sunt supuse controlului autorităților administrative, un tratament nu mai puțin favorabil decât cel acordat cetățenilor lor în ceea ce privește următoarele elemente:
 - a. salarizarea și alte condiții de angajare și de muncă;
 - b. afilierea la organizațiile sindicale și beneficiul avantajelor oferite de convențiile colective;
- **Art. 22 – Dreptul de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanților acestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:
 - a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;
 - b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;
 - c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;
 - d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

► Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene 675

- **Art. 28:** Lucrătorii și angajatorii sau organizațiile lor au dreptul, în conformitate cu dreptul Uniunii și cu legislațiile și practicile naționale, de a negocia și de a încheia convenții colective la nivelurile corespunzătoare și de a recurge, în caz de conflicte de interese, la acțiuni colective pentru apărarea intereselor lor, inclusiv la grevă.

CAZ PRIVIND SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ

Confederația Europeană a Sindicatelor (ETUC)/Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB)/Confédération des Syndicats Chrétiens de Belgique (CSC)/Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB) v. Belgia (CEDS) (2011). CEDS s-a pronunțat în favoarea sindicatelor reclamante, constatând că, deși Constituția și statutele din Belgia nu consfințeau dreptul la grevă, acest drept (așa cum este înțeles în Articolul 6(4) din CSE) era garantat în jurisprudența internă care e „temeinică și incontestabilă”. Comitetul a concluzionat că restricțiile asupra activităților pichetelor de grevă, conform legislației Belgiei, erau incompatibile cu Articolul G din CSE și au reprezentat o încălcare a dreptului la grevă conform Articolului 6(4).⁶⁷⁶

Enerji Yapi-Yol Sen v. Turcia (CtEDO) (2008). În cazul unei circulare emise de guvern interzicând tuturor funcționarilor publici să inițieze o grevă, Curtea a considerat că dreptul la grevă nu este un drept absolut și poate fi subiect al restricțiilor. Mai mult, Curtea a concluzionat că o interdicție a unei greve ar putea fi impusă funcționarilor publici, însă nu îi poate priva pe toți funcționarii publici de dreptul la grevă.⁶⁷⁷

Unison v. Marea Britanie (CtEDO) (2002). Un sindicat al angajaților din serviciul public, inclusiv furnizori de asistență medicală în spitale, a contestat o hotărâre care îi împiedica să organizeze greve. Comitetul a considerat că dreptul de a forma sindicate nu creează implicit dreptul la grevă și a declarat cererea inadmisibilă.⁶⁷⁸

DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ȘI DREPTURILE ÎNRUDITE

Această secțiune discută patru aspecte ale dreptului la un proces echitabil și drepturile înrudite: interpretarea dreptului la un proces echitabil; garantarea recursului efectiv; protejarea vieții private și reputației; și protejarea libertății de exprimare și informare. Cu privire la furnizorii de asistență medicală, aceste drepturi devin aplicabile atunci când sunt depuse contestații juridice împotriva conduitei lor. CtEDO a oferit interpretare extensivă a dreptului la un proces echitabil, protejat prin Articolul 6 din CEDO. Acest drept cuprinde aspecte cum ar fi acordarea licențelor și neglijența medicală.

Dreptul la un proces echitabil

Dreptul la un proces echitabil, protejat prin Articolul 6 din CEDO, conferă fiecărui individ dreptul la „judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită prin lege.” Acest drept se aplică procesului determinării drepturilor civile sau acuzațiilor penale aduse împotriva unui individ. Se aplică, de asemenea, tuturor procedurilor înrudite, între Stat și individ sau dintre părți private – al căror rezultat este „decisiv” pentru drepturile și obligațiile civile.⁶⁷⁹ Procedurile administrative nu trebuie să respecte neapărat Articolul 6, dat fiind faptul că, la un moment dat, există oportunitatea de a apela la un proces judiciar care respectă standardele Articolului 6. În mod similar, procedurile legale nu trebuie să respecte standardele procesului echitabil în fiecare stadiu al procesului. Mai degrabă, instanțele vor evalua dacă procedurile, privite în ansamblu, constituie un proces echitabil.

În procedurile civile, făptuitorul are dreptul la accesul real și efectiv în instanță, la notificarea momentului și locului procedurilor, la oportunitatea reală de a-și prezenta cazul și la o hotărâre motivată. Nu există nicio

676. ESCR. Confederația Europeană a Sindicatelor (ETUC) / Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB) / Confédération des Syndicats Chrétiens de Belgique (CSC) / Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB) v. Belgia. Plângerea colectivă nr. 59/2009. 13 septembrie 2011.

677. CtEDO. Enerji Yapi-Yol Sen v. Turcia. Cererea nr. 68959/01. 21 aprilie 2009.

678. CtEDO. Unison v. Marea Britanie. Cererea nr. 53574/99. 10 ianuarie 2002.

679. CtEDO. Ringeisen v. Austria. Cererea nr. 2614/65. 16 iulie 1971.

cerință expresă pentru asistență juridică în cazuri civile. Cu toate acestea, pentru a pune în aplicare dreptul de acces și necesitatea echității, în anumite cazuri poate fi necesară asistența.⁶⁸⁰

În plus, potrivit acestui drept, se aplică principiul „egalității armelor” (ambele părți au acces procedural egal în instanță), care poate fi încălcat prin simpla inegalitate din punct de vedere procedural.⁶⁸¹ Acest drept stabilește că ambele părți au dreptul de a fi informate cu privire la documentele depuse de cealaltă parte, precum și în legătură cu alte materiale scrise și au, de asemenea, dreptul la replică.⁶⁸²

PREVEDERI RELEVANTE

► CtEDO

- **Art. 6:** Orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî fie asupra încălcării drepturilor și obligațiilor sale cu caracter civil, fie asupra temeiniciei oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa. Hotărârea trebuie să fie pronunțată în mod public, dar accesul în sala de ședință poate fi interzis presei și publicului pe întreaga durată a procesului sau a unei părți a acestuia, în interesul moralității, al ordinii publice ori al securității naționale într-o societate democratică, atunci când interesele minorilor sau protecția vieții private a părților la proces o impun, sau în măsura considerată absolut necesară de către instanță când, în împrejurări speciale, publicitatea ar fi de natură să aducă atingere intereselor justiției.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL

Konig v. Germania (CtEDO) (1978). Ca urmare a procedurilor disciplinare, un medic a fost considerat inapt pentru practică. Acesta s-a plâns ulterior de durata procedurilor. Curtea a constatat faptul că dreptul de a practica medicina este un drept civil și că durata procedurilor a depășit „timpul rezonabil” impus conform Articolului 6 (peste 10 ani de proceduri de apel).⁶⁸³

Dreptul la un recurs efectiv

Dreptul la un recurs efectiv stabilește că disponibilitatea unui recurs trebuie să includă examinarea cererii și posibilitatea reparării prejudiciului.⁶⁸⁴ Potrivit acestui drept, se vor examina toate procedurile, inclusiv cele judiciare și non-judiciare.⁶⁸⁵ Acest drept stabilește de asemenea că natura recursului necesară satisfacerii obligației conform dreptului citat depinde de natura pretensei încălcări. În majoritatea cazurilor, despăgubirile sunt suficiente. În toate cazurile, recursul trebuie să fie „efectiv” atât în practică, cât și în teorie, ceea ce înseamnă că nu trebuie să existe un amestec disproportionat din partea autorităților Statului.⁶⁸⁶ Acest drept impune ca autoritatea care deține capacitatea de a furniza recursul să fie independentă de organismul care se presupune că a comis încălcarea.⁶⁸⁷

680. CtEDO. Airey v. Irlanda. Cererea nr. 6289/73. 9 octombrie 1979; CtEDO. P și Alții v. Marea Britanie, Cererea nr. 11209/84; 1234/84; 11266/84; 11386/85. 29 noiembrie 1988.

681. CtEDO. Fischer v. Austria. Cererea nr. 33382/96. 17 ianuarie 2002.

682. CtEDO. Dombó Beheer BV v. Olanda. Cererea nr. 14448/88. 27 octombrie 1993.

683. CtEDO. Konig v. Germania. Cererea nr. 6232/73. 28 iunie 1978.

684. CtEDO. Klass v. Germania. Cererea nr. 5029/71. 6 septembrie 1978.

685. CtEDO. Silver v. Marea Britanie, Cererea nr. 5947/72; 6205/73; 7052/75; 7061/75; 7107/75; 7113/75; 7136/75. 25 martie 1983.

686. CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 219987/93. 18 decembrie 1996.

687. CtEDO. Khan v. Marea Britanie. Cererea nr. 35394/97. 4 octombrie 2000; CtEDO. Taylor-Sabori v. Marea Britanie, Cererea nr. 47114/99. 22 ianuarie 2003.

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Aksoy v. Turcia (CtEDO) (2011). În cazul unui individ care a pretins că a fost torturat de agenți ai Statului, Curtea a considerat că dreptul la un recurs efectiv este format „dintr-o investigație amănunțită și eficientă capabilă să conducă la identificarea și pedepsirea celor responsabili și incluzând accesul efectiv al reclamantului la procedura de investigație” – pe lângă plata despăgubirilor, dacă este cazul.⁶⁸⁸

DREPTUL LA PROTEJAREA VIEȚII PRIVATE ȘI A REPUTAȚIEI

Dreptul la protejarea vieții private și a reputației protejează viața privată a individului. De exemplu, asigură protecția împotriva ascultării ilegale a apelurilor telefonice.⁶⁸⁹ Conform acestui drept, protecția se poate extinde și asupra unui anumit comportament și activitate care au loc în public; pentru a extinde protecția, se ia în considerare dacă individul avea o „așteptare rezonabilă a intimității” și dacă a renunțat voluntar la acea așteptare.⁶⁹⁰ Acest drept impune, de asemenea, ca, pe lângă abținerea de la intervenții arbitrare, Statul să ia măsurile necesare asigurării respectării acestui drept, cum ar fi protejarea acestuia de abuzul părților terțe.⁶⁹¹

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 8:**
 1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
 2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.
- **Art. 10:**
 1. Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societățile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.
 2. Exercițarea acestor libertăți ce comportă îndatoriri și responsabilități poate fi supusă unor formalități, condiții, restrângeri sau sancțiuni prevăzute de lege care, într-o societate

688. CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 26211/06. 12 ianuarie 2011. par. 98.

689. CtEDO. Halford v. Marea Britanie. Cererea nr. 20605/92. 25 iunie 1997. (concluzionând că ascultarea apelurilor telefonice private efectuate către un telefon de birou poate constitui o încălcare a Articolului 8).

690. CtEDO. Von Hannover v. Germania. Cererea nr. 40660/08; 60641/08. 7 februarie 2012.

691. CtEDO. Von Hannover v. Germania. Cererea nr. 40660/08; 60641/08. 7 februarie 2012. par. 98-99.

democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea națională, integritatea teritorială sau siguranța publică, apărarea ordinii și prevenirea infracțiunilor, protecția sănătății, a moralei, a reputației sau a drepturilor altora, pentru a împiedica divulgarea informațiilor confidentiale sau pentru a garanta autoritatea și imparțialitatea puterii judecătorești.

- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.

DREPTUL LA LIBERTATEA DE EXPRIMARE ȘI INFORMARE

Dreptul la libertatea de exprimare și informare protejează individul față de restricțiile impuse de stat în calea accesării informațiilor pe care alte persoane doresc să le împărtășească. Cu toate acestea, conform acestui drept, Statul nu deține obligația pozitivă de a colecta și difuza informații din proprie inițiativă.⁶⁹² Acest drept stabilește că funcționarii publici, în măsura în care se bucură de încredere publică, pot fi protejați de „atacuri verbale ofensive și abuzive.” Chiar și în aceste cazuri, totuși, funcționarii publici au datoria de a-și exercita atribuțiile doar în concordanță cu standardele profesionale, fără a fi influențați în mod disproporționat de sentimentele personale.⁶⁹³

Deși drepturile de a împărtăși și de a primi informații nu sunt consfințite în articole separate, ele au fost interpretate ca parte a dreptului la libertatea de exprimare, care este protejat de Articolul 10 din CEDO. Mai mult, libertatea de exprimare poate fi restricționată legitim, prin aplicarea Articolului 8, pentru protejarea drepturilor și reputației altor persoane. De exemplu, presa nu deține dreptul absolut de a publica atacuri nejustificate la adresa oficialilor publici.

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 10 (1):** Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societățile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA LIBERTATEA DE EXPRIMARE ȘI INFORMARE

Sosinowska v. Polonia (CtEDO) (2011). Un medic a fost sancționat de consiliul medical pentru criticarea deciziilor altui medic privind diagnosticul și tratamentul unui pacient al secției. Curtea a constatat că intervenția consiliului medical a constituit o încălcare a Articolului 10, considerând că sancțiunea „nu a fost proporțională cu scopul legitim urmărit și, în consecință, nu a fost ‚necesară într-o societate democratică’.”⁶⁹⁴

692. CtEDO. Guerra și Alții v. Italia. Cererea nr. 14967/89. 19 februarie 1998.

693. CtEDO. Yankov v. Bulgaria. Cererea nr. 39084/97. 11 martie 2004.

694. CtEDO. Sosinowska v. Polonia. Cererea nr. 10247/09. 18 octombrie 2011.



4.1 Introducere

4.2 Sistemul Internațional

4.3 Sistemul European

4.4 Procedura de trimitere a cererilor la Curtea Europeană a Drepturilor Omului

4

Proceduri internaționale și regionale

4.1 Introducere

Mecanismele internaționale și regionale de monitorizare a drepturilor omului joacă un rol important în implementarea drepturilor omului. Aceste mecanisme au fost înființate pentru a spori conformarea statelor cu tratatele internaționale și regionale ratificate în domeniul drepturilor omului. Cu toate că tratatele constituie legea internațională obligatorie, interpretările tratatelor internaționale emise de aceste organisme de monitorizare a drepturilor omului nu sunt direct obligatorii pentru state, deși câteva organisme sunt mandatate pentru a emite hotărâri obligatorii din punct de vedere juridic. Mai mult decât atât, interpretările tratatelor realizate de către aceste organisme au avut impact chiar și la nivel național.⁶⁹⁵

În general, organismele de monitorizare a drepturilor omului iau forma:

- unui organism jurisdicțional ce acționează în calitate de organ judiciar și emite hotărâri care sunt obligatorii pentru Statele care au ratificat tratatul respectiv; sau
- unui organism care examinează rapoartele prezentate de Statele parte la tratat privind conformitatea acestora cu respectivele tratate de drepturile omului și care, în unele cazuri, examinează plângerile individuale sau colective privind încălcarea drepturilor omului întemeiate pe aceste tratate.

Acest capitol servește drept referință rapidă pentru cititori în ceea ce privește modul de navigare prin ambele sisteme, cel internațional și cel regional (European), furnizând informații de bază cu privire la aceste mecanisme de monitorizare a drepturilor omului, inclusiv informații de contact.

695. A se vedea *Mini Numa Comty. v. Sec'y of Health & Ors.*, *Juzgado del Distrito de Guerrero [JD]* [Tribunalul Districtual Guerrero], J.A.IA. 1157/2007-II (Mex.); A se vedea și *Christof Heyns și Frans Viljoen, Impactul pe plan intern al tratatelor Națiunilor Unite privind drepturile omului* (Haga: *Drept Internațional Kluwer*, 2002). (Include discuții pentru 20 de țări privind înregistrările acestora referitoare la conformitatea cu deciziile mai multor comisii internaționale importante de Resurse umane).

4.2 Sistemul internațional

După cum s-a discutat în Capitolul 2, în prezent există opt tratate internaționale fundamentale privind drepturile omului, care conțin garanții legate de protecția drepturilor omului privind îngrijirea pacientului. Deși aceste tratate sunt obligatorii numai pentru statele care le-au ratificat,⁶⁹⁶ standardele lor au o forță morală și politică puternică inclusiv pentru țările care nu le-au ratificat. Fiecare dintre aceste tratate dispune de o comisie care se ocupă de monitorizarea respectării tratatului de către state. Acestea sunt denumite în continuare „organisme de monitorizare a tratatelor” sau „organisme ale tratatelor”.

ORGANISMELE DE MONITORIZARE A TRATATELOR ONU

În general, organismele de monitorizare a tratatelor ONU monitorizează respectarea de către stat a respectivului tratat, utilizând o combinație de trei tipuri de mecanisme: 1) documente interpretative cu privire la conținutul tratatului în cauză; 2) evaluarea respectării de către stat a tratatului în cauză pe baza rapoartelor pe care statele-părți sunt obligate să le prezinte în mod regulat; și 3) primirea și luarea în considerare a comunicărilor individuale întemeiate pe încălcarea de către stat a unui sau a mai multor drepturi ale omului protejate de tratat în cauză, precum și emiterea de recomandări pentru statul pârât. Fiecare din funcțiile specifice ale organismelor, informațiile de contact, și modalitățile prin care societatea civilă poate participa sunt detaliate mai jos.

O NOTĂ PRIVIND UTILIZAREA DE RAPOARTE ALTERNATIVE ÎN CADRUL ORGANISMELOR DE MONITORIZARE A TRATATELOR ONU

Organismele de monitorizare a tratatelor oferă diferite căi de participare a societății civile, o opțiune cheie fiind prezentarea rapoartelor alternative (cunoscute, de asemenea, sub numele de rapoarte “paralele” sau rapoarte “în umbră” sau “informații scrise”). Aceste rapoarte pot avea un rol important în cadrul procesului de raportare periodică a organismelor de monitorizare a tratatelor ONU. Acestea permit societății civile să ofere sprijin sau informații alternative privind situația drepturilor omului din țara examinată de un anumit organism. Din acest motiv, această secțiune a capitolului subliniază rapoartele alternative ca fiind unul dintre instrumentele disponibile pentru societatea civilă, utilizate pentru a influența munca organismelor de monitorizare a tratatelor.

Rapoartele alternative trimise până acum, precum și informațiile pentru societatea civilă cu privire la prezentarea acestor rapoarte, sunt accesibile pe site-ul web al Biroului Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului.

Comitetul pentru drepturile omului

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR) supraveghează respectarea Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR) de către statele care au ratificat tratatul. CCPR emite documente interpretative cu privire la ICCPR, denumite “comentarii generale.”

CCPR monitorizează progresul în implementarea ICCPR bazat pe analiza rapoartelor periodice prezentate de statele părți și are în vedere plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului. De asemenea, CCPR analizează „comunicările individuale,” care sunt plângeri depuse de persoane fizice sau grupuri de persoane

696. Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR). Ratificări, Abțineri și Declarații. <http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=4&subid=A&lang=en>. Accesat August 14, 2013.

referitoare la încălcări ale drepturilor stabilite în ICCPR săvârșite de către statele părți care au ratificat Primul Protocol Opțional la ICCPR.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze către CCPR la un an de la ratificarea ICCPR, iar după, la cerere —aproximativ o dată la fiecare 4 ani. Odată ce un stat își înaintează raportul, CCPR îl analizează și emite „observații finale”, comunicându-și preocupările și recomandările către respectivul stat cu privire la modalitatea cea mai bună de implementare a tratatului.

CCPR se reunește de trei ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot trimite rapoarte alternative către CCPR cu privire la orice aspect cu privire la respectarea de către un stat parte a ICCPR. Aceste rapoarte ar trebui să fie prezentate, până la termenul limită relevant, prin Secretariatul CCPR aflat la Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului din Geneva, care păstrează de asemenea un calendar referitor la data când Statele-parte trebuie să apară înaintea CCPR. A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul web al CCPR.

Organizațiile pot participa la sesiunile CCPR în calitate de observatori, dar nu le este permis să vorbească în timpul revizuirii Statelor. Pentru a face acest lucru, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans. Cei care au prezentat rapoarte la CCPR pot face o prezentare orală scurtă, în prima zi a sesiunii. Organizațiile pot planifica, de asemenea, briefing-uri informale, la prânz, la Comisie.

În plus, în conformitate cu mecanismul de plângeri individuale al CCPR, ONG-urilor li se permite să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice respective. Vezi „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CCPR.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR)
 Divizia Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresa de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 92 61

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: ccpr@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CCPR/Pages/CCPRIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturi economice, sociale și culturale

MANDAT

Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale (CESCR) supraveghează respectarea de către Statul membru a Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR). CESCR emite documente interpretative referitoare la ICESCR, denumite „observații generale”.

CESCR monitorizează progresele înregistrate în implementarea ICESCR pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului, și examinează „comunicările individuale”, care sunt plângeri depuse de persoane fizice sau grupuri de persoane întemeiate pe încălcări ale drepturilor stabilite în ICESCR de către statele părți care au ratificat Protocolul opțional la ICESCR.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze în termen de doi ani de la ratificarea ICESCR și, ulterior, la fiecare cinci ani. Odată ce un stat își înaintează raportul, CESCR analizează raportul și emite „observații finale”, oferind observații pozitive, preocupările și recomandările privind modul în care statul-parte poate pune în aplicare mai bine tratatul.

CESCR se întrunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, organizațiile pot depune „rapoarte paralele” la CESCR cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a ICESCR. Rapoartele paralele ar trebui să fie prezentate prin intermediul secretariatului CESCR aflat la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind datele când statele-parte trebuie să apară înaintea CESCR. A se vedea „Participarea la lucrările Comisiei” pe site-ul CESCR.

Organizațiile pot participa la o sesiune a CESCR sau la o întâlnire preliminară a grupului de lucru. Pentru a face acest lucru, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans. Cei care au prezentat rapoarte la CESCR pot face o prezentare orală scurtă în după-amiaza primei zi de luni a sesiunii și/sau pot să organizeze ședințe de informare (briefing-uri) informale de prânz cu membrii Comitetului.

În cadrul mecanismului pentru plângerile individuale a CESCR, ONG-urilor li se permite să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice respective. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CESCR.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale (CESCR)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 90 00

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: cescr@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru prevenirea torturii

MANDAT

Comitetul pentru prevenirea torturii (Comitetul CAT) supraveghează respectarea de către state a Convenției împotriva torturii și altor pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante (CAT sau „Convenția asupra torturii”). Comitetul CAT emite documente interpretative pe Convenția asupra torturii denumite „comentarii generale”.

Comitetul CAT monitorizează progresele în punerea în aplicare a Convenției torturii pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului și, de asemenea, examinează plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au recunoscut în mod expres competența Comitetului CAT de a primi plângeri individuale (în temeiul Articolului 22 al Convenției).

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze în termen de un an de la ratificarea Convenției torturii și ulterior, la fiecare patru ani. Odată ce un stat depune raportul său, Comitetul CAT îl examinează și emite „observații finale”, care include concluziile Comitetului cu privire la respectarea de către stat a Convenției torturii și poate adresa recomandări de îmbunătățire a implementării tratatului de către stat.

Comitetul CAT se întâlnește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „informații scrise” Comitetului CAT cu privire la orice aspect privind respectarea de către un stat parte a Convenției torturii. Informațiile scrise ar trebui să fie transmise prin intermediul Secretariatului CAT de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind momentul la care statele-părți apar în fața Comitetului CAT. A se vedea „Participarea la lucrările Comisiei” pe site-ul Comitetului CAT.

Organizațiile care au transmis informații scrise se pot întâlni în particular cu Comitetul CAT, înainte de reuniunea Comisiei cu delegația statului ce urmează a fi examinat. Instituțiile naționale pentru drepturile omului (NHRIs) se pot întruni, de asemenea, în particular cu membrii importanți ai Comitetului CAT și raportorii de țară, înainte de ședința Comitetului CAT cu statul respectiv. Pentru a participa în acest mod, organizațiile trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, anticipat.

Comitetul CAT poate lua în considerare, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului presupus comise de către statele care au făcut declarația necesară în temeiul articolului 22 al Convenției torturii. Vezi „Procedura de plângere”, pe site-ul web al Comisiei CAT.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul împotriva Torturii (CAT)
Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 97 06
Fax: +41 (0) 22 917 90 08
E-mail: cat@ohchr.org
Website: www.ohchr.org/EN/HRBodies/CAT/Pages/CATIndex.aspx

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor

MANDAT

Comitetul pentru Eliminarea Tuto­rur Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (Comitetul CEDAW) supraveghează respectarea de către stat a Convenției privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW). Comitetul CEDAW emite documente interpretative asupra CEDAW numite „recomandări generale”.

Comitetul CEDAW monitorizează progresele înregistrate de țări la punerea în aplicare a CEDAW, pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele părți care au ratificat Convenția. Comisia are, de asemenea, competența de a iniția anchete privind încălcări sistemice ale drepturilor femeilor, precum și examinarea și luarea în considerare a plângerilor individuale privind încălcarea drepturilor pretins comise de statele care au ratificat Protocolul opțional la CEDAW.

În cadrul procedurii de raportare periodică, statele-părți trebuie să raporteze în termen de un an de la ratificarea CEDAW și, ulterior, cel puțin o dată la patru ani. Odată ce Statul-parte își depune raportul, Comitetul îl analizează și oferă concluzii privind punerea în aplicare de către stat a CEDAW, subliniind atât aspectele pozitive cât și domeniile îngrijorătoare, precum și furnizarea de sugestii și recomandări privind modul în care statul poate pune în aplicare mai bine tratatul.

Comitetul CEDAW se reunește de câte ori este necesar pentru a-și îndeplini funcțiile.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune rapoarte alternative sau în umbră în fața Comitetului CEDAW referitor la orice aspect privind respectarea de către un stat parte la CEDAW. Aceste rapoarte ar trebui prezentate prin Divizia pentru promovarea femeilor, din New York, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele părți trebuie să apară în fața comitetului. (A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul Comitetului CEDAW și „Producerea Rapoartelor Alternative către Comitetul CEDAW: Un ghid de procedură” al International Women’s Rights Action Watch). ONG-urile pot solicita, de asemenea, Comitetului CEDAW să inițieze anchete privind încălcări sistemice ale drepturilor femeilor de către statele care au ratificat Protocolul Opțional CEDAW.

Organizațiile pot participa la sesiunea Comitetului CEDAW în calitate de observatori sau se pot prezenta la reuniunile din pre-sesiune, care sunt limitate la reprezentanții ONU și ONG-urile din țările ale căror rapoarte sunt în curs de examinare. Pentru a face acest lucru, acestea trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare” anticipat. Cei care au prezentat rapoarte alternative către Comitetul CEDAW pot face o prezentare orală în cadrul reuniunii de consultare informală, care este de obicei programată în prima zi a săptămânii. Organizațiile trebuie să obțină și acreditare din partea Comitetului pentru a participa la această reuniune.

În cadrul mecanismului de comunicări individuale al Comitetului CEDAW, ONG-urile au voie să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul Comitetului CEDAW.

Pentru mai multe informații, a se vedea „Participarea ONG” pe site-ul web al Entității Națiunilor Unite pentru egalitatea de gen și emanciparea femeilor (UN Women).

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Împotriva Femeilor (CEDAW)
Divizia de tratate pentru drepturile omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 94 43

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: cedaw@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru eliminarea discriminării rasiale

MANDAT

Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale (CERD) supraveghează respectarea de către statul-parte a Convenției internaționale privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (ICERD). CERD emite documente interpretative bazate pe ICERD denumite „recomandări generale.”

CERD monitorizează progresul țării în punerea în aplicare a ICERD pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, precum și printr-o procedură de avertizare timpurie, în cazul în care CERD ia măsuri de prevenire a unor situații ce pot degenera în conflicte sau probleme care necesită atenție urgentă. CERD este, de asemenea, însărcinat cu primirea și examinarea plângerilor interstatale de încălcare a drepturilor omului, precum și plângeri individuale împotriva statelor care au recunoscut în mod expres competența CERD de a examina plângerile individuale (în conformitate cu Articolul 14 din ICERD).

În cadrul procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze către CERD la un an de la ratificarea ICERD și ulterior, la fiecare doi ani. Odată ce un stat parte își depune raportul, CERD îl analizează și emite „observații finale” arătându-și preocupările și recomandările statului respectiv cu privire la punerea în aplicare a tratatului.

CERD se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” către CERD cu privire la orice aspect al respectării ICERD de către un stat-parte. Rapoartele alternative trebuie depuse prin Secretariatul CERD aflat la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte trebuie să apară înaintea CERD. A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul web al CERD.

Organizațiile pot participa la o sesiune CERD în calitate de observatori. Organizațiile pot participa la reuniunile informale în pre-sesiune, cu ONG-urile, ce au loc la începutul fiecărei săptămâni în timpul ședinței CERD. Aici, ONG-urile pot furniza informații cu privire la țările în curs de examinare în acea săptămână. ONG-urile pot organiza, de asemenea, briefing-uri informale la prânz cu Comitetul. Pentru a se angaja în oricare dintre aceste activități, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans.

CERD poate lua în considerare, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au făcut declarația necesară în conformitate cu Articolul 14 din ICERD. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CERD.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale (CERD)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 94 40

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: cerd@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CERD/Pages/CERDIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora

MANDAT

Comitetul pentru Protecția Drepturilor Tuto­rului Lucrătorilor Migranți și a Membrilor Familiilor Acestora (CMW) monitorizează punerea în aplicare a Convenției internaționale pentru protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora (ICMW). CMW emite documente interpretative referitoare la ICMW denumite „comentarii generale”.

CMW monitorizează progresele înregistrate în punerea în aplicare a ICMW pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul. Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze CMW la un an de la ratificarea ICMW, iar apoi la fiecare cinci ani. Odată ce statul parte depune raportul său, CMW îl examinează și emite „observații finale”, în care arată statului respectiv preocupările și recomandările sale, cu privire la punerea în aplicare a tratatului.

CMW nu are momentan competență pentru a lua în considerare plângerile individuale. Protocolul facultativ la ICMW acordă Comitetului această putere, deschisă pentru semnare în 2012, dar acest înscris nu a obținut încă cele 10 ratificări necesare pentru ca mecanismul individual de plângere să intre în vigoare.

Comitetul CMW se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „observații scrise” (i.e., rapoarte alternative) Comitetului CMW cu privire la orice aspect al respectării de către un stat-parte a ICMW. Observațiile scrise ar trebui să fie prezentate prin intermediul Secretariatului CMW de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte trebuie să apară în fața Comitetului CMW.

Organizațiile pot participa la o ședință a CMW în calitate de observatori. Ele pot prezenta, de asemenea, informații orale în fața Comitetului la reuniunile publice și/sau informale ce au loc în timpul ședinței. Pentru a se angaja în oricare dintre aceste activități, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans.

Mecanismul individual de plângere pentru CMW nu a intrat încă în vigoare.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Muncitorii Migranți (CMW)
Divizia de Tratat­e pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 96 41

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: cmw@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CMW/Pages/CMWIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări

Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului

Biroul Națiunilor Unite de la Geneva

1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: tb-petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Comitetul CRPD) supraveghează respectarea de către stat a Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD). Emiterea documentelor interpretative cu privire la conținutul tratatului este parte a mandatului Comitetului CRPD, însă, până la momentul actual, a emis doar schițe de observații generale.

Comitetul CRPD monitorizează progresul punerii în aplicare a CRPD pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului, și de asemenea analizează plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au ratificat Protocolul Opțional la CRPD.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele-trebuie să raporteze în termen de doi ani de la ratificarea CRPD și ulterior, la fiecare patru ani. Odată ce un stat-parte depune raportul său, Comitetul CRPD examinează raportul și emite „observații finale”, formulează recomandări generale și sugestii cu privire la modul în care statul poate pune mai bine în aplicare tratatul.

Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la Comitetul CRPD cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a CRPD. Rapoartele alternative trebuie înaintate prin Secretariatul CRPD Secretariat de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului (OHCHR) din Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte vor apărea în fața Comitetului CRPD.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD)
Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 97 03

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: crpd@ohchr.org

Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturile copilului

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Copilului (Comitetul CRC) supraveghează respectarea de către stat a Convenției privind Drepturile Copilului (CRC). Comitetul CRC emite documente interpretative asupra CRC denumite „comentarii generale.”

Comitetul CRC monitorizează progresul în implementarea CRC pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul. Se analizează, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au ratificat Protocolul Opțional la CRC.

Comitetul CRC se reunește de trei ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la Comitetul CRC cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a CRC. Rapoartele alternative ar trebui să fie prezentate prin intermediul secretariatului CRC cu sediul la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului din Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte vor apărea în fața Comitetului CRC.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat:

Comitetul pentru Drepturile Copilului (CRC)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 917 91 41

Fax: +41 (0) 22 917 90 08

E-mail: crc@ohchr.org

Website: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/index.htm>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția

Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)

E-mail: petitions@ohchr.org

Organizația internațională a muncii

MANDAT

Organizația Internațională a Muncii (ILO) promovează dezvoltarea unor condiții adecvate de muncă, oportunități pentru locuri de muncă decente, precum și consolidarea protecției sociale privind probleme legate de muncă. ILO este unică în structura sa de conducere tripartită, reprezentând guvernele, angajatorii, precum și lucrătorii.

ILO găzduiește conferințe bianuale care servesc drept forum pentru dialog referitor la muncă, stabilirea și adoptarea standardelor internaționale de muncă, precum și la alegerea organismului de conducere al ILO.

Statele care au ratificat o convenție a ILO au obligația legală de a aplica prevederile acesteia. Până în prezent, ILO a adoptat 189 de convenții internaționale în domeniul muncii.

Există două tipuri de mecanisme de monitorizare privind respectarea de către un stat membru a convențiilor cu ILO: un sistem obișnuit de supraveghere și proceduri speciale. În cadrul „sistemului obișnuit de supraveghere”, statele membre ale ILO au obligația de a prezenta rapoarte la fiecare doi ani cu privire la punerea în aplicare a celor opt convenții fundamentale și patru convenții prioritare ratificate, și o dată la cinci ani pentru toate celelalte convenții. Cu toate acestea, unui stat parte i se poate cere să prezinte rapoarte la intervale mai scurte. Comitetul de Experți în Aplicarea Convențiilor și Recomandărilor (CEACR) examinează raportul și comunică cu statul parte privind punerea în aplicare a convențiilor. Odată adoptat, raportul anual CEACR este prezentat la Conferința Internațională privind Munca și este examinat de către Comitetul Conferinței privind Aplicarea Standardelor (Comisia Conferinței), care selectează observații specifice pentru discuții și invită statele părți să răspundă și să furnizeze informații privind problema sau problemele, în discuție. Comitetul Conferinței emite, de obicei, concluzii și recomandări pentru îmbunătățirea punerii în aplicare a convenției/convențiilor OIM.

CEACR se reunește în lunile noiembrie și decembrie ale fiecărui an, iar Conferința Internațională a Muncii are loc în luna iunie.

Alt mecanism al ILO este constituit de „procedurile speciale”, în care o asociație industrială a angajatorilor sau a lucrătorilor poate depune o plângere împotriva Statelor membre. Aceștia pot depune plângeri în fața Consiliului de administrație al ILO împotriva oricărui stat membru care nu respectă convenția ratificată. O comisie a Consiliului de administrație examinează cazul și transmite Consiliului concluziile și recomandările sale. În cazul în care Consiliul de administrație nu este mulțumit de răspunsul statului, se pot publica reprezentarea și răspunsul. Organizațiile patronale și sindicale pot depune, de asemenea, o cerere în fața Comitetului pentru Libertatea de asociere - o altă procedură specială. În cazul în care Comitetul constată o încălcare a libertății de asociere, acesta emite recomandări în raportul Consiliului de administrație și solicită ca Statele-parte să depună ulterior un raport la punerea în aplicare a recomandărilor sale.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Organizațiile societății civile pot participa în mai multe feluri la ILO. Organizațiile patronale și sindicale aleg reprezentanți pentru a face parte din Consiliul de administrație și diverse organisme consultative ale ILO, în cazul în care se bucură de același nivel de autoritate decizională ca și guvernele. Convențiile și recomandările ILO oferă statelor membre procedurile de consultare cu organizațiile lucrătorilor și angajatorilor, și reprezentanții acestora cu privire la toate problemele ILO. După cum s-a subliniat mai sus, asociațiile lucrătorilor și angajatorilor sunt invitate să prezinte informații privind punerea în aplicare de către statul parte a unei convenții ratificate pentru pregătirea de către CEACR a analizei raportului statului. ILO oferă, de asemenea servicii de instruire și consultanță pentru aceste organizații.

Utilizând mecanismele de plângere în „proceduri speciale” (descrise mai sus), organizațiile angajatorilor și lucrătorilor pot depune plângeri la Biroul Internațional al Muncii împotriva unui stat membru pentru presupuse încălcări ale convenției(lor) ratificată(e).

ILO colaborează de asemenea cu organizațiile locale, naționale și regionale, cum ar fi asociațiile profesionale, cooperative, comisii de dezvoltare rurală, comisiile utilizatorilor de apă, grupuri de credit rurale sau urbane, ONG-uri interesate de dezvoltare locală și națională sau a drepturilor omului, organizații comunitare indigene, și rețele de lucrători la domiciliu, în special femei. Ei participă la activitățile de cooperare tehnică ale ILO. În ceea ce privește popoarele indigene, convenția încurajează statele să se consulte cu ei în pregătirea rapoartelor. Popoarele indigene pot, de asemenea, să se afilieze cu asociațiile lucrătorilor sau pot forma propriile lor asociații de lucrători, în scopul de a comunica mai direct cu ILO.

În plus față de integrarea ONG-urilor în structura sa tripartită, organizațiile non-guvernamentale internaționale recunoscute de către ILO se bucură de statut consultativ, care le permite să-și exprime punctele de vedere cu

privire la aspectele discutate în cadrul reuniunilor ILO, chiar dacă acestea nu au drept de vot. De asemenea, ONG-urile care fac parte din „Lista Specială” au relații de lucru cu ILO, fiindcă se presupune că împărtășesc aceleași principii și obiective ale ILO. În cele din urmă, organizațiile non-guvernamentale internaționale pot limita, de asemenea, nivelul lor de implicare și pot participa doar la reuniunile ILO care ating interesele lor specifice.

Pentru mai multe informații privind oportunitățile de participare ale societății civile, vizitați: www.ilo.org/pardev/civil-society/lang--en/index.htm.

INFORMAȚII DE CONTACT

4 route des Morillons
CH-1211 Geneva 22, Elveția

Tel.: +41 (0) 22 799 6111
Fax: +41 (0) 22 798 8685
E-mail: ilo@ilo.org
Website: www.ilo.org

ORGANISMELE ONU INFIINȚATE PE BAZA CARTEI ONU

În plus față de organismele tratatelor de mai sus, există un număr de organisme create pentru protecția și promovarea drepturilor omului în conformitate cu Carta Organizației Națiunilor Unite.

Consiliul pentru drepturile omului

Consiliul pentru Drepturile Omului (HRC) este organismul principal înființat pe baza Cartei sistemului ONU, care a înlocuit Comisia pentru Drepturile Omului în 2006 și nu trebuie să fie confundat cu Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR) creat de către ICCPR. HRC este un organ subsidiar al Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite care abordează situațiile de încălcare a drepturilor omului, inclusiv încălcări globale și sistematice.

HRC are patru mecanisme de monitorizare a drepturilor omului:

- Evaluare Periodică Universală (UPR);
- Proceduri Speciale;
- Comitetul consultativ al Consiliului pentru Drepturile Omului; și
- Procedura de reclamații a Consiliului pentru Drepturile Omului.

Pentru mai multe informații, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx

Evaluarea periodică universală

Înființată ca parte a mandatului Consiliului pentru Drepturile Omului, Evaluarea Periodică Universală (UPR) constă dintr-o recenzie periodică a înregistrărilor privind drepturile omului ale tuturor statelor membre ale ONU. Ea a fost fondată în 2008 și a finalizat prima evaluare a tuturor celor 193 de state membre în 2011. UPR - mai mult comisiile menționate mai sus - impune statelor parte să prezinte rapoarte cu privire la acțiunile pe care le-au luat pentru a îmbunătăți drepturile omului în țara lor și pentru a îndeplini obligațiile în domeniul drepturilor omului.

UPR nu se limitează la obligații specifice ale tratatului, de aceea este capabilă să ia în considerare o gamă mai largă de probleme legate de drepturile omului decât oricare dintre comitetele individuale. UPR este doar un mecanism complementar comitetelor, ea nu le înlocuiește.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la HRC cu privire la orice aspect al respectării de către un stat a standardelor drepturilor omului. În plus, organizațiilor societății civile cu statut consultativ din cadrul Consiliului Economic și Social al Națiunilor Unite (ECOSOC) li se permite să participe la ședința de grup de lucru și la adoptarea UPR pentru țara respectivă. Un program pentru țările ce se prezintă pentru UPR este menținut pe site-ul HRC: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/UPRMain.aspx>.

HRC a publicat un ghid practic privind participarea Societății civile în procesul UPR, care este accesibil la: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Documents/PracticalGuideCivilSociety.pdf>

Proceduri speciale

„Proceduri speciale” este termenul general dat persoanelor fizice (cunoscuți sub numele de Raportori speciali, Reprezentanți speciali sau Experți independenți) sau grupurilor (cunoscute sub numele de „grupuri de lucru”), care sunt mandatate de către Consiliul pentru Drepturile Omului (HRC) pentru a investiga și a aborda situații naționale specifice sau probleme tematice în întreaga lume. La momentul actual, pagina web a OHCHR (a se vedea link-ul de mai jos) constată că, din 01 octombrie 2013, există 37 de tematici și 14 Proceduri Speciale specifice fiecărei țări.

Tematica procedurilor speciale, care sunt cele mai relevante pentru drepturile omului referitoare la îngrijirea pacientului includ:

- Raportor special privind dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt nivel de sănătate fizică și mentală;
- Grupul de lucru privind detenția arbitrară;
- Raportorul special privind aspecte legate de tortură și alte tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante;
- Raportor special privind promovarea și protejarea dreptului la libertatea de opinie și de exprimare;
- Raportor special privind dreptul la libertatea de întrunire pașnică și de asociere;
- Raportor special privind violența împotriva femeilor, cauzele și consecințele sale; și
- Grupul de lucru cu privire la problema discriminării împotriva femeilor în legislație și în practică.

Pentru mai multe informații, vizitați site-ul web al HRC: www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Welcomepage.aspx

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Pe lângă întâlnirea cu societatea civilă în timpul vizitelor de țară, Raportorii speciali sunt în măsură să primească reclamații individuale care solicită asistență sau investigație privind încălcările drepturilor omului de către statele părți în domeniile lor tematice. Dacă este justificat, Raportorul special solicită răspunsuri de la statele părți privind acuzațiile și rapoartele privind constatările Raportorului special la Consiliul pentru Drepturile Omului.

Pentru mai multe informații cu privire la procesul de depunere a reclamațiilor individuale la Raportorii speciali, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Communications.aspx.

Comitetul consultativ

Comitetul consultativ al Consiliului pentru Drepturile Omului (Comitetul consultativ) funcționează ca un grup de reflecție pentru HRC și se implică în cercetarea de fond și lucrul în direcția HRC. Comitetul consultativ este orientat spre implementare, iar domeniul de aplicare al cercetării și consilierii sale sunt limitate la aspecte tematice referitoare la mandatul HRC. Acesta este compus din 18 experți care deserveșc personal în această capacitate pentru numirile de până la trei ani.

Comitetul consultativ se întrunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile care au statut consultativ pe lângă Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite (ECOSOC) pot prezenta declarațiile scrise relevante pentru activitatea Adunării consultative înainte de reuniunile Comitetului Consultativ. În plus, observațiile orale pot fi făcute în timpul întâlnirilor cu privire la activitatea Comitetului Consultativ.

Pentru mai multe informații cu privire la participarea societății civile, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/AdvisoryCommittee/Pages/NGOParticipation.aspx.

Procedura de reclamații

Procedura de reclamații funcționează ca un forum confidențial de trimitere a reclamațiilor privind „tipare sistematice de încălcări globale și verificate în mod serios ale tuturor drepturilor omului și ale tuturor libertăților fundamentale care apar în orice parte a lumii și în orice circumstanțe”⁶⁹⁷ în atenția Consiliului pentru Drepturile Omului (HRC). Procedura promovează o abordare actuală la presupusele încălcări și este orientată spre victimă. Reclamațiile pot fi depuse de către persoane fizice, grupuri, sau ONG-uri ca victime ale încălcării drepturilor omului sau pe baza unor cunoștințe directe și serioase a încălcărilor.

Procedura de reclamații este compusă din două grupuri de lucru distincte: Grupul de lucru pentru Comunicații (WGC) și Grupul de lucru pentru Situații (WGS). WGC se întrunește de două ori pe an pentru a evalua admisibilitatea și temeinicia unei încălcări. WGS întrunește de două ori pe an pentru a examina comunicarea considerată admisibilă de WGC și pentru a prezenta HRC un raport privind încălcările drepturilor de către stat și recomandări privind un curs de acțiune.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

După cum s-a subliniat mai sus, ONG-urile pot depune o reclamație în temeiul Procedurii de reclamații, ca victime ale încălcării drepturilor omului, sau bazate pe cunoașterea directă și de încredere a încălcărilor. Reclamația trebuie să fie depusă utilizând formularul disponibil la adresa: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/ComplaintProcedure/HRCComplaintProcedureForm.doc>

Reclamații

Sucursala Consiliului pentru Drepturile Omului și Tratat
OHCHR-UNOG
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: +41 (0) 22 9 17 90 11

E-mail: CP@ohchr.org

Website: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/HRCComplaintProcedureIndex.aspx

697. Procedura de depunere a plângerilor privind drepturile omului: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/HRCComplaintProcedureIndex.aspx

Consiliul economic și social

Consiliul Economic și Social al ONU (ECOSOC) coordonează activitatea de 14 agenții specializate ale ONU, comisii funcționale și comisii regionale de lucru pe diferite aspecte internaționale economice, sociale, culturale, educaționale, și de sănătate. ECOSOC ține mai multe ședințe scurte pe an și o ședință anuală de fond timp de patru săptămâni în fiecare lună iulie.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ECOSOC se consultă în mod regulat cu societatea civilă, iar aproape 3.000 de ONG-uri se bucură de statut consultativ. ONG-urilor acreditate ECOSOC li se permite să participe, să prezinte contribuții scrise, și să facă declarații Consiliului și organismelor subsidiare.

Pentru mai multe informații cu privire la ONG-urile cu statut consultativ, vizitați: <http://csonet.org/>

Agențiile ECOSOC și comisiile care pot fi relevante pentru îngrijirea pacientului includ:

- Comisia privind Statutul Femeilor;
- Comisia pentru Stupefianți;
- Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale; și
- Consiliul Internațional de Control al Stupefiantelor.

4.3 Sistemul European

După cum este detaliat în Capitolul 3, sistemul european cuprinde o serie de căi prin care pot fi justificate atât drepturile pacienților, cât și ale furnizorilor. Această secțiune oferă informații de bază pentru a ajuta cititorul să navigheze prin sistemul european.

Curtea Europeană a Drepturilor Omului

MANDAT

Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) este un organism al Consiliului Europei (CoE), care pune în aplicare prevederile Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO). CtEDO se pronunță atât în dispute între state cât și în urma plângerilor (cunoscute sub numele de „cereri”) depuse de persoane fizice și grupuri ce reclamă încălcări ale drepturilor omului protejate de CEDO, împotriva unui stat sau state, cu condiția să fi epuizat toate celelalte remedii disponibile pentru ei pe plan intern, și emite decizii cu caracter obligatoriu pentru statele pârâte. Procesul procedural al CtEDO este elaborat în cele ce urmează.

Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei este responsabil pentru monitorizarea punerii în aplicare a hotărârilor luate de către CtEDO.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Societatea civilă poate depune cereri în numele persoanelor fizice sau grupurilor de indivizi în fața CtEDO. ONG-urile pot depune, de asemenea, informații pe cazuri particulare, fie la invitația președintelui instanței sau, cu permisiunea oferită de CtEDO, ca *amici curiae* („prieteni ai curții”), în cazul în care pot demonstra că au un interes în cauză sau că au cunoștințe speciale privind subiectul și pot arăta, de asemenea, faptul că

intervenția lor ar servi administrării justiției. Audierile CtEDO sunt în general publice.

Un formular de cerere și mai multe informații cu privire la depunerea cererilor în fața CtEDO poate fi obținut de pe site-ul CtEDO (<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=applicants&c=>).

INFORMAȚII DE CONTACT

Curtea Europeană a Drepturilor Omului
Consiliul Europei
F-67075 Strasbourg - Cedex, Franța

Tel: +33 (0) 3 88 41 20 18
Fax: + 33 (0) 3 88 41 27 30
Website: www.echr.coe.int

Comitetul european pentru drepturile sociale

MANDAT

Comitetul European pentru Drepturile Sociale (ECSR) este un organism al Consiliului Europei (CoE) care efectuează evaluări juridice frecvente privind conformitatea statului față de prevederile Cartei Sociale Europene (ESC) (adoptată în 1961 și revizuită în 1996). Aceste evaluări se bazează pe rapoartele prezentate de statele părți la intervale regulate de la doi la patru ani, cunoscut sub numele de „Cicluri de supraveghere”. Comitetul guvernamental și Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei evaluează, de asemenea, rapoartele statului în cadrul ESC.

ECSR dă publicității concluziile sale în fiecare an, și primește, de asemenea, plângeri colective întemeiate pe eșecurile la scară largă privind conformitatea cu ESC, împotriva statelor care au acceptat procedura în temeiul Protocolului adițional la ESC.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Rapoartele prezentate de statele părți în cadrul ESC sunt publice, iar persoanele fizice sau ONG-urile pot face comentarii asupra lor. ONG-urile internaționale cu statut consultativ pe lângă Consiliului Europei și ONG-uri naționale recunoscute de către statul lor de origine pot prezenta, de asemenea, plângeri colective la Consiliul Europei întemeiate pe încălcări ale ESC.

Instrucțiunile pentru ONG-urile care doresc să obțină sau să reînnoiască dreptul de a depune reclamații colective la ECSR sunt disponibile la: www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/OrganisationsEntitled/Instructions_en.asp

INFORMAȚII DE CONTACT

Departamentul pentru Carta socială europeană și Codul european de securitate socială
Conseil de l'Europe
Direcția Generală pentru Drepturile omului și Statul de drept
Agora
Consiliul Europei
1, quai Jacoutot
F – 67075 Strasbourg Cedex, Franța

Tel: +33 (0) 3 88 41 32 58

Fax: +33 (0) 3 88 41 37 00

E-mail: social.charter@coe.int

Website: www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/ECSR/ECSRdefault_en.asp

Comitetul de miniștri

MANDAT

Comitetul de Miniștri (CM) este organul de decizie al Consiliului Europei (CoE) format din miniștrii de externe din toate statele membre CoE (sau reprezentanții lor permanenți). CM oferă un forum de discuție privind problemele cu care se confruntă regiunea și soluțiile la aceste probleme.

CM monitorizează punerea în aplicare a hotărârilor CtEDO și evaluează rapoartele elaborate de Comitetul European pentru Drepturile Sociale (ECSR). CM face, de asemenea, recomandări speciale pentru Statele Membre cu privire la chestiuni pentru care MC a căzut de acord asupra unei „politici comune” – inclusiv probleme legate de sănătate și drepturile omului.

Unele dintre aceste recomandări sunt furnizate de către Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei, un organ consultativ format din reprezentanți ai parlamentelor statelor membre.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Organizațiilor non-guvernamentale internaționale li se poate acorda statut participativ de către CoE. În mod similar, ONG-urile pot intra în încheierea de acorduri de parteneriat cu Consiliul Europei. În acest fel, organizațiile sunt capabile să susțină activitatea CoE, inclusiv CM, prin munca lor.

În ceea ce privește punerea în aplicare a hotărârilor CtEDO, ONG-urile pot participa la procedura în fața CM. Aceștia li se permite să prezinte comunicări la MC în orice moment cât timp cauza este în așteptare în fața CM. Aceste comunicări pot privi nivelul de conformare al statului pârât, pot cere ca statul să prezinte un plan de acțiune/raport, să prezinte sugestii cu privire la modul în care ar trebui să fie executate planurile de acțiune/rapoartele, pot face apel pentru o dezbatere publică cu privire la hotărârea din timpul unei întâlniri privind drepturile omului (rezervate pentru anumite cazuri), pot face apel pentru o schimbare în standardul de revizuire de către MC, și altele asemenea.

INFORMAȚII DE CONTACT

Tel: +33 (0) 3 88 41 28 49

E-mail: cm@coe.int

Website: www.coe.int/cm

Comitetul consultativ

MANDAT

Comitetul consultativ (AC) este comisia independentă de experți responsabilă de evaluarea punerii în aplicare a Convenției-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale (FCNM) în statele părți și de consilierea

Comitetului de Miniștri (CM). Aceasta monitorizează progresul țării privind punerea în aplicare a FCNM, examinând rapoartele periodice prezentate de Statele-părți.

În plus față de examinarea rapoartelor de țară, AC poate organiza întâlniri cu statele și poate să solicite informații suplimentare din alte surse. AC pregătește apoi un aviz, care se depune la CM. Pe baza acestui aviz, CM emite concluzii privind caracterul adecvat al măsurilor luate de către fiecare stat parte. CM poate implica AC în monitorizarea respectării acestor concluzii și recomandări.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la AC cu privire la orice aspect al respectării FCNM de către un Stat-parte. Rapoartele alternative ar trebui să fie prezentate prin intermediul Secretariatului FCNM. ONG-urile pot prezenta informații și în scris, în afara statutului de monitorizare al unui stat, ce privesc punerea în aplicare a FCNM, încurajează statele să ratifice FCNM, ia legătura cu funcționarii publici în timpul pregătirii raportului de țară, participă la reuniunile următoare după ce AC publică monitorizarea rezultatelor, și de asemenea contribuie la pregătirea comentariilor AC cu privire la probleme specifice.

Pentru mai multe informații cu privire la participarea societății civile, vizitați: www.coe.int/t/dghl/monitoring/minorities/2_monitoring/ngO_intro_en.asp

INFORMAȚII DE CONTACT

Directoratul General pentru Drepturile Omului
Secretariatul Convenției-cadru pentru protecția minorităților naționale
F-67075 Strasbourg - Cedex, Franța

Tel: +33 (0) 3 90 21 44 33
Fax: +33 (0) 3 90 21 49 18
E-mail: minorities.fcnm@coe.int
Website: www.coe.int/minorities

4.4 Procedura de trimitere a cererilor la Curtea Europeană a Drepturilor Omului

Noțiuni de bază privind Curtea Europeană a Drepturilor Omului⁶⁹⁸

ORIGINI

► **Când și cum a fost creată Curtea Europeană a Drepturilor Omului?**

CtEDO a luat ființă în 1959 în temeiul Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO).

► **Când a devenit operațională?**

CtEDO s-a deschis în 1959 ca parte a unei structuri cu două nivele, cuprinzând CtEDO și Comisia

698. Bazat pe Uciderea raportată ca încălcare a drepturilor omului de Kate Thompson și Camille Giffard (publicată de Centrul pentru Drepturile Omului, Universitatea din Essex).

pentru Drepturile Omului, aceasta din urmă acționând ca un mecanism de filtrare în cadrul CtEDO. Această structură pe două nivele a fost înlocuită în 1998 cu o singură curte, în conformitate cu modificările introduse prin Protocolul 11 la CEDO.

SCOP

▶ Care este obiectivul general al Curții Europene a Drepturilor Omului?

Să examineze plângerile de încălcare a CEDO

▶ Care sunt funcțiile Curții Europene a Drepturilor Omului?

- Plângeri interstatale (Articolul 33, CEDO)
- Plângeri individuale (Articolul 34, CEDO)
- Constatarea faptelor (în contextul exclusiv al plângerilor individuale, fiind un pas opțional în cadrul procedurii)

COMPUNERE

▶ Din câte persoane este compusă Curtea Europeană a Drepturilor Omului?

Atâția judecători câte state sunt parte la Convenția Europeană a Drepturilor Omului

▶ Sunt aceste persoane experți independenți sau reprezentanți ai statului?

Experți independenți

CARE SUNT CERINȚELE DE ADMISIBILITATE?

▶ O cerere va fi declarată inadmisibilă în cazul în care:

- Cererea este anonimă;
- Cererea nu a fost depusă în termen de șase luni de la data deciziei finale a autorităților naționale în cauză;
- Cererea este „vădit nefondată sau reprezintă un abuz al dreptului de petiționare” (o examinare preliminară a cererii nu indică nicio aparență de încălcare a drepturilor protejate în temeiul CEDO, situație în care cererea poate fi declarată inadmisibilă imediat, fără a fi necesar să se procedeze la examinarea oficială pe fond);
- Cererea este incompatibilă cu prevederile Convenției;
- Cererea are același conținut cu o cerere care a fost deja analizată de către instanța de judecată sau cu o altă procedură de investigație internațională și nu conține informații noi și relevante;
- Căile domestice nu au fost epuizate, cu excepția cazului în care căile de atac sunt indisponibile, ineficiente sau prelungite nejustificat (și o explicație cu privire la astfel de probleme a fost furnizată Curții).

Începând cu data de 1 iunie 2010, în conformitate cu Protocolul 14 la CEDO, o nouă cerință de admisibilitate permite Curții să declare ca inadmisibile cazurile în care reclamantul nu a suferit un dezavantaj semnificativ, cu excepția cazului în care „respectarea drepturilor omului” necesită o examinare pe fond și nici o cale de atac internă nu este disponibilă. Acestea sunt cunoscute ca „reclamații minore”.

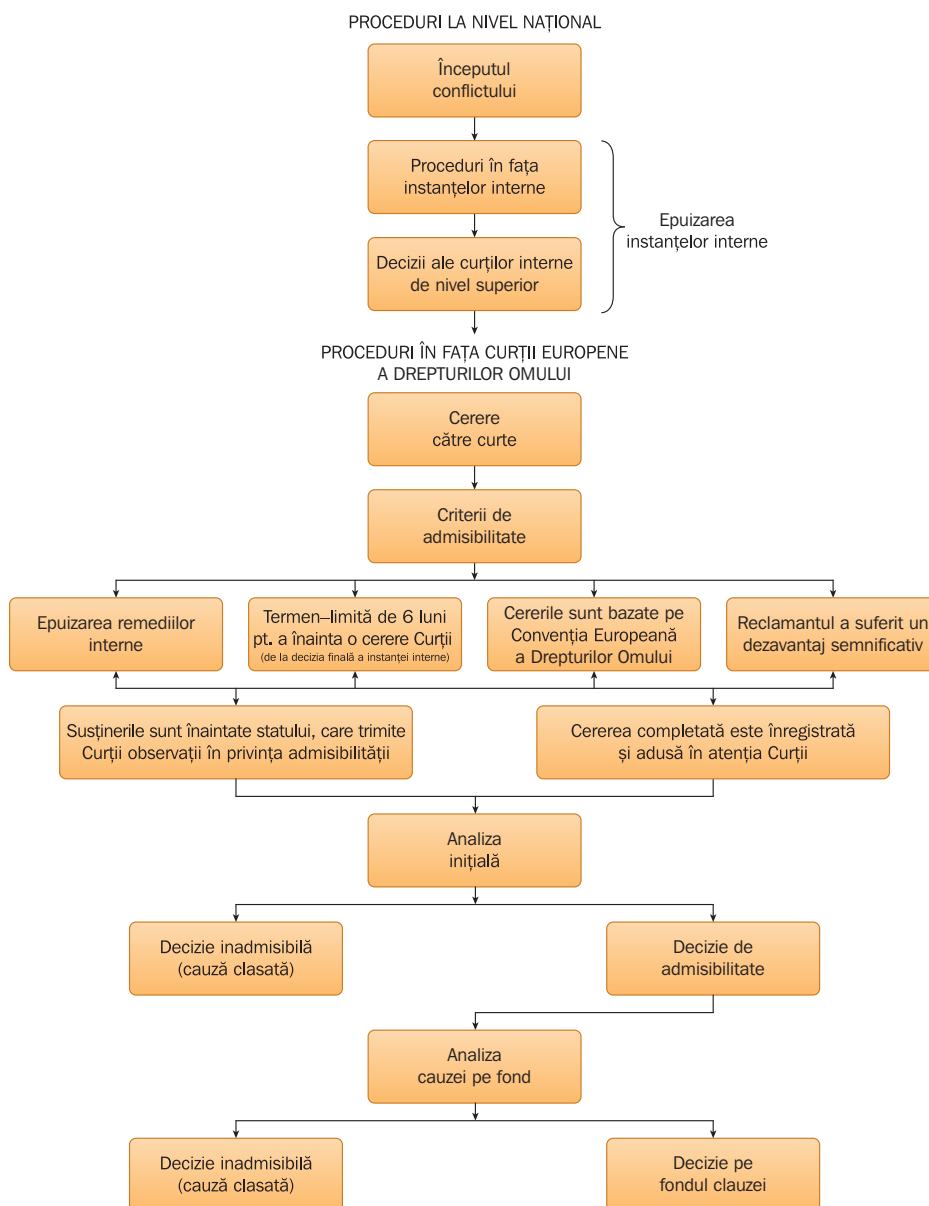
CE TREBUIE SĂ CONȚINĂ CEREREA DUMNEAVOASTRĂ?

► **Scrisoarea inițială trebuie să conțină:**

- Un rezumat al reclamațiilor dumneavoastră;
- Indicarea drepturilor din CEDO care credeți că au fost încălcate;
- Indicarea căilor de atac interne pe care le-ați folosit sau pe care ați încercat să le folosiți; și
- O listă a deciziilor oficiale în cazul dumneavoastră, inclusiv data fiecărei decizii, de cine a fost luată, și o indicație a ceea ce conține (anexați o copie a fiecărei decizii).

Un formular de cerere și mai multe informații cu privire la depunerea cererilor la CEDO pot fi obținute de pe site-ul web al CEDO (<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=applicants&c=>).

Tabel: Parcursul procedural de bază al cererii individuale la Curtea Europeană a Drepturilor Omului ⁶⁹⁹



699 Bazat pe Ucidere raportată ca încălcare a drepturilor omului [Reported Killing as Human Rights Violations] de Kate Thompson și Camille Giffard (publicată de Centrul pentru Drepturile Omului, Universitatea din Essex) și “Durata de viață a unei cereri” de către Curtea Europeană a Drepturilor Omului, (http://www.echr.coe.int/Documents/Case_processing_ENG.pdf).

Aplicații practice ale utilizării procedurii de cereri individuale la Curtea Europeană a Drepturilor Omului

▶ **Cine poate deschide o acțiune în temeiul acestei proceduri?**

Persoanele fizice, ONG-urile și grupurile de indivizi care pretind a fi victimă a unei încălcări a drepturilor omului; o acțiune poate fi deschisă de o rudă apropiată a victimei în cazul în care victima nu poate face acest lucru în persoană, de exemplu, în cazul în care el sau ea a dispărut sau a murit.

▶ **Există o limită de timp pentru introducerea unei cereri?**

Șase luni de la data deciziei finale adoptate în cazul respectiv de către autoritățile/instanțele statului.

▶ **Puteți deschide o acțiune în cadrul acestei proceduri, dacă ați deschis-o deja în cadrul unei alte proceduri privind același set de fapte?**

Nu.

▶ **Aveți nevoie de reprezentare juridică?**

Reprezentarea juridică nu este necesară în momentul depunerii cererii, dar este necesară pentru procedurile ce urmează după ce cererea a fost declarată admisibilă, mai puțin în cazul în care Președintele instanței dă permisiunea excepțională ca reclamantul să își susțină singur cererea.

▶ **Ajutorul financiar este disponibil?**

Da, dar numai în cazul în care cererea ajunge în etapa în care este comunicată statului; reclamantul va trebui să completeze o declarație privind mijloacele financiare, semnată de un organism național privind ajutorul judiciar, deoarece asistența juridică se acordă numai în cazul în care există o nevoie financiară.

▶ **Sunt acceptate intervenții amicus curiae?**

Da, cu permisiunea Curții (Articolul 61 din Regulamentul Curții).

▶ **Cine va ști despre desfășurarea procesului?**

În principiu, procesul este unul public, cu excepția cazului în care Președintele Camerei decide contrariul. În cazuri excepționale, dacă un reclamant nu dorește ca identitatea sa să fie făcută publică și depune o declarație care explică motivele pentru aceasta, anonimul poate fi autorizat de către Președinte.

▶ **Cât durează procesul?**

Câțiva ani.

▶ **Ce măsuri, dacă este cazul, pot lua mecanismele Curții pentru a ajuta instanța în a lua o decizie?**

Audieri de informare, rapoarte de expertiză, înscrisuri, audieri.

▶ **Sunt disponibile măsuri provizorii sau urgente?**

Da, dar ele sunt practici care au fost dezvoltate de către Curte și nu au nicio bază expresă în Convenție și se aplică numai în cazuri foarte specifice, în special cazuri de imigrare/deportare, în cazul în care există un "risc real", privind o anumită persoană (Articolul 39 din Regulamentul Curții).

Notă privind cercetarea jurisprudenței Convenției Europene a Drepturilor Omului

Structura originală a Curții și mecanismul de instrumentare a cazurilor erau prevăzute pentru un sistem dualist de protecție a drepturilor - Comisia Europeană pentru Drepturile Omului (în prezent desființată), precum și Curtea Europeană a Drepturilor Omului. În 1998, Protocolul 11 al Convenției Europene a Drepturilor Omului a intrat în vigoare, eliminând Comisia pentru Drepturile Omului și permițând apariția unei noi Curți Europene a Drepturilor Omului. La cercetarea unui anumit subiect în jurisprudența bazată pe Convenție se cercetează atât decizii ale Comisiei, cât și ale Curții.

5.1 Statutul dreptului internațional și al dreptului european

5.2 Statutul precedentului

5.3 Sistemul legal și sistemul de sănătate din România

5.3.1 Sistemul legal

5.3.1.1 Clasificarea normelor juridice în funcție de forța lor juridică

5.3.1.2 Sistemul judiciar. Organizare

5.3.2 Sistemul de Sănătate

5.3.2.1 Nivele de organizare

5.3.2.2 Principalii furnizori de servicii de sănătate

5

Contextul național

5.1 Statutul dreptului internațional și al dreptului european

Constituția României din 1991 prevede și garantează o serie de drepturi fundamentale, inclusiv dreptul la ocrotirea sănătății, măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice, organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății prevăzute de lege (**Articolul 34**)⁷⁰⁰. Totuși, în Constituție, dreptul la ocrotirea sănătății este formulat într-o manieră generală, similar celorlalte drepturi fundamentale; astfel, este importantă definirea și interpretarea acestui drept folosind instrumente juridice atât naționale cât și internaționale. În această secțiune este oferită o privire de ansamblu asupra instrumentelor juridice internaționale de drepturile omului semnate și ratificate de România.

► **Relația dintre normele juridice naționale și internaționale este prevăzută în Constituția României de la 1991, revizuită în 2003, Articolul 11, după cum urmează:**

(1) *Statul român se obligă să îndeplinească întocmai și cu bună-credință obligațiile ce-i revin din tratatele la care este parte.*

(2) *Tratatele ratificate de Parlament, potrivit legii, fac parte din dreptul intern.*

(3) *În cazul în care un tratat la care România urmează să devină parte cuprinde dispoziții contrare Constituției, ratificarea lui poate avea loc numai după revizuirea Constituției.*

Astfel, regula este că un instrument juridic internațional devine obligatoriu pentru statul român numai după ce este semnat și ratificat de Parlament. Conform procesului legislativ, un instrument juridic internațional este ratificat prin lege adoptată de Parlament, și acesta este motivul pentru care tratatele sau protocoalele de drepturile omului apar în cadrul juridic românesc sub două denumiri – titlul lor internațional original, precum și numărul legii prin care au fost ratificate⁷⁰¹.

700. Constituția României din 1991, revizuită în 2003, **Art. 34**: (1) *Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat. (2) Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. (3) Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii.*

701. Spre exemplu, Convenția Europeană a Drepturilor Omului a fost ratificată de Parlament prin Legea nr. 30/1994.

Din punctul de vedere al tehnicii de interpretare juridică aplicabilă în cadrul legal românesc, sunt necesare câteva explicații. Mai precis, Constituția prevede îndrumări pentru modul în care normele juridice interne trebuie interpretate în relație cu dreptul internațional. **Articolul 20, alin. (1) și (2)** conțin două din cele mai importante texte privind statutul dreptului internațional în cadrul legal românesc.

► **Constituția României de la 1991, revizuită în 2003, Articolul 20:**

(1) Dispozițiile constituționale privind drepturile și libertățile cetățenilor vor fi interpretate și aplicate în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu celelalte tratate la care România este parte.

(2) Dacă există neconcordanțe între pactele și tratatele privitoare la drepturile fundamentale ale omului, la care România este parte, și legile interne, au prioritate reglementările internaționale, cu excepția cazului în care Constituția sau legile interne conțin dispoziții mai favorabile.

Cum România a semnat și a ratificat aproape toate tratatele relevante de drepturile omului din cadrul ONU (de exemplu, unele protocoale opționale la convenții nu au fost ratificate), rezultă că prevederile constituționale privind drepturile fundamentale, inclusiv cele referitoare la dreptul la sănătate, vor fi interpretate și puse în aplicare în conformitate cu aceste convenții internaționale. Atunci când există neconcordanțe, normele internaționale vor avea prioritate așa cum stabilește **Articolul 20** din Constituție. Totuși, dacă legea fundamentală sau legile naționale sunt mai favorabile decât instrumentele internaționale pentru persoana în cauză, din prisma protecției drepturilor omului, atunci cele dintâi vor avea prioritate. În consecință, dacă există o diferență de tratament între cadrul legal și cel internațional, se vor aplica cele mai favorabile prevederi.

Nivelul internațional / al Națiunilor Unite

România are obligația de a pune în aplicare cu bună credință angajamentele legale asumate. Astfel, pentru evaluarea legislației românești și atunci când se discută elaborarea de noi politici în ceea ce privește dreptul la sănătate, ar trebui luate în considerare nu doar textele convențiilor însele, ci și comentariile și recomandările relevante formulate în legătură cu România de către diferitele organe ale ONU și de către Raportorul special al ONU pentru dreptul la sănătate⁷⁰². Asemenea comentarii și recomandări învederează modul în care România și-a îndeplinit obligațiile asumate la nivel internațional și indică pașii pe care România trebuie să îi ia pentru a se conforma standardelor internaționale de drepturile omului. Spre exemplu, Raportorul special al ONU pentru dreptul tuturor la standardul cel mai înalt de sănătate fizică și mintală care poate fi obținut, Paul Hunt sublinia următoarele provocări pe care România le are în domeniul standardelor de sănătate: „aplicarea efectivă (a legislației referitoare la dreptul la sănătate); alocările bugetare scăzute pentru sănătate; corupția; participarea redusă a societății civile în procesele de luare a deciziilor referitoare la sănătate; și responsabilitatea”⁷⁰³.

Regiunea europeană / Consiliul Europei

Dat fiind că România a semnat și ratificat Convenția Europeană a Drepturilor Omului (Convenția) în anul 1994, evoluția jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului (CtEDO), poate fi invocată direct în fața instanțelor naționale. Prin ratificarea de către Parlament, Convenția face parte din corpul legilor interne, și din moment ce rolul CtEDO este acela de a interpreta textul Convenției, rezultă că și aceste interpretări sunt obligatorii pentru judecătorii din România.

CtEDO a abordat domeniul sănătății și al asistenței medicale în jurisprudența sa, interpretând aplicarea Convenției în aceste arii⁷⁰⁴. Este de menționat că CtEDO s-a pronunțat în cauze împotriva României în

702. Spre exemplu, o compilație a tuturor recomandărilor pentru România elaborate de organele ONU în ceea ce privește sănătatea reproducerii este disponibilă la: http://www.ecpi.ro/wp-content/uploads/2011/12/UN_Recommendations_to_Romania_SRHR_2.pdf

703. Raportul Raportorului special al ONU, 21 februarie 2005, E/CN.4/2005/51/Add.4 disponibil la: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/111/56/PDF/G0511156.pdf>

704. Spre exemplu, o fișă informativă cu hotărârile CtEDO în domeniul sănătății poate fi consultată aici: http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=press/factsheets&c=#n1347890855564_pointer

cea ce privește: încălcări ale **Articolului 2** ca urmare a refuzului autorităților medicale de a asigura tratamentul medical pentru un pacient de cancer, eșecul autorităților de a asigura tratamentul medical necesar pentru deținuți sau reguli inadecvate de medicină legală pentru controlul cazurilor de decese în perioada de spitalizare, încălcarea **Articolului 3** prin tratamentul medical inadecvat, în special în ceea ce privește tratamentul medical care ar fi trebuit asigurat deținuților, încălcări ale **Articolului 5** în cazul privării de libertate ilegale ca urmare a suspiciunilor pe care polițistul care investiga cazul le-ar fi avut în legătură cu sănătatea mintală a aplicantului, încălcări ale **Articolului 8** în ceea ce privește malpraxisul care a determinat infertilitatea aplicantei sau internarea nevoluntară și luarea în custodie a copiilor aplicantei. Din punctul de vedere al executării deciziilor, pe lângă plata daunelor și posibilitatea îmbunătățirii cadrului legislațiv, hotărârile CtEDO permit și redeschiderea cazurilor atât în procesele civile cât și în cele penale, în cadrul unor proceduri speciale.⁷⁰⁵

Aceasta este o scurtă listă însoțită de descrieri ale celor mai importante cazuri decise împotriva României și care sunt relevante pentru dreptul la sănătate:

- *Șefan Panaitescu c. Romania* (2012) – încălcarea Art. 2 - încălcarea a dreptului la viață ca urmare a refuzului asistenței medicale pentru un bolnav de cancer de rinichi
- *Gagiu c. Romania* (2009) – încălcarea Art. 2 în cazul unui deținut căruia nu i s-a asigurat tratamentul medical
- *Eugenia Lazăr c. Romania* (2010) – încălcarea Art. 2 ancheta inadecvată ca urmare a regulilor defectuoase de medicină legală
- *Iacov Stanciu c. Romania* (2012) – încălcarea Art. 3 tratament medical inadecvat
- *Rupa c. Romania* (2008) – încălcarea Art. 3 datorită lipsei de atenție medicală adecvată dată fiind starea psihologică extrem de vulnerabilă a aplicantului
- *C.B. c. Romania* (2010) – încălcarea Art. 5 § 1 (e) ca urmare a internării nevoluntare a aplicantului în contextul măsurilor luate împotriva sa de polițiști, ca urmare a suspiciunii acestora în ceea ce privește sănătatea sa mintală și eliberarea unui certificat medical de un medic primar care nu l-a consultat
- *Csoma c. Romania* (2013) – încălcarea Art. 8 ca urmare a unui caz de malpraxis ce a determinat sterilitate
- *Decizia Marii Camere CtEDO în CRJ în numele lui Valentin Câmpeanu c. Romania* (2014) – încălcarea Art. 2 și 13 în cazul morții într-un spital de psihiatrie a unui tânăr rom care era sero-pozitiv și suferea de o gravă dizabilitate mintală
- *B. c. Romania (2)* (2013) – încălcarea Art. 8 ca urmare a internării ilegale

Tot în cadrul Consiliului Europei, România a semnat și ratificat în anul 1995 Carta Europeană Socială Revizuită. Totuși România nu a ratificat Protocolul Adițional care prevede mecanismul plângerilor colective împotriva unui Stat Membru. Raportul din 2013 al Comitetului European pentru Drepturile Sociale include și o secțiune referitoare la dreptul la protecția sănătății (așa cum este el menționat în **Articolul 11** al Cartei Sociale Europene Revizuite) și la dreptul la asistență medicală și socială (**Articolul 13** al Cartei)⁷⁰⁶. În lipsa posibilității procedurii plângerilor colective, rolul Comitetului raportat la România este limitat la a intra în dialog cu autoritățile pentru a ajunge la concluzii care să determine nivelul conformării statului român cu prevederile Cartei Europene Sociale Revizuite. Spre exemplu, în Concluziile sale din 2013 referitoare la Articolul 11, Comitetul a apreciat că măsurile luate de România pentru a reduce ratele de mortalitate infantilă și maternă au fost insuficiente, consilierea și screeningul femeilor gravide și al copiilor nu sunt suficiente – ambele probleme reprezentând elemente de neconformitate față de Cartă.⁷⁰⁷

705. A se vedea Art. 509, alin. (1), p. 10 din Codul de Procedură Civilă și Art. 465 din Codul de Procedură Penală.

706. Comitetul European pentru Drepturi Sociale, Concluzii 2013 (România), Articolele 3, 11, 12 și 13 ale Cartei Revizuite, 2013 disponibil la: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Conclusions/State/Romania2013_en.pdf

707. Comitetul European pentru Drepturi Sociale, Concluzii 2013 (România), Articolele 3, 11, 12 și 13 ale Cartei Revizuite, 2013 disponibil la: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Conclusions/State/Romania2013_en.pdf

Uniunea Europeană

Cum România a devenit membră a Uniunii Europene în 2007, cadrul legislativ relevant dezvoltat în cadrul dreptului UE este și el aplicabil în contextul românesc determinând armonizarea treptată a cadrului intern cu standardele UE de sănătate publică așa cum sunt ele stabilite în Articolul 168 al Tratatului de Funcționare a Uniunii Europene.⁷⁰⁸

Până acum, în baza interpretării oferite de Curtea de Justiție a UE celor patru libertăți fundamentale⁷⁰⁹, inclusiv libertatea de circulație a pacienților, în cadrul UE s-au dezvoltat jurisprudență și legislație referitoare la îngrijirile medicale transfrontaliere. Acesta este cazul Directivei 2011/24/UE privind drepturile pacienților în îngrijirea medicală transfrontalieră, pe care statele membre ar fi trebuit să o transpună în legislația lor până în octombrie 2013. România a transpus Directiva 2011/24/UE pe data de 29 ianuarie 2014 prin adoptarea Ordonanței de Urgență nr. 2/2014.

Principalele teme de interes pentru politicile de sănătate ale UE includ: accesul la informație referitoare la dreptul cetățenilor UE de a beneficia de îngrijire medicală oriunde în UE și la calitatea și siguranța îngrijirilor primite; dreptul la rambursarea unei părți sau a totalității costurilor pentru orice tratament de care o persoană a beneficiat în o altă țară UE la care o persoană ar fi avut dreptul în țara de origine; posibilitatea procesării rețetelor medicale în străinătate astfel încât o persoană să poată obține medicația necesară.

De asemenea, relevant pentru cadrul legislativ românesc este Articolul 35 al Cartei Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene care prevede dreptul la protecția sănătății ca dreptul „de acces la asistența medicală preventivă și de a beneficia de îngrijiri medicale în condițiile stabilite de legislațiile și practicile naționale. Mai mult decât atât, Articolul 35 al Cartei specifică faptul că Uniunea trebuie să garanteze „un nivel ridicat de protecție a sănătății umane”, referindu-se la sănătate atât ca la un bun individual dar și ca unul social, precum și la îngrijire medicală. Această formulă constituie o îndrumare pentru guvernele naționale⁷¹⁰.

5.2 Statutul precedentului

Sistemul de drept român aparține familiei de sisteme juridice de drept civil, în care numai Constituția și legislația constituie izvoare legitime de drept. Astfel, cadrul juridic românesc nu recunoaște puterea juridică a precedentului ca izvor de drept. În scopul asigurării certitudinii juridice și a obținerii uniformității, jurisprudența constantă și consecventă a instanțelor superioare devine relevantă pentru hotărârile instanțelor inferioare. Înalta Curte de Casație și Justiție poate utiliza „**recursul în interesul legii**”, care de multe ori este menționat ca o formă de îndrumare metodologică, pentru a asigura **interpretarea uniformă și aplicarea legii de alte instanțe**.

O excepție de la această regulă constă în relevanța jurisprudenței CtEDO sau a CJUE. Deși, teoretic, jurisprudența acestor două instanțe ar trebui să informeze și să influențeze argumentația instanțelor române, este un proces treptat ca judecătorii să înțeleagă și să își asume ca izvoare de drept interpretarea Convenției Europene de către CtEDO sau a *acquis*-ului de către CJUE.

708. În Uniunea Europeană, organizarea și asigurarea îngrijirilor de sănătate sunt responsabilitatea fiecărui stat în parte. Totuși, UE dezvoltă acțiuni specifice care completează politicile naționale și sunt menite a susține statele să atingă obiective comune în anumite domenii ale sănătății (prevenirea bolilor, promovarea unui mod de viață sănătos, promovarea stării de bine, protejarea populației de amenințări grave transfrontaliere la adresa sănătății, îmbunătățirea accesului la îngrijiri medicale, promovarea informațiilor de sănătate și a educației, îmbunătățirea siguranței pacienților, susținerea unor sisteme de sănătate dinamice și a noilor tehnologii, stabilirea unor standarde înalte de calitate și de siguranță pentru organe și alte substanțe de origine umană, asigurarea calității, siguranței și eficienței produselor medicale și a aplicațiilor medicale folosite). Pentru mai multe informații, a se vedea Comisia Europeană, *Public Health – Improving Health for All EU Citizens*, disponibil la: http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/en/public_health_en.pdf.

709. Acestea sunt libertatea de mișcare a bunurilor, libertatea de mișcare a serviciilor, libertatea de mișcare a persoanelor și libertatea de mișcare a capitalului.

710. A se vedea EU Network of Independent Experts on Fundamental Rights, *Commentary of the Charter of Fundamental Rights of the European Union*, document disponibil: http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/networkcommentaryfinal_en.pdf

5.3 Sistemul legal și sistemul de sănătate din România

5.3.1 Sistemul legal

Construcția sistemului legal din România are la bază sistemul de drept romano-german, numit și sistem de drept continental. Baza acestui sistem este dată de norma juridică, aceasta fiind principalul izvor de drept, jurisprudența instanțelor românești având, cel mult, o valoare orientativă pentru sistemul judiciar. Prin urmare, în România nu se poate vorbi de precedent judiciar, asemenea sistemului de drept anglo-saxon.

5.3.1.1 Clasificarea normelor juridice în funcție de forța lor juridică

A. NORME CONSTITUȚIONALE

Constituția României este principalul izvor de drept, toate celelalte norme urmând a se alinia prevederilor sale. Normele constituționale reglementează forma de guvernământ, cetățenia, drepturile și libertățile civile, îndatoririle fundamentale ale cetățenilor, puterile în stat și modalitatea de exercitare și control reciproc a acestora (legislativă, executivă și judecătorească). Constituția reglementează, de asemenea, principiile de funcționare ale autorității judecătorești, ale Curții Constituționale precum și structura administrației publice centrale și locale. Parlamentul este definit de Constituția României, la art.61, alin.1, ca fiind unica autoritate legiuitoare a țării.

Acte normative principale

B. LEGILE ORGANICE

Acestea reglementează arii extrem de importante ale relațiilor sociale, motiv pentru care se adoptă de către Parlament cu votul majorității membrilor Camerei respective.

Comentariu pentru juriști:

Pentru lucrarea de față, prezintă interes faptul ca Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății este o lege organică. Aceasta a fost adoptată prin asumarea răspunderii Guvernului în fața Parlamentului, ca politică majoră în domeniul sănătății.

C. LEGI ORDINARE

Acestea se adoptă de către Parlament cu votul majorității membrilor prezenți.

D. ORDONAȚE ȘI ORDONAȚE DE URGENȚĂ ALE GUVERNULUI

Aceste acte normative au puterea juridică a unei legi. Ordonanțele sunt emise de către Guvern în baza unei legi de abilitare dată de Parlament, de regulă pentru perioada vacanțelor parlamentare.

Ordonanțele de urgență pot fi adoptate numai în situații extraordinare, acestea intrând în vigoare numai după depunerea lor spre dezbateră în Parlament, respectiv după publicarea în Monitorul Oficial. Nu pot face obiectul de reglementare al unei ordonanțe de urgență drepturile și libertățile cetățenești prevăzute de Constituție.

Acte normative cu forță juridică inferioară/ acte normative secundare

E. HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI, EMISE PENTRU ORGANIZAREA EXECUTĂRII LEGILOR

F. ORDINE ȘI INSTRUCȚIUNI, EMISE DE CĂTRE ORGANELE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE DE SPECIALITATE (MINISTERELE) SAU DE CĂTRE AUTORITĂȚI ADMINISTRATIVE AUTONOME, ÎN VEDERE EXECUTĂRII LEGII

Toate aceste acte normative, fie ele principale ori secundare, se publică în Monitorul Oficial al României.

Principalele acte normative care reunesc normele juridice care se referă la o anumită materie sunt codurile. România a adoptat recent noi coduri în materie civilă⁷¹¹, procesual civilă⁷¹², penală⁷¹³ și procesual penală⁷¹⁴. Acestea constituie dreptul general în materie civilă și penală.

5.3.1.2 Sistemul judiciar. Organizare.

În sistemul judiciar românesc, justiția se realizează prin Înalta Curte de Casație și Justiție și prin celelalte instanțe judecătorești⁷¹⁵, prin urmare de către puterea judecătorească. În ceea ce privește procurorii, aceștia sunt constituiți în parchete care funcționează pe lângă instanțele de judecată. Totalitatea parchetelor formează Ministerul Public. Rolul acestuia din urmă este extrem de important întrucât, dincolo de activitatea de urmărire penală, Ministerul Public reprezintă interesele generale ale societății precum și drepturile și libertățile cetățenilor. În mod particular, procurorul apară interesele minorilor și ale persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu. În ceea ce privește statutul lor, judecătorii sunt independenți și se supun numai legii⁷¹⁶, în vreme ce procurorii își desfășoară activitatea potrivit principiului legalității, al imparțialității și al controlului ierarhic, sub autoritatea ministrului justiției⁷¹⁷. Atât cariera cât și posibilele sancțiuni disciplinare sunt gestionate de către Consiliul Superior al Magistraturii.

Competențele generale ale instanțelor judecătorești și ale parchetelor de pe lângă acestea sunt stabilite în Noul Cod de procedură civilă, respectiv în Noul Cod de procedură penală. În ceea ce privește organizarea instanțelor judecătorești, acestea sunt formate din secții civile, penale și, începând de la nivelul tribunalelor, se adaugă secții de contencios-administrativ, secții de litigii de muncă și asigurări sociale precum și secții civile pentru minori și familie. Noile coduri introduc în România două grade de jurisdicție, fondul și apelul, recursul fiind o cale extraordinară de atac. Atât în materie civilă cât și în materie penală, regula generală este că hotărârile date în apel sunt definitive și executorii.

711. Legea nr.287/2009 privind Noul Cod civil și Legea nr.71/2011 pentru punerea în aplicare a Noului Cod civil.

712. Legea nr.134/2010 privind Noul Codul de procedură civilă și Legea nr.76/2012 pentru punerea în aplicare a Noului Cod de procedură civilă.

713. Legea nr.286/2009 privind Noul Cod penal și Legea nr.187/2012 pentru punerea în aplicare a Noului Cod penal.

714. Legea nr.135/2010 privind Noul Cod de procedură penală și Legea nr. 255/2013 pentru punerea în aplicare a Noului Cod de procedură penală.

715. Art.126,alin.(1), Constituția României.

716. Art.124, alin.(3), Constituția României.

717. Art.131 și 132, Constituția României.

Figura 2. Organizarea sistemului juridic

INSTANȚE	PARCHETE
Înalta Curte de Casație și Justiție	Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție
15 Curți de Apel	15 Parchete de pe lângă Curțile de Apel
42 de Tribunale 4 Tribunale specializate (1 Tribunal de Minori și Familie și 3 Tribunale Comerciale)	42 de Parchete de pe lângă Tribunale
188 de Judecătoria	188 de Parchete de pe lângă Judecătoria

5.3.2 Sistemul de Sănătate

Din anul 1998 în România funcționează un sistem de asigurări sociale de sănătate. Acesta a fost introdus prin Legea nr. 145 din 24 iulie 1997, înlocuită ultima dată de Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare. Conform tipologiei sale, sistemul de sănătate din România este predominant finanțat din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) constituit în principal din contribuții plătite în diverse cote de asigurați și angajatorii acestora, sau integral de asigurați, sau din alte surse (ex. bugetul asigurărilor sociale plătește contribuția pentru șomaj). Alte surse de finanțare ale sistemului de sănătate sunt: bugetul de stat, bugetele locale, plata directă de la pacienți, proiecte cu finanțare externă. Principiile fundamentale care stau la baza funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt: obligativitatea plății contribuției, solidaritatea și subsidiaritatea în constituirea și administrarea fondului și autonomie în administrarea fondului.

5.3.2.1 Nivele de Organizare

Sistemul de sănătate din România este organizat pe două nivele: național și local (județean).

A. NAȚIONAL

Principalele instituții de la nivel național sunt: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și organizațiile profesionale (Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali, Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor). Ministerul Sănătății reprezintă autoritatea centrală administrativă cu rol în elaborarea de politici și strategii, reglementare, planificare, coordonare și evaluare. Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează FNUASS având răspunderea ca, în schimbul contribuțiilor plătite la Fond, asigurații să primescă serviciile de care au nevoie, în condițiile prevăzute de lege. Organizațiile profesionale au ca principal obiect de activitate controlul și supravegherea exercitării profesiilor respective, aplicarea legilor și a regulamentelor care organizează și reglementează exercitarea profesiilor, și reprezentarea intereselor profesiilor respective. Instituțiile de la nivel național întreprind acțiuni comune în vederea realizării obiectivelor politicii și programelor naționale de sănătate. Ele colaborează, de asemenea, la stabilirea condițiilor de acordare a asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, care sunt prevăzute în Contractul-cadru. Acest document este elaborat de CNAS în urma

718. Curtea Militară de Apel nu face obiectul prezentului studiu, ci numai instanțele civile.

719. Tribunalele Militare teritoriale nu fac obiectul prezentului studiu.

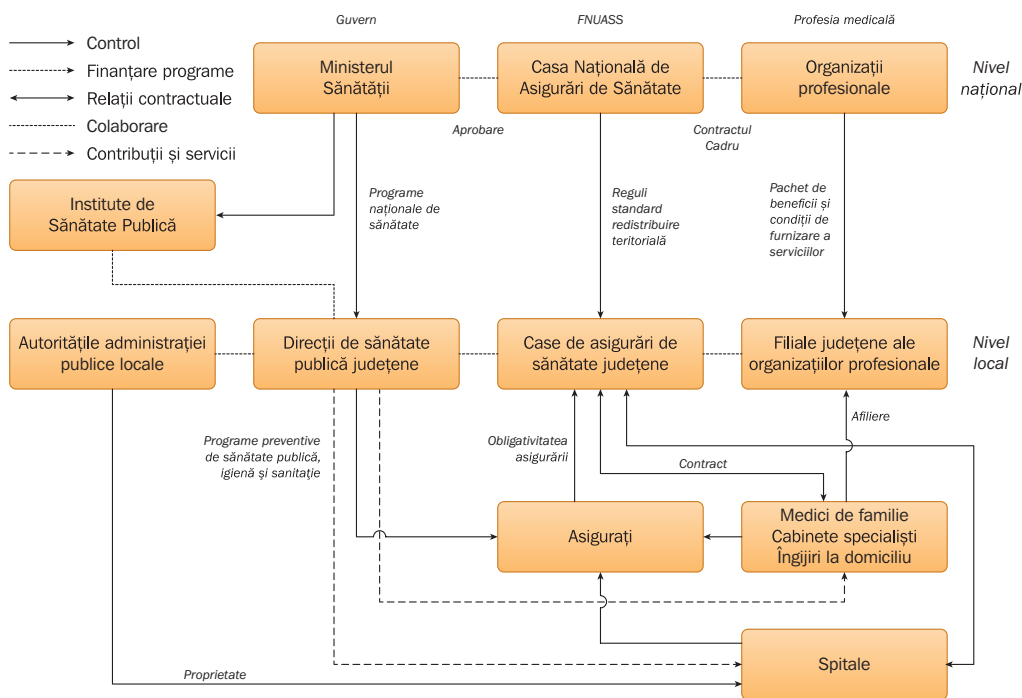
consultării cu organizațiile profesionale, și cu organizațiile patronale, și sindicale din domeniul medical, se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

De asemenea, la nivel național funcționează Institutul Național de Sănătate Publică, ca organism tehnic al Ministerului Sănătății, având ca principale activități, printre altele, evaluarea stării de sănătate a populației, monitorizarea și controlul bolilor, elaborarea de propuneri legislative în domeniul sănătății publice, dezvoltarea de norme și metodologii și furnizarea de asistență tehnică pentru întreaga rețea de sănătate publică. Activitatea practică a Institutului este coordonată prin șase centre regionale.

B. LOCAL

Reprezentanții în teritoriu ai instituțiilor centrale constituie nivelul local (județean) al sistemului de sănătate. Astfel, Ministerul Sănătății este reprezentat la nivel local de direcțiile de sănătate publică județene – servicii publice deconcentrate care pun în aplicare politica și programele naționale pe plan local, identifică problemele locale prioritare, elaborează și implementează acțiuni locale de sănătate publică și verifică respectarea reglementărilor în domeniul sănătății publice, iar în caz de nereguli sau neconformitate, aplică măsuri conform legii. CNAS are în subordine casele de asigurări de sănătate județene și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Principalele atribuții ale caselor de asigurări sunt de a colecta contribuțiile de la plătitorii direcți (restul contribuțiilor fiind colectate de către Ministerul Finanțelor Publice prin Agenția Națională de Administrare Fiscală), de a încheia contracte cu furnizorii de servicii de sănătate, de a ține evidența asiguraților și de a monitoriza derularea contractelor. Fiecare organizație profesională de la nivel central are filiale teritoriale prin care își exercită atribuțiile la nivel de județ. Odată cu trecerea spitalelor în subordinea autorităților administrației publice locale, acestea au o implicare din ce în ce mai mare în sistemul de sănătate. La nivelul Consiliilor Județene sunt stabilite comisii care răspund de problemele de sănătate din județ. Din 2010 autoritățile publice locale au preluat de la Ministerul Sănătății o serie de atribuții și competențe, printre care managementul și administrarea a 373 din cele 435 spitale existente la acea dată.

Figura 2. Schema organizatorică a sistemului de sănătate



FNUASS - Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

Sursa: Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 2008; 10(3): 1-172.

5.3.2.2 Principalii furnizori de servicii de sănătate

Cabinetele medicilor de familie. Medicii de familie sunt profesioniști independenți care furnizează servicii medicale primare în baza contractelor semnate de cabinetele în care lucrează cu casele de asigurări sociale de sănătate. Ei reprezintă „poarta de intrare” a pacienților în sistemul de sănătate, accesul la celelalte servicii făcându-se pe baza biletului de trimitere eliberat de către aceștia, cu excepția situațiilor de urgență, a controalelor de rutină pentru anumite boli cronice sau a serviciilor cu plata directă oferite în regim privat. Medicii de familie funcționează în cabinete individuale, în cabinete asociate sau în cadrul unor centre de sănătate care au și cabinete de medicină primară și cabinete de specialitate.

Cabinetele medicilor specialiști. Organizați, de asemenea, ca profesioniști independenți, sub formă de cabinete individuale sau asociați în societăți, sau sub formă de cabinete din structura spitalelor, medicii specialiști acordă servicii medicale clinice sau paraclinice (laborator, radiologie, etc) în ambulator.

Unitățile sanitare cu paturi (spitale, sanatorii, preventorii etc.) care oferă servicii medicale în regim de internare continuă sau discontinuă. Acestea pot fi unități publice, aflate în subordinea administrației publice locale, a Ministerului Sănătății sau a altor ministere, sau private. *(Nota autorului: așa cum s-a menționat mai sus, majoritatea spitalelor au și cabinete ambulatorii, care fac obiectul unui contract separat cu casa de asigurări sociale de sănătate)*

Furnizorii oferă un pachet de servicii medicale pacienților în baza contractului încheiat cu casa județeană de asigurări de sănătate. Pachetul conține servicii specifice fiecărui nivel de îngrijiri (servicii de îngrijiri primare, servicii medicale ambulatorii, spital, etc) care sunt detaliate în Normele de aplicare a Contractului-cadru aprobate prin Ordin comun al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al Ministrului Sănătății. Contractul-cadru este aprobat prin Hotărâre a Guvernului. Pachetul diferă în funcție de statutul de asigurat: persoanele asigurate pot beneficia de un pachet cuprinzător de beneficii de bază, persoanele neasigurate beneficiază de un pachet minimal de beneficii. Furnizorii pot oferi și servicii cu plata directă sau în cadrul programelor de sănătate finanțate de Ministerul Sănătății.

6.1 DREPTURILE PACIENȚILOR

6.1.1 Dreptul la măsuri preventive

6.1.2 Dreptul de a avea acces

6.1.3 Dreptul la informare

6.1.4 Dreptul la consimțământ

6.1.5 Dreptul la liberă alegere

6.1.6 Dreptul la viață privată și confidențialitate

6.1.7 Dreptul la respectarea timpului pacienților

6.1.8 Dreptul la respectarea standardelor de calitate a serviciilor medicale

6.1.9 Dreptul la siguranță

6.1.10 Dreptul la inovație

6.1.11 Dreptul la evitarea suferinței și durerii necesare

6.1.12 Dreptul la tratament personalizat

6.1.13 Dreptul de a formula plângere

6.1.14 Dreptul la despăgubiri

6.1.15 Alte drepturi ale pacienților în România

6.2 RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR

6.2.1 Responsabilități față de propria stare de sănătate

6.2.2 Responsabilități față de protecția sănătății publice

6.2.3 Responsabilități legate de sistemul de sănătate

6

Drepturile și responsabilitățile pacienților în România

6.1 Drepturile Pacienților

6.1.1 Dreptul la măsuri preventive

A) DREPTUL LA MĂSURI PREVENTIVE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare individ are dreptul la servicii adecvate pentru a preîntâmpina apariția îmbolnăvirilor.

Serviciile de sănătate au obligația de a urmări acest obiectiv prin ridicarea gradului de informare a publicului și efectuarea procedurilor de prevenție la intervale regulate și în mod gratuit, pentru diferite grupuri de populație cu risc crescut și prin asigurarea accesului tuturor la rezultatele cercetării științifice și inovațiilor tehnologice.

B) DREPTUL LA MĂSURI PREVENTIVE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► **Constituția României din 1991, revizuită în 2003⁷²⁰**

Dreptul la măsuri preventive este prevăzut, în mod indirect, în Constituția României atât prin **Articolul**

720. Constituția României din 1993, revizuită în 2003, republicată în Monitorul Oficial nr. 767 din 31 Octombrie 2003.

34 care se referă la dreptul la ocrotirea sănătății, incluzând și *măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale*, cât și prin **Articolul 35** care stipulează *dreptul la mediul sănătos*, ceea ce reprezintă o măsură de prevenire a îmbolnăvirilor.

Legislație

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Încă de la început, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății menționează *prevenirea bolilor* printre scopurile asistenței de sănătate publică (**Articolul 2, alin. 2**). În continuare, Legea acoperă dreptul la măsuri preventive prin Titlul I și Titlul II. În **Titlul I - Sănătatea publică**, *prevenirea și controlul bolilor* sunt menționate la **Articolul 5, lit. d și i** ca reprezentând una din principalele funcții ale asistenței de sănătate publică.

- În plus, **Articolul 5** prevede și alte funcții principale ale sănătății publice care pot fi interpretate ca măsuri preventive, cum ar fi *dezvoltarea politicilor, strategiilor și programelor vizând asigurarea sănătății publice* (lit. a), *monitorizarea și analiza stării de sănătate a populației* (lit. b), *planificarea în sănătatea publică* (lit. c), *supravegherea epidemiologică, prevenirea și controlul bolilor* (lit. d), *reglementarea domeniului sănătății publice, aplicarea și controlul aplicării acestei reglementări* (lit. f), *cercetarea-dezvoltarea și implementarea de soluții inovatoare pentru sănătatea publică* (lit. h), *prevenirea epidemiilor, inclusiv instituirea stării de alertă epidemiologică* (lit. i), *protejarea populației împotriva riscurilor din mediu* (lit. j), *informarea, educarea și comunicarea pentru promovarea sănătății* (lit. k), *mobilizarea partenerilor comunitari în identificarea și rezolvarea problemelor de sănătate* (lit. l), *asigurarea capacităților de răspuns la dezastre sau la amenințările la adresa vieții și sănătății populației ...* (lit. p). Formularea acestor aspecte în Legea 95/2006 denotă că, în vederea exercitării corespunzătoare a acestor funcții, statul trebuie să ia măsuri specifice înainte de apariția problemelor de sănătate publică, ceea ce include aceste acțiuni în categoria *măsurilor preventive* așa cum sunt acestea înțelese în contextul acestui ghid.
- O abordare preventivă este redată de asemenea, de formularea principiilor sănătății publice, enumerate la **Articolul 7** al Legii nr. 95/2006. Astfel, se poate menționa focalizarea pe *prevenirea primară* (lit. b) și regula explicită și relevantă de a lua *în condiții specifice, decizii fundamentate conform principiului precauției* (lit. g).

Titlul II - Programele naționale de sănătate al Legii nr. 95/2006, reglementează modul de elaborare și implementare a programelor naționale de sănătate cu scop preventiv. Conform legii, *pachetul programelor de sănătate* este definit astfel:

- **Articolul 48, alin. 1, lit. a:** (...) *ansamblul de acțiuni multianuale orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică;*

Principalele arii de intervenție în asistența de sănătate publică care au relevanță pentru dreptul la măsuri preventive sunt:

- **Articolul 48, alin. 2, lit. a:** *prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile; monitorizarea stării de sănătate a populației; promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos; monitorizarea factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;*

Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății prin structura de specialitate anume desemnată pentru aceasta. Această structură colaborează cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și cu autorități, instituții și organizații neguvernamentale.

Printre serviciile medicale esențiale care pot fi prestate în cabinetele medicilor de familie, intră și serviciile medicale preventive:

- **Articolul 80, alin. 2, lit. d:** *servicii medicale preventive, precum: imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, depistare activă a riscului de îmbolnăvire pentru afecțiuni selecționate conform dovezilor științifice, supraveghere medicală activă, la adulți și copii asimptomatici cu risc normal*

sau ridicat, pe grupe de vârstă și sex.

Serviciile medicale preventive se numără și printre serviciile efectuate de către furnizorii de asistență medicală ambulatorie de specialitate:

- **Articolul 134:** *Obiectivele asistenței medicale ambulatorii de specialitate sunt: a) furnizarea de servicii preventive...*

Spitalele au și ele atribuții în domeniul prevenției:

- **Articolul 163, alin. 4:** *Serviciile medicale acordate de spital pot fi preventive (...)*
- **Articolul 166, alin. 1:** *Spitalul asigură condiții de (...) și de prevenire a infecțiilor nozocomiale (...)*
- **Articolul 166, alin. 2:** *Spitalul răspunde, în condițiile legii, (...) pentru respectarea condițiilor (...) și de prevenire a infecțiilor nozocomiale (...)*

Legea prevede că serviciile medicale preventive sunt acoperite de Fondul Unic de Asigurări Sociale de Sănătate - atât serviciile de prevenție primară (**Articolul. 235**), cât și cele de prevenție secundară sau terțiară (**Articolul 236**):

- **Articolul 235:** *În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurării, direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, vor fi informați permanent de către casele de asigurări asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.*
- **Articolul 236:** *Asigurații au dreptul la servicii medicale (...) pentru prevenirea complicațiilor (bolii), pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz.*

- ▶ **Legea nr. 268/2013 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 40/2013 pentru finanțarea Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Microbiologie și Imunologie “Cantacuzino” în vederea realizării Planului național de intervenție pentru prevenirea îmbolnăvirii în masă a populației generate de epidemii și pandemii**

Legea nr. 268/2013 completează OUG 40/2013 și stabilește că *Pentru protecția și îmbunătățirea stării de sănătate a populației, anumite activități specifice domeniului sănătății pot fi definite ca serviciu de interes economic general și aprobate prin hotărâre a Guvernului. Realizarea acestor activități se încredințează instituțiilor aflate în coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății.*

- ▶ **Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

Legea nr. 584/2002 reglementează principalele direcții de acțiune și stabilește măsurile ce se impun pentru prevenirea transmiterii infecției cu HIV și combaterea eficientă a bolii SIDA, și totodată pentru protecția specială a persoanelor afectate de acest flagel.

- ▶ **Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă**

Legea securității și sănătății în muncă are ca scop prevenirea îmbolnăvirilor și a accidentelor prin instituirea măsurilor de eliminare a factorilor de risc de la locul de muncă, precum și de informare și instruire a lucrătorilor. Obligația de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă revine angajatorului.

- **Articolul 25, alin. 2:** *Supravegherea sănătății lucrătorilor este asigurată prin medicii de medicină a muncii. Aceștia, sau orice medic aflat într-o relație contractuală cu angajatorul, are obligația de a semnaliza autorității de sănătate publică teritorială suspiciunea de boală profesională sau legată de profesiune, depistată cu prilejul prestațiilor medicale (conform **Articolului 27, alin. 2 și 3**).*
- **Articolul 46, alin. 2** prevede atribuțiile Ministerului Sănătății în domeniul sănătății lucrătorilor la locul de muncă.

► **Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar**

Această lege urmărește prevenirea bolilor care apar din cauza unei alimentații nesănătoase și se aplică colectivităților de copii și școlari. Conform acestei legi, Ministerul Sănătății întocmește și actualizează lista alimentelor nerecomandate preșcolărilor și școlărilor, conform recomandărilor specialiștilor în nutriție și tot Ministerului Sănătății, prin Inspekția Sanitară de Stat, are rol în constatarea încălcărilor și aplicarea sancțiunilor prevăzute de această lege.

► **Legea nr. 458/2002 privind calitatea apei potabile, modificată și completată prin Ordonanța Guvernului nr. 11/2010**

Legea 458/2002 reglementează calitatea apei potabile, având ca obiectiv protecția sănătății oamenilor împotriva efectelor oricărui tip de contaminare a apei potabile prin asigurarea calității ei de apă curată și sanogenă. În acest scop, Legea stabilește atribuții specifice atât Ministerului Sănătății, cât și instituțiilor din subordine (direcții de sănătate publică județene, Institutul Național de Sănătate Publică, centre de sănătate publică regionale) privind asigurarea și monitorizarea calității apei potabile, inclusiv informarea și raportarea. Normele tehnice privind calitatea apei potabile sunt stabilite prin Hotărârea Guvernului nr. 974/2004 pentru aprobarea Normelor de supraveghere, inspekție sanitară și monitorizare a calității apei potabile și a Procedurii de autorizare sanitară a producției și distribuției apei potabile.

► **Legea nr. 104/2011 privind calitatea aerului înconjurător**

Legea nr. 104/2011 stabilește atribuțiile și responsabilitățile Ministerului Sănătății și ale structurilor teritoriale ale acestuia în prevenirea îmbolnăvirilor determinate de poluarea atmosferică (**Articolul 14**). Acestea includ: elaborarea strategiilor de prevenire a îmbolnăvirilor determinate de poluarea atmosferei, elaborarea metodologiilor de evaluare a riscurilor asupra stării de sănătate a populației și evaluarea riscurilor, monitorizarea calității aerului, elaborarea normelor și reglementărilor privind calitatea aerului, propunerea de măsuri preventive, informarea populației cu privire la riscurile pentru sănătate în relație cu calitatea aerului și raportarea către organisme internaționale specializate.

► **Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, modificată de Ordonanța Guvernului nr. 5/2008**

Această lege stabilește unele măsuri privind prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun, prin restrângerea fumatului în spațiile publice închise, prin inscripționarea pachetelor cu produse din tutun, prin desfășurarea de campanii de informare și educare a populației, având ca scop protejarea sănătății persoanelor fumătoare și nefumătoare față de efectele dăunătoare ale fumatului. Legea nr. 439/2002 transpune Directiva Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene nr. 2001/37/CE din 5 iunie 2001 privind armonizarea dispozițiilor legislative, de reglementare sau administrative ale statelor membre cu privire la producerea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun.

► **Legea nr. 457/2004 privind publicitatea și sponsorizarea pentru produsele din tutun, modificată de Ordonanța Guvernului nr. 6/2008**

Legea 457/2004 stabilește măsuri cu privire la publicitatea produselor din tutun, precum și cu privire la promovarea acestora în presă și în alte publicații tipărite, în emisiuni radiodifuzate, prin servicii ale societății informaționale și prin sponsorizarea în domeniul tutunului, inclusiv prin distribuirea gratuită a produselor din tutun, în vederea prevenirii consumului produselor din tutun. Prezenta lege transpune Directiva Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene nr. 2003/33/CE din 26 mai 2003 privind armonizarea dispozițiilor legislative, de reglementare sau administrative ale statelor membre cu privire la publicitatea și sponsorizarea pentru produsele din tutun. Reglementările privind măsurile pentru descurajarea consumului de tutun sunt prevăzute în Ordinul Ministrului Sănătății nr. 764/2004 pentru aprobarea Normelor privind utilizarea fotografiilor color sau a altor ilustrații în cadrul avertismentelor de sănătate pe pachetele de tutun.

► **Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice**

- **Articolul 2:** *Guvernul României, prin organismele sale abilitate, întreprinde măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice.*
- **Articolul 4:** *Ministerul Sănătății elaborează Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică, corespunzător cerințelor de sănătate ale populației.*

Întreg **Capitolul II** al acestei Legi este dedicat promovării și apărării sănătății mintale și prevenirii îmbolnăvirilor psihice. În conformitate cu această lege, principala autoritate publică centrală care răspunde de măsurile preventive în domeniul sănătății mintale este Ministerul Sănătății.

► **Ordonanța Guvernului nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor și a efectuării vaccinărilor, cu modificările și completările ulterioare**

Ordonanța Guvernului nr. 53/2000 prevede măsuri privind raportarea bolilor (cine raportează, cui, sancțiuni pentru neraportare), imunizarea copiilor (registru de imunizări, carnetul de imunizări) și raportarea efectuării acestora, inclusiv schema de vaccinare.

► **Ordonanța de Urgență nr. 61/2006⁷²¹ pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 78/2000 privind regimul deșeurilor**

OUG nr. 61/2006 prevede la **Articolul 40** atribuțiile Ministerului Sănătății în domeniul administrării deșeurilor astfel încât să fie prevenite efectele produse de acestea asupra sănătății populației. În principal, Ministerul Sănătății: evaluează impactul produs de deșeurile asupra sănătății populației, elaborează strategia și programul de gestionare a deșeurilor rezultate de la unitățile sanitare, elaborează reglementări specifice și controlează activitățile de gestionare a deșeurilor, asigură fonduri autorităților de sănătate publică județene și a municipiului București pentru monitorizarea activităților legate de gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, precum și unităților sanitare pentru gestionarea deșeurilor.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015**

Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute într-un Contract-cadru care este aprobat prin Hotărâre de Guvern la intervale prevăzute de lege (anual sau la fiecare doi ani). Contractul-cadru conține prevederi atât asupra drepturilor asiguraților, cât și asupra drepturilor și responsabilităților furnizorilor de servicii de sănătate, inclusiv prevederi asupra măsurilor preventive.

► **Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016**

În baza Legii nr. 95/2006, Guvernul aprobă periodic printr-o hotărâre programele naționale de sănătate iar normele tehnice de realizare a acestora sunt aprobate prin ordin al Ministerului Sănătății. Programele cu caracter preventiv desfășurate în 2015 și 2016 sunt: Programele naționale de boli transmisibile, Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă, Programul național de securitate transfuzională, Programele naționale de boli netransmisibile și altele. Deoarece programele naționale de sănătate sunt frecvent modificate, măsurile preventive prevăzute de acestea trebuie identificate în cadrul programelor în vigoare în anul respectiv.

721. Această ordonanță de urgență transpune în legislația națională Directiva Consiliului nr. 75/442/CEE din 15 iulie 1975 privind deșeurile, publicată în Jurnalul Oficial al Comunității Europene nr. L 194 din 25 iulie 1975, Directiva Consiliului nr. 91/689/CEE din 12 decembrie 1991 privind deșeurile periculoase, publicată în Jurnalul Oficial al Comunității Europene nr. L 377 din 31 decembrie 1991, și Directiva Parlamentului European și a Consiliului 2006/12/CE din 5 aprilie 2006 privind deșeurile, publicată în Jurnalul Oficial al Comunităților Europene nr. L 114/9 din 27 aprilie 2006.

▶ **Hotărârea Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor**

Această Hotărâre prevede serviciile medicale profilactice pe care angajatorul trebuie să le asigure lucrătorilor, astfel încât să se evite îmbolnăvirea lucrătorilor cu boli profesionale cauzate de agenți nocivi chimici, fizici, fizico-chimici sau biologici, caracteristici locului de muncă, precum și a suprasolicitării diferitelor organe sau sisteme ale organismului în procesul de muncă.

▶ **Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare și de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile**

Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 sprijină implementarea sistemului de alertă precoce și răspuns rapid care contribuie la prevenirea și controlul bolilor transmisibile, stabilind modul de raportare a diverselor tipuri de boli și circuitul informațional al datelor.

▶ **Ordinul Ministerului Sănătății și Familiei nr. 141/2002 privind reorganizarea rețelei naționale de supraveghere și control al bolilor transmisibile**

Ordinul nr. 141/2002 aprobă reorganizarea rețelei naționale de supraveghere și control al bolilor transmisibile, în vederea participării la rețeaua Comunității Europene de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile, constituită prin Decizia nr. 2.119/98/EC și reglementările aferente ulterioare, cuprinzând atribuțiile și responsabilitățile instituțiilor și unităților cuprinse în rețeaua națională de supraveghere și control al bolilor transmisibile.

▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 860/2004 privind aprobarea Listei bolilor transmisibile prioritare în România**

Ordinul nr. 860/2004 stabilește bolile transmisibile pentru care se elaborează metodologii de supraveghere și raportare. Direcția Generală de Sănătate Publică are atribuția de a elabora metodologii de supraveghere și raportare a bolilor incluse în acest Ordin. Pentru o mai bună înțelegere a acestor boli, a se vedea Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1163/2003 privind aprobarea definițiilor de caz utilizate în sistemul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile.

▶ **Hotărârea Guvernului nr. 2108/2004 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Legii nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

Hotărârea nr. 2108/2004 stabilește instituțiile cu responsabilități în domeniul prevenirii și controlului infecției cu HIV/SIDA, precum și măsurile care trebuie adoptate de acestea în vederea prevenirii răspândirii maladiei SIDA în România și a protecției persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA.

▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1611/2004 privind aprobarea circuitului informațional și a fișelor de declarare și supraveghere a infecției HIV/SIDA**

Ordinul nr. 1611/2004 definește circuitul informațional în supravegherea infecției HIV/SIDA, și totodată, fișa de declarare a suspiciunii de infecție HIV/SIDA, și fișa de supraveghere pentru infecția HIV/SIDA.

▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1070/2004 pentru aprobarea programului de supraveghere și control al infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)**

Ordinul nr. 1070/2004 prevede măsuri de supraveghere și control pentru sifilis, gonoree și infecția cu Chlamydia trachomatis, incluzând: ghidul de diagnostic și tratament al infecțiilor cu transmitere sexuală, atribuțiile și sarcinile specifice unităților sanitare și ale personalului medical în cadrul supravegherii și controlului infecțiilor cu transmitere sexuală, sistemul informațional al infecțiilor cu transmitere sexuală și formularele utilizate în cadrul acestuia, măsurile de supraveghere epidemiologică prin examene medicale clinice și de laborator pentru populația generală și grupurile populaționale la risc crescut de contractare a infecțiilor cu transmitere sexuală, sistemele de supraveghere a sifilisului congenital.

- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 824/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea Inspecției Sanitare de Stat**
 Ordinul nr. 824/2006 reglementează activitatea de inspecție sanitară care are ca scop în principal identificarea riscurilor la adresa sănătății publice și diminuarea sau eliminarea amenințării acestora. Normele privind organizarea și funcționarea Inspecției Sanitare de Stat definesc activitățile de inspecție sanitară, instituțiile implicate, responsabilitățile și atribuțiile acestora, metodele și procedurile de inspecție.
- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 546/2008 privind gestionarea calității apei de îmbăiere**
 Prezenta hotărâre reglementează conservarea, protejarea și îmbunătățirea calității mediului, precum și protejarea sănătății oamenilor, în relație cu apele de suprafață utilizate pentru îmbăiere.
- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 119/2014 pentru aprobarea Normelor de igienă și sănătate publică privind mediul de viață al populației**
 Normele de igienă și sănătate publică aprobate de Ministerul Sănătății sunt obligatorii și se referă la: zonele de locuit, aprovizionarea cu apă a localităților, fântâni publice și individuale folosite la aprovizionarea cu apă de băut, colectarea și îndepărtarea apelor uzate și a apelor meteorice, colectarea, îndepărtarea și neutralizarea deșeurilor solide, unităților de folosință publică, produsele biocide și produsele de protecția plantelor utilizate de către populație, administrarea cimitirelor, crematoriilor umane, înhumarea, transportul și deshumarea cadavrelor umane.
- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1955/1995 pentru aprobarea Normelor de igienă privind unitățile pentru ocrotirea, educarea și instruirea copiilor și tinerilor**
 Normele de igienă sunt obligatorii pentru toate unitățile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna și recreerea copiilor și tinerilor, din sistemul public și privat și au scopul de a asigura condițiile de igienă necesare apărării, păstrării și promovării stării de sănătate, dezvoltării fizice și neuropsihice armonioase a acestora și prevenirii apariției unor îmbolnăviri.
- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății și Familiei nr. 387/2002 pentru aprobarea Normelor privind alimentele cu destinație nutrițională specială**
 Ordinul reglementează în special compoziția și etichetarea produselor alimentare care răspund nevoilor nutritive speciale ale anumitor categorii de persoane (persoane într-o stare fiziologică specială, sugari etc), numite și produse dietetice.
- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății Publice nr. 1563/2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolărilor și școlărilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți**
- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății Publice nr. 341/2007 pentru aprobarea normelor de igienă și a procedurii de notificare a apelor potabile îmbuteliate, altele decât apele minerale naturale sau decât apele de izvor, comercializate sub denumirea de apă de masă**
- ▶ **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 372/2006 privind Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, cu modificările ulterioare**
 Ordinul nr. 372/2006 prevede instituțiile publice abilitate să ia măsuri pentru promovarea și apărarea sănătății mintale, prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice.
 - **Articolul 2, alin. 1:** Ministerul Sănătății elaborează Planul de măsuri pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice în colaborare cu instituțiile publice prevăzute la Articolul 1, precum și cu organizații neguvernamentale.
 - **Articolul 3:** Fiecare instituție dintre cele prevăzute la Articolul 1 întocmește și publică pe site-ul propriu un raport anual cu privire la activitățile întreprinse pentru promovarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice, precum și bugetul alocat.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

- **Articolul 21, alin. 2:** *Comportamentul profesional implică, fără a se limita la, preocuparea constantă și permanentă a medicului pentru aflarea, pe orice cale, inclusiv prin intermediul formelor de educație medicală continuă, a celor mai noi descoperiri, procedee și tehnici medicale asimilate și agreate de comunitatea medicală.*
- **Articolul 36:** *(1) Medicul are obligația profesională și legală să se îngrijească de respectarea regulilor de igienă și de profilaxie. În acest scop, ori de câte ori are ocazia și este cazul, el va semnala persoanelor respective responsabilitatea ce le revine acestora față de ei înșiși, dar și față de comunitate și colectivitate. (2) Medicul are obligația morală de a aduce la cunoștință organelor competente orice situație de care află și care reprezintă un pericol pentru sănătatea publică.*

► Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România

- **Articolul 36:** *Interesul general al societății (prevenirea și combaterea epidemiilor, a bolilor venerice, a bolilor cu extindere în masă și altele asemenea prevăzute de lege) primează față de interesul personal al pacientului.*

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu s-au identificat alte surse relevante care să conțină prevederi legate de dreptul pacientului la servicii preventive.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

► Exemplul 1:

Ploile abundente din 2012 au provocat inundații în satul M din județul B. Ca urmare, Direcția Județeană de Sănătate Publică a pus la dispoziția medicului de familie din satul M 15 doze de vaccin împotriva hepatitei A pentru copii și 30 de doze de vaccin anti-diftero-tetanic pentru adulți, conform numărului populației din zona inundată. În ziua următoare, medicul de familie a raportat un număr de 8 copii și de 15 adulți, care au acceptat vaccinarea. Deoarece acestea sunt vaccinuri opționale, medicul a rugat preotul să explice populației că fără vaccinare populația are un risc crescut de a se îmbolnăvi. Pentru a monitoriza calitatea apei, reprezentanții Direcției Județene de Sănătate Publică colectează periodic probe de apă potabilă din fântâni și le trimit la laborator pentru analize, până în momentul curățării zonei. Populația a primit și câteva sfaturi de la asistentul comunitar care a ținut o conferință publică la școala din sat și a distribuit pliante despre cum să te protejezi de boli în astfel de situații: să se bea doar apă îmbuteliată, apa din fântâni să se utilizeze doar pentru gătit și spălat și numai după fierbere prealabilă, să se consume produse alimentare ambalate sau bine preparate termic, să nu se atingă animalele moarte sau leșuri din zonele inundate, să fie informate autoritățile în vederea evacuării animalelor moarte, să se evite expunerea la umezeală, iar la primul semn de boală să fie alertată echipa medicală.

▶ Exemplul 2:

În fiecare vară, în perioadele caniculare, Inspectoratul pentru Situații de Urgență, printr-un comunicat de presă, recomandă populației: să evite expunerea la soare, să folosească mijloace de protecție împotriva razelor ultraviolete (pălării, umbrele, ochelari de soare, îmbrăcăminte subțire din țesături naturale, în culori deschise), să consume lichide până la 2-4 litri pe zi, să consume alimente sărace în grăsimi, să evite excesul de cafea și consumul de băuturi alcoolice, să facă dușuri frecvente cu apă la temperatură moderată, să evite eforturile fizice susținute în perioada zilei în care temperatura atinge valorile maxime, iar activitatea din agricultură, șantiere de construcții, hale industriale, care nu au posibilitatea asigurării unor condiții de microclimat corespunzătoare, să se desfășoare dimineața și seara.

Comunicatul de presă mai menționează următoarele:

- prevederile legislative conform cărora angajatorii trebuie să adapteze programul de lucru și să furnizeze cantități suficiente de apă minerală pentru personalul care lucrează în sectoare cu temperatură ridicată și radiații calorice;
- recomandarea de a supraveghea permanent copiii și a li se acorda o atenție specială, pentru a se evita situațiile nefavorabile acestora; astfel, copiii nu vor fi lăsați să aștepte în interiorul autovehiculelor parcate la soare, iar transportul lor pe distanțe lungi nu se va efectua în vehicule fără posibilități de climatizare;
- persoanele vârstnice, în special cele cu afecțiuni cardiace și respiratorii, să evite deplasările și frecventarea locurilor aglomerate care creează premisele decompensării acestora în condiții de temperaturi ridicate;
- să se seteze aparate de climatizare astfel încât acestea să mențină în încăperea sau clădirea respectivă o temperatură cu 5°C mai mică decât temperatura exterioară;

De asemenea, în orașe au fost instalate corturi sau amenajate arii umbrite în care populația se va putea adăposti și răcori în caz de necesitate, precum și puncte de prim ajutor în spitale, dispensare, cabinete medicale, primării, gări, autogări, piețe, teatre, lăcașuri de cult, farmacii. Aceste măsuri se iau în fiecare vară în perioadele caniculare.

2. Exemple de încălcare**▶ Exemplul 1:**

În perioada iunie – august 2014, sute de bebeluși care s-au născut la maternitatea unui spital municipal nu au fost vaccinați gratuit împotriva hepatitei B. Deși conform legislației în vigoare vaccinarea împotriva hepatitei B este făcută gratuit în spital, vaccinul nu a fost disponibil, iar mamele au fost rugate să cumpere vaccinul din farmacii la prețul de 100 de lei. Mamele s-au conformat și au cumpărat vaccinul din farmacii, însă pe la sfârșitul lunii august, din cauza cererii crescute și aceste stocuri s-au epuizat. Aceeași situație a fost și în alte județe. Deși Ministerul Sănătății a promis că va trimite până la începutul lunii august 50 de mii de doze de vaccin antihepatitic în țară, până la sfârșitul lunii Direcția de Sănătate Publică Bihor nu a primit nicio bucată. În cele din urmă, în septembrie 2014 în mass-media a apărut știrea că Ministerul Sănătății a trimis vaccinurile către direcțiile județene de sănătate publică.

▶ Exemplul 2:

Un medic și două asistente au fost sancționați de Comisia de Disciplină a unui spital de boli infecțioase în cazul unui pacient infectat cu HIV căruia i s-a recoltat sânge și apoi a fost trimis la un laborator din oraș, motivând că spitalul nu dispune de reactivi pentru efectuarea analizelor respective. Pacientul a mers cu mijloacele de transport în comun, ținând în mână eprubetele cu sânge infectat. Riscul acestei decizii a fost major - contaminarea populației în condițiile în care ar fi avut loc un accident. Ca urmare, medicului i s-a suspendat dreptul de practică pentru un an, urmând ca apoi să fie mutat disciplinar la alt departament în cadrul aceluiași spital, iar asistentele au primit avertismente scrise.

3. Cazuri concrete

La sfârșitul lui august 2008, pacientul O.I. a ajuns la Spitalul Județean de Urgență Bacău (SJUB), în urma unui accident de circulație, cu multiple traumatisme: cranio-facial, toracic, comoție cerebrală, fracturi la ambele picioare. Pacientul a fost internat la Ortopedie-Traumatologie și operat a doua zi. Pentru fracturi i s-au montat o tijă și șuruburi la coapsă și genunchi și i s-a pus o atelă gipsată. Ulterior, a fost transferat la ATI pentru a se trata afecțiunile pulmonare cauzate de traumatismul toracic. De aici, este transferat, pe 1 septembrie, la Spitalul Pneumologic Iași, unde primește îngrijiri medicale pentru afecțiunile toracice. Starea tot mai gravă a tânărului a impus trimiterea lui la Clinica de Ortopedie a Spitalului „Sf. Ioan” Iași, unde i s-au făcut teste microbiologice și s-a descoperit infecția cu *Stafilococ auriu*. De mai bine de cinci ani, tânărul, care a rămas cu dizabilitate permanentă (deficiență locomotorie care a dus la scăderea la 60% a capacității de muncă), luptă cu această infecție.

În decembrie 2012, Tribunalul Bacău (prima instanță) a obligat Spitalul Județean de Urgență Bacău să plătească pacientului despăgubiri de peste 521.600 de euro pentru infirmitatea fizică cu care a rămas în urma tratamentului, în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 cu privire la răspunderea pentru infecțiile nosocomiale (Articolul 644, renumerat 655 în legea republicată). Spitalul Județean de Urgență Bacău, prin avocatul angajat să apere cazul, a vrut să demonstreze că infecția putea fi luată de oriunde, susținând că nu există nicio dovadă că pacientul s-a infectat în spitalul din Bacău. Avocatul a argumentat că *Stafilococul auriu* ar fi putut fi prezent pe hainele pacientului înainte de internarea în SJUB sau ar fi putut fi luat după transferul din SJUB la alte spitale. Astfel, avocatul a reușit să obțină la Curtea de Apel, refacerea expertizei. Decizia Tribunalului a fost menținută de către Curtea de Apel în 2014. Spitalul a făcut un nou recurs, de această dată la Înalta Curte de Casație și Justiție. În ianuarie 2015, Înalta Curte a respins apelul, așa că SJUB a trebuit să plătească pacientului 521.600 Euro. Avocatul spitalului a declarat că SJUB a inițiat deja procedurile de plată, iar pacientul își va primi banii în următoarele 6 luni (de la momentul elaborării acestui ghid în 2015)⁷²².

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Atunci când gândesc un anumit caz deschis împotriva unei autorități publice în domeniul îngrijirilor de sănătate, avocații ar trebui să verifice în ce măsură actele și/sau omisiunile autorității din speță se conformează cu scopul și funcțiile îngrijirii sănătății sau cu alte prevederi generale sau principii legate de măsurile preventive stipulate în Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Este posibil ca, deși nu există o prevedere specifică și detaliată a modului în care autoritatea ar trebui să acționeze astfel încât să prevină apariția unei probleme de sănătate publică, avocații să poată utiliza argumente bazate pe datoria autorității de a acționa cu bună credință astfel încât să respecte principalele funcții și principiile de bază ale legii generale din domeniul sănătății. Cu alte cuvinte, juriștii nu ar trebui să renunțe la opțiunea de a construi argumente în baza unor prevederi mai generale ale legii.
- Atunci când susțin că nu a fost îndeplinită o anumită atribuție de către o autoritate publică sau de către un furnizor de servicii de sănătate, avocații ar trebui să facă diferența între două tipuri de obligații: de diligență și de rezultat. Obligațiile de diligență presupun că autoritatea sau furnizorul ia toate măsurile rezonabile pentru a atinge un anumit rezultat, în timp ce obligațiile de rezultat sunt îndeplinite numai atunci când s-a obținut rezultatul respectiv. În ambele cazuri, când obligațiile sunt încălcate, avocații trebuie să aducă probe referitoare la absența rezultatului care ar fi trebuit atins, cu diferența că în cazul obligațiilor de diligență, avocații trebuie să argumenteze în plus și faptul că mijloacele de atingere a rezultatului au fost ineficiente sau insuficiente. Merită, de asemenea, menționat că îndeplinirea obligațiilor este mai strict evaluată de instanță în cazul în care persoana obligată să efectueze o

722. Surse: Bacău.Net (2015), *SJU Bacău, bun de plată în dosarul infecției cu stafilococ auriu. Spitalul trebuie să achite unui pacient peste 500.000 euro*, 29 ianuarie 2015, <http://www.bacau.net/sju-bacau-bun-de-plata-in-dosarul-infectiei-cu-stafilococ-auriu-spitalul-trebuie-sa-achite-unui-pacient-pest-500-000-euro/>; Romania liberă (2014), *Spitalul de Urgențe Bacău, bun de plată, după ce un pacient a fost infectat cu stafilococ auriu*, 23 octombrie 2014, <http://www.romanalibera.ro/societate/sanatate/spitalul-de-urgen-te-bacau--bun-de-plata--dupa-ce-un-pacient-a-fost-infectat-cu-stafilococ-auriu--354519>; Hotnews.ro (2014), *Spitalul Bacău, obligat de instanța la plata unei despăgubiri de 521.600 euro către un fost pacient*, 23 octombrie 2014, <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-18365153-spitalul-bacau-obligat-instanta-plata-unei-despagubiri-521-600-euro-catre-fost-pacient.htm>

anumită atribuție este un profesionist (așa cum e cazul profesioniștilor din sănătate).

- Obligațiile de diligență în sistemul legal de sănătate pot fi identificate prin expresii precum „se va face tot posibilul”, „va depune eforturi pentru ...”, „să participe la ...” etc. În orice caz, într-un proces, instanța va interpreta natura obligațiilor, după audierea tuturor părților. În susținerea încălcării unei obligații de diligență, avocații pot de asemenea să își bazeze argumentele pe standardele profesionale (chiar dacă unele dintre aceste standarde nu își au izvorul efectiv în lege, ci în alte acte), standardele de calitate existente sau comportamentul anterior al aceleiași autorități sau furnizor. Avocații pot de asemenea să argumenteze dacă autoritatea/furnizorul a luat vreo măsură să verifice dacă avea mijloacele necesare pentru realizarea obligației respective, le-a căutat în altă parte sau măcar a adus cuiva la cunoștință problema respectivă.
- De fiecare dată când drepturile pacientului au fost încălcate de o autoritate sau furnizor de servicii de sănătate prin nerealizarea unei obligații de rezultat, avocații ar trebui să arate clar instanței natura acelei obligații. Unele obligații sunt prevăzute de lege ca obligații de rezultat, cum ar fi aplicarea măsurilor universale de prevenire a transmiterii HIV în timpul actului medical (vezi Legea 584/2002, Articol 6, lit. e), în timp ce alte atribuții sau proceduri sunt interpretate de instanțe ca reprezentând obligații de rezultat. De exemplu, o decizie finală a Curții de Apel București, a stabilit că obligația unui medic dentist de a introduce un implant dentar adecvat este o obligație de rezultat⁷²³.
- În judecarea cazurilor privind dreptul la măsuri preventive, avocații ar trebui să considere că instanțele naționale au încadrat atribuția medicului de a trata pacientul ca o obligație de diligență și că această obligație implică de asemenea datoria medicului de a asigura o prevenție eficace, ceea ce înseamnă monitorizarea și supravegherea pacientului⁷²⁴.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația despre Dreptul la măsuri preventive inclusă la Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.2 Dreptul de a avea acces

A) DREPTUL DE A AVEA ACCES AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul de a avea acces la servicii de îngrijiri medicale necesare pentru starea sa de sănătate. Serviciile de îngrijiri medicale trebuie să garanteze accesul fiecărei persoane în mod egal, fără discriminare pe teme de resurse financiare, locul de reședință, tipul de boală sau momentul accesării serviciilor.

Dreptul de a avea acces este înțeles în cadrul Cartei Europene a Drepturilor Pacienților conform următoarelor dimensiuni:

- O persoană care are nevoie de tratament, dar nu își permite să suporte costurile respective, are dreptul de a fi asistat gratis.
- Fiecare persoană are dreptul la servicii adecvate, independent dacă el sau ea a fost admis/ă într-un spital sau o clinică de dimensiuni mici sau mari.
- Fiecare persoană, chiar fără a avea un permis de reședință necesar, are dreptul la asistență de urgență ambulatorie sau cu internare.

723. Decizia nr. 1242R din 19 iunie 2013, publicată în Roxana Maria Călin, *Malpraxis: Răspunderea medicului și a furnizorilor de servicii medicale*, 2014

724. Tribunalul Timiș, Decizia 105/A din 7 februarie 2013, publicată în Roxana Maria Călin, *Malpraxis: Răspunderea medicului și a furnizorilor de servicii medicale*, 2014

- O persoană care suferă de o formă rară a unei boli are același drept la tratamente și medicația necesare ca și o persoană care suferă de o boală mai comună.

B) DREPTUL DE A AVEA ACCES AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 34** garantează dreptul la ocrotirea sănătății.⁷²⁵
 - (1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.
 - (2) Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice.
 - (3) Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii.

Legislație

▶ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015, Titlul VIII, Capitolul II, Secțiunea 1

Această secțiune din Legea privind reforma în domeniul sănătății prevede aria de acoperire a asigurării publice de sănătate din România. Conform legii, cetățenii și străinii care au reședința legală pe teritoriul României sunt obligați să contracteze o asigurare publică de sănătate direct de la casa de asigurări de sănătate sau prin intermediul angajatorului și plătește o contribuție lunară calculată în funcție de venit (**Articolul 222**). În plus, există o listă cu categoriile de persoane care sunt asigurate automat, prin lege, fără să plătească contribuția la fondul asigurărilor de sănătate (de exemplu copiii, femeile însărcinate, veteranii, șomerii, pensionarii cu pensii mici, părinții care se află în concediu de creștere a copilului etc.) (**Articolul 224**).

Persoanele asigurate au dreptul la pachetul de bază, prevăzut în contractul cadru elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, avizat de Ministerul Sănătății și aprobat periodic prin hotărâre de guvern⁷²⁶.

Începând cu 1 aprilie 2013, persoanele asigurate trebuie să plătească co-plată pentru anumite servicii de sănătate la care sunt îndreptățite (între 5 lei și 10 lei). Anumite categorii de persoane sunt exceptate de la co-plată, precum copiii, pacienții bolnavi de boli incluse în programele naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății, dacă sunt fără venituri (de exemplu persoanele care trăiesc cu HIV, TBC, diabet, etc), pensionarii care au o pensie mică, femeile însărcinate (**Articolele 225 și 226**).

▶ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015, Titlul XIV, Capitolul IV

Capitolul IV, Titlul XIV din Legea reformei în domeniul sănătății reglementează obligația de a oferi îngrijiri medicale pacientului. Legea prevede două situații. Mai întâi, în cazul personalului medical care lucrează în unități medicale, ei sunt obligați să asigure îngrijiri medicale fiecărei persoane îndreptățite să primească serviciul medical respectiv (**Articolul 665**). Doar în două situații medicii pot întrerupe din proprie inițiativă tratamentul sau pot refuza un pacient (**Articolul 664, alin.1, lit.c**):

- când pacientul este trimis către un alt medic cu calificări superioare care se impun datorită situației medicale a pacientului sau,

725. Constituția României, Articolul 34 Dreptul la ocrotirea sănătății.

726. Hotărârea Guvernului României nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, precum și Secțiunea 6.1.1 din acest ghid.

- când pacientul a fost ostil și/sau lipsit de respect față de medic.

În al doilea rând, în cazul personalului medical care lucrează în afara unei unități medicale, aceștia sunt obligați să ofere îngrijiri medicale:

- tuturor pacienților acceptați, fără discriminare pe criterii precum etnia, religia, orientarea sexuală (**Articolul 663, alin. 2**), și
- tuturor pacienților care sunt în situație de urgență a căror sănătate sau viață ar putea fi în mod grav și ireversibil afectată (**Articolul 663, alin. 3**).

▶ **Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului**

Legea prevede că pacienții au dreptul la cel mai înalt standard de sănătate care există în societate, raportat la resursele umane, financiare și material disponibile (**Articolul 2**).

▶ **Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

O situație aparte este prevăzută în Legea 584/2002 privind HIV/SIDA:

- **Articolul 9:** prevede că toate unitățile medicale sunt obligate să ofere pacienților care trăiesc cu HIV serviciile medicale specializate pe care sunt autorizați să le presteze ca unitate sanitară pentru toți pacienții, conform contractului semnat cu Casa de Asigurări de Sănătate.
- **Articolul 6, lit. f):** toate unitățile medicale specializate sunt obligate să ofere măsurile de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Conținutul pachetului de bază de asigurări de sănătate se găsește în textul următoarelor reglementări care stabilesc contractul cadru general în baza căruia se încheie contractele de servicii între furnizori și casele județene de asigurări de sănătate:

- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 400/2014** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015.
- ▶ **Ordinul comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/2015** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

- **Articolul 33** din Codul de deontologie medicală prevede anumite situații în care medicii pot refuza să ofere servicii de îngrijiri medicale:
 - *strict în condițiile stabilite prin lege;*
 - *dacă prin solicitarea formulată persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea sau valorile morale ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic, cu scopul și rolul social al profesiei medicale.*

Refuzul acordării asistenței medicale poate fi exercitat numai în condițiile stricte prevăzute în Articolul 33, alin. 2:

- în toate cazurile, medicul îi va explica persoanei respective motivele care au stat la baza refuzului său, se va asigura că prin refuzul acordării serviciilor medicale viața sau sănătatea persoanei în cauză nu sunt puse în pericol;
- în măsura în care refuzul este bazat pe încălcarea convingerilor sale morale, va îndruma persoana în cauză spre un alt coleg sau o altă unitate medicală.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Femeile însărcinate sunt asigurate automat conform legii din România pe parcursul sarcinii. Prin urmare, ele au acces la pachetul de bază al îngrijirilor medicale, inclusiv asistența medicală maternă pe tot parcursul sarcinii, la naștere și pe perioada de lăuzie. (Nota autorului: Contraceptivele orale sunt incluse în lista medicamentelor esențiale aprobată de Organizația Mondială a Sănătății, iar serviciile de planificare familială fac parte din asistența medicală primară. Prin urmare, accesul la asistența medicală primară trebuie asigurat tuturor, indiferent dacă sunt persoane asigurate sau nu. În acest sens, în România, conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 136/1994, contraceptivele orale sunt oferite gratis anumitor categorii de femei care nu-și permit să le cumpere din farmacii.)

2. Exemple de încălcare

- **Exemplul 1:** Nicio asigurare de sănătate din România – publică sau privată – nu acoperă tratamentul de schimbare a sexului pentru persoanele transgender, ceea ce face ca acest tratament să fie inaccesibil din punct de vedere financiar în România sau în străinătate pentru aceste persoane.
- **Exemplul 2:** Personalul medical din România nu este suficient de specializat să efectueze operații chirurgicale de schimbare a sexului, în special pentru persoanele transgender femei-spre-bărbați, ceea ce face ca aceste servicii medicale să nu fie disponibile în România.
- **Exemplul 3:** Există spitale în care toți medicii din secțiile de obstetrică-ginecologie refuză să realizeze avortul la cererea femeilor, în ciuda faptului că acest serviciu medical este legal în România până la 14 săptămâni de sarcină. (Nota autorului: A se vedea notele practice pentru avocați prevăzute mai jos, pentru o discuție legată de refuzul medicilor de a trata.)

3. Cazuri concrete

Oana (identitatea ei reală a rămas confidențială pe perioada procesului) s-a plâns că pentru o perioadă de opt zile a fost refuzată la internare pentru naștere prin operație cezariană de către șeful Secției Obstetrică Ginecologie de la un spital public din București pentru că este infectată cu HIV. I-a fost recomandat să nască prin cezariană la 38 de săptămâni de sarcină pentru a preveni transmiterea HIV de la mamă la copil. Femeia s-a plâns în instanța de judecată civilă împotriva spitalului și a medicului șef de secție pentru discriminare directă pe criteriul sexului și a statutului HIV în accesul la servicii publice. Prima instanță a găsit o încălcare a dreptului de a nu fi supusă la discriminare pe criteriul statutului HIV în accesul la servicii de sănătate publică. Prima instanță a constatat că s-a încălcat dreptul la nediscriminare pe criteriul statutului HIV pozitiv în contextul accesului la servicii de sănătate și a dispus plata despăgubirilor morale în solidar de către șeful secției și spital.⁷²⁷ Medicul șef de secție a declarat apel, iar tribunalul a desființat hotărârea din primă instanță. Oana a declarat mai departe

⁷²⁷. Judecătoria Sectorului 2 București, Sentința civilă No. 4999 of 27.03.2013 (hotărârea nu este definitivă).

recurs – plângându-se că probele nu au fost administrate în mod legal, hotărârea conține motive contradictorii, dar legea a fost aplicată în mod greșit de către Tribunalul București. La momentul scrierii ghidului, procesul de află pe rolul Curții de Apel București.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Spre deosebire de cabinetele medicale private, în cazuri care implică servicii de sănătate furnizate de spitale/clinici publice sau private, problemele legate de dreptul de a avea acces vor fi opuse mai degrabă unității medicale decât personalului medical, întrucât unitatea medicală este furnizorul serviciului. Unitatea medicală este cea care intră în relații contractuale cu pacientul. *(Nota autorului: acest scenariu nu se referă la cazurile de eventual malpraxis sau răspundere disciplinară.)*
- În cazurile în care personalul medical încalcă prevederile Articolelor 653 și 654 din Legea privind reforma în domeniul sănătății, este util să se invoce răspunderea atât a unității sanitare, cât și a personalului medical, în solidar. Unitatea medicală este răspunzătoare pentru faptele angajaților săi și are, de obicei, obligații proprii privind prevenirea anumitor comportamente cum ar fi încălcarea regulamentelor și protocoalelor interne, a drepturilor pacienților; unitatea medicală trebuie să își îndeplinească aceste obligații prin adoptarea procedurilor și regulemantelor interne, informarea personalului și monitorizarea aplicării acestor reguli și proceduri.
- Contractul de servicii încheiat între unitățile medicale și casele de asigurări de sănătate de la nivel local conține o listă de servicii furnizate pacienților pe baza asigurării de sănătate. Acest document este unul important din punct de vedere al probatorului, în cazuri privind dreptul de a avea acces. În afară de această listă de servicii acoperite de asigurarea socială de sănătate, unitățile medicale sunt autorizate să furnizeze alte servicii care sunt suportate prin contribuția proprie a pacienților.
- Multe din cazurile care ridică probleme legate de discriminare se referă la dreptul de a avea acces. Astfel, prevederile O.G. 137/2000 privind prevenirea și combaterea tuturor formelor de discriminare trebuie să fie luate în considerare atunci când se formulează argumentele în cauză, împreună cu legislația care reglementează dreptul de acces.
- Atunci când se construiește un caz în jurul dreptului de a avea acces, odată ce este stabilit că pacientul are un anumit drept, cade în sarcina furnizorului să ofere justificări obiective și excepționale pentru a motiva de ce dreptul de acces nu a fost acordat persoanei respective. Mai mult, trebuie notat că furnizorul, și nu reclamantul, este cel care are la dispoziția sa în unitatea medicală toate probele legate de caz – personalul medical disponibil, nivelul de încărcare al acestora, numărul pacienților etc. Abordarea asigurării accesului și oferirea asistenței medicale trebuie să fie una sistematică (cooperarea dintre unitățile medicale pentru a asigura trimiterea rezonabilă și efectivă a pacienților, atunci când este nevoie) și ghidată de principiul previzibilității. Astfel, dacă o unitate medicală, din cauza unor motive obiective și neprevăzute, nu poate oferi serviciul medical, această unitate trebuie să trimită pacientul către altă unitate medicală care se află la o distanță rezonabilă și accesibilă față de pacient. Numai după ce această sarcină a probei este îndeplinită, atunci revine reclamantului sarcina să combată aceste probe.
- Există o doză de confuzie în legătură cu cadrul legal aplicabil cazurilor tot mai des întâlnite în care medicii ginecologi din unități medicale publice refuză să furnizeze serviciul medical legal de avort la cerere. Uneori, refuzul se bazează pe religie sau credință; alteori, motivele sunt simple alegeri personale ale medicilor pe care aceștia susțin că au dreptul să le facă. O clarificare a cadrului legal poate ajuta practicianul jurist să găsească o cale de rezolvare a acestei probleme. Este important de luat în considerare că avortul la cerere este permis de lege în România până la 14 săptămâni de sarcină. Acest serviciu este realizat de medicii ginecologi în unități sanitare publice sau în cabinete private și nu este acoperit de asigurările sociale de sănătate. Cazurile în care medicii pot refuza să furnizeze servicii de sănătate sunt reglementate strict de Articolul 653 din Legea privind reforma în domeniul sănătății; iar religia, credința și alegerile personale nu se află pe această listă limitativă. Numai Articolul 33 din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România prevede că un medic poate refuza să furnizeze servicii medicale, în condiții strict prevăzute, dacă serviciul medical solicitat de pacient

contrazice valorile morale ale medicului. Acest articol este invocat de medicii care refuză să realizeze serviciile de avort, împreună cu articolele constituționale privind libertatea religioasă și de conștiință. Cu toate acestea, o pacientă căreia i-a fost refuzat acest serviciu își poate apăra drepturile argumentând în fața autorităților competente sau în instanță că acest Cod deontologic este adoptat de Colegiul Medicilor și nu este obligatoriu din punct de vedere juridic; Codul nu poate adăuga la Legea privind reforma în domeniul sănătății (care prevede o listă limitativă a motivelor de refuz legale, a se vedea și mai sus). Mai mult, liniile directoare ale codului privind refuzul pe motive morale sunt, de asemenea problematice deoarece nu stabilesc și cerințe minime precum obligația de a informa femeia în cauză despre posibile alternative și garanții pentru a asigura că medicii disponibili pentru realizarea avortului există în spitalul public; spitalul public este o entitate juridică ce nu poate invoca libertatea religioasă sau de conștiință, întrucât acestea sunt drepturi strict individuale. Până acum nu au existat acțiuni care să ridice problema practicii refuzului de a realiza serviciul avortului la cerere.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația relevantă oferită la Dreptul la informare și Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate din Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.3 Dreptul la informare

A) DREPTUL LA INFORMARE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI (ECPR)

Fiecare individ are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea de sănătate, la serviciile de sănătate și cum să le folosească, precum și tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică.

Profioniștii și toți furnizorii de îngrijiri de sănătate trebuie să ofere o informare personalizată pacientului, adaptată în special particularităților religioase, etnice și lingvistice. Aceste informații trebuie să fie făcute ușor accesibile înlăturând obstacolele birocratice, educând furnizorii de sănătate, pregătind și distribuind materiale informative. Pacientul are dreptul să-și vadă dosarul medical, să facă copii, să pună întrebări și de a se corecta eventualele greșeli. Un bolnav internat are dreptul la o informare continuă și detaliată, care poate fi garantată eventual de un „tutore”. Fiecare individ are dreptul la acces direct la informare asupra cercetărilor științifice, farmaceutice și inovațiilor tehnologice, fie din resurse publice, fie private, dacă aceasta îndeplinește criteriile de corectitudine și transparență.

B) DREPTUL LA INFORMARE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 31** garantează dreptul la informație:
 - (1) *Dreptul persoanei de a avea acces la orice informație de interes public nu poate fi îngădit.*
 - (2) *Autoritățile publice, potrivit competențelor ce le revin, sunt obligate să asigure informarea corectă a cetățenilor asupra treburilor publice și asupra problemelor de interes personal.*
 - (3) *Dreptul la informație nu trebuie să prejudicieze măsurile de protecție a tinerilor sau securitatea națională.*

- (4) Mijloacele de informare în masă, publice și private, sunt obligate să asigure informarea corectă a opiniei publice.
- (5) Serviciile publice de radio și de televiziune sunt autonome. Ele trebuie să garanteze grupurilor sociale și politice importante exercitarea dreptului la antenă. Organizarea acestor servicii și controlul parlamentar asupra activității lor se reglementează prin lege organică.

Legislație

▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

- **Articolul 5** prevede funcțiile principale ale asistenței de sănătate publică, ce includ *informarea, educarea și comunicarea pentru promovarea sănătății (lit. k)*.
- **Articolul 6** afirmă Principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică, inclusiv *promovarea sănătății și educația pentru sănătate prin... campanii de informare-educare-comunicare (lit. c, pct. 1)*.
- Conform **Articolului 21**, *Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București organizează culegerea și prelucrarea informațiilor statistice medicale primite de la unitățile sanitare publice sau private și transmit rapoarte statistice lunare către instituțiile desemnate în acest scop.*
- **Articolul 230** prevede drepturile asiguraților, inclusiv să aibă dreptul la informație în cazul *tratamentelor medicale (alin.(2), lit. o)*.
- **Articolul 234** prevede un alt drept al asiguraților, mai precis *Fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.*
- Una din atribuțiile CNAS și a caselor de asigurări este să acorde *gratuit informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale (Articolul 280, alin. 1, lit. m, Articolul 281, lit. f)*.
- Conform **Articolului 660, alin. 3**, pentru ca personalul medical să obțină consimțământul informat al pacientului, acesta trebuie să ofere informații pacientului: *Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului.*

▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Legea conține un întreg capitol intitulat „Dreptul pacientului la informația medicală”

- **Articolul 4:** *Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.*
- **Articolul 5:** *(1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate. (2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.*

Legea drepturilor pacientului conține și alte prevederi legate de dreptul la informație care vor fi discutate în secțiunea următoare dedicată dreptului la consimțământ.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Nu a fost identificată legislație secundară relevantă pentru dreptul la informație.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

- **Articolul 14 Informarea prealabilă și adecvată a persoanei:** (1) Medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă sau cea îndreptățită să își dea acordul cu privire la intervenția medicală a primit informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și a riscurilor previzibile și în general acceptate de societatea medicală. (2) Pe cât posibil, medicul va urmări ca informarea să fie adecvată și raportată la persoana care urmează să își manifeste consimțământul.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate ale surse relevante privind dreptul la informare.

Notă pentru cititori:

În cadrul legal din România, dreptul la informare este prevăzut în strânsă conexiune cu dreptul la consimțământ. Astfel, legislația națională se referă la „consimțământ informat”. În economia acestui ghid, autorii au abordat dreptul la informare împreună cu dreptul la consimțământ. În consecință, explicații pe larg, exemple de cazuri și note practice pentru avocați referitoare la ambele drepturi vor fi oferite în secțiunea 6.1.4 Dreptul la consimțământ.

6.1.4 Dreptul la consimțământ

A) DREPTUL LA CONSIMȚĂMÂNT AȘA CUM ESTE PREVĂZUT DE CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul de a avea acces la toate informațiile care i-ar putea permite să participe în mod activ la decizii privind sănătatea sa; această informare este premisă pentru orice procedură și tratament, inclusiv pentru participarea la cercetarea cu scop științific.

Carta prevede, ca și note explicatorii pentru acest articol, faptul că furnizorii de servicii medicale și personalul medical trebuie să asigure accesul pacientului la toate informațiile necesare cu privire la tratament sau intervenția medicală ce urmează să aibă loc, inclusiv cu privire la riscuri, efecte secundare, stări de disconfort dar și cu privire la alternative existente. Toată această informare trebuie făcută cu cel puțin 24 de ore înainte, astfel încât, pacientul să poată participa activ la alegerea formei terapeutice.

De asemenea, Carta prevede obligativitatea furnizorilor de servicii medicale și a personalului medical de a comunica cu pacientul într-o limbă cunoscută, iar limbajul folosit să fie unul comun, ușor de înțeles. Chiar și în situația în care, din motive care țin de starea de sănătate ori de lipsa capacității de exercițiu, consimțământul informat este dat de către reprezentantul legal, pacientul în cauză trebuie implicat în acest proces cât mai mult posibil.

Pacientul, de asemenea, are dreptul de a refuza tratamentul ori intervenția, de a se răzgândi în timpul tratamentului, refuzând continuarea acestuia. De asemenea, acesta are dreptul de a refuza informații privind starea sa de sănătate.

Față de dreptul la informare prevăzut la art. 3 din CEDP, care este un drept care prevede accesul la informație medicală în general, prezentul art. 4 face referire la situații concrete, care necesită intervenție medicală punctuală și, pe cale de consecință, și un consimțământ punctual.

Comentariu pentru juriști:

Se observă faptul că dreptul la consimțământ cuprinde trei componente: o componentă care ține de dreptul la informare cu privire la deciziile pe care pacientul urmează să le ia, o componentă care ține de dreptul pacientului de a accepta sau refuza procedura propusă și o a treia care ține de acordul pacientului care trebuie să fie explicit; prin urmare, vorbim despre un consimțământ informat.

B) DREPTUL DE LA CONSIMȚĂMÂNT AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► **Constituția României din 1991, revizuită în 2003**

Constituția nu prevede dreptul la consimțământ al pacientului, ci doar un drept general, de ocrotire a sănătății, garantat de către stat (**Articolul 34**).

Incident poate fi **Articolul 22** care face referire la dreptul la viață și la integritate fizică, acestea fiind, de asemenea, garantate de către stat. Dreptul la integritate fizică presupune, pe de o parte, o obligație negativă din partea oricărei alte persoane, aceea de a nu aduce atingere acestui drept. Pe de altă parte, acesta presupune dreptul oricărei persoane de a decide cu privire la integritatea sa fizică, inclusiv în cazul unor decizii medicale.

Legislație

► **Codul civil⁷²⁸**

- **Articolul 68:** (1) Prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană de la donatori în viață se fac exclusiv în cazurile și condițiile prevăzute de lege, cu acordul scris, liber, prealabil și expres al acestora și numai după ce au fost informați, în prealabil, asupra riscurilor intervenției. În toate cazurile, donatorul poate reveni asupra consimțământului dat, până în momentul prelevării. (2) Se interzice prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană de la minori, precum și de la persoanele aflate în viață, lipsite de discernământ din cauza unui handicap mintal, unei tulburări mintale grave sau dintr-un alt motiv similar, în afara cazurilor expres prevăzute de lege.

- **Articolul 81 privind prelevarea de la persoanele decedate:** Prelevarea de organe, țesuturi și celule umane, în scop terapeutic sau științific, de la persoanele decedate se efectuează numai în condițiile prevăzute de lege, cu acordul scris, exprimat în timpul vieții, al persoanei decedate sau, în lipsa acestuia, cu acordul scris, liber, prealabil și expres dat, în ordine, de soțul supraviețuitor, de părinți, de descendenți ori, în sfârșit, de rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.

Prin urmare, Noul Cod Civil prevede expres rigoarea consimțământului informat numai cu privire la prelevarea și transplantul de organe de la persoane în viață sau decedate, neexistând o obligație generală privind dreptul la sănătate. Cu toate acestea, unele prevederi privind consimțământul pot fi interpretate în legătură cu dreptul la sănătate, precum **Articolul 71, alin. 2** privind dreptul la viață privată, unde Codul civil stabilește că *Nimeni nu poate fi supus vreunor imixțiuni în viața intimă, personală sau de familie, nici în domiciliul, reședința sau corespondența sa, fără consimțământul său ori fără respectarea limitelor prevăzute la art. 75*. De exemplu, decizii cum sunt cele privind

728. Legea nr. 287/2009 privind Noul Cod Civil și Legea nr. 71/2011 pentru punerea în aplicare a Noului Cod Civil

contracepția sau decizia de a deveni sau nu părinte au o componentă medicală și cad sub incidența vieții private și de familie.

Comentariu pentru juriști:

În ceea ce privește cazurile de viciere a consimțământului, în sens general, Codul Civil le detaliază la **Articolele 1.206-1.216**, relevant pentru studiul de față fiind **dolul**. **Articolul 1.214** detaliază **dolul ca fiind eroarea provocată cu intenție de cealaltă parte ori când aceasta din urmă a omis, în mod fraudulos, informarea asupra unor împrejurări pe care se cuvenea să le dezvăluie. Se poate spune, in extenso, că omisiunea informării, ori informarea neconformă specifică art. 4 din ECPR are drept echivalent viciul de consimțământ, specific Codului civil (dolul).**

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Acest act normativ conține, în bună măsură, transpunerea Cartei Europene a Drepturilor Pacienților, inclusiv dreptul la consimțământ (în special consimțământ informat). În ceea ce privește acest drept sunt relevante **Articolele de la 6 la 20**, iar o selecție din aceste articole este prevăzută mai jos:

- **Articolul 6:** Dreptul pacientului de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor, a alternativelor precum și asupra neefectuării tratamentului.
- **Articolul 8:** Obligația personalului medical de a aduce la cunoștința pacientului informațiile medicale într-un limbaj respectuos, clar, pe înțeles, iar dacă pacientul nu cunoaște limba română informațiile se aduc la cunoștință în limba maternă sau într-o limbă pe care o cunoaște. *(Nota autorului: Legea nu specifică dacă informarea se face și prin interpret, însă o asemenea interpretare este conformă cu tratamentul aplicat persoanelor care nu vorbesc limba română în alte materii, ca de exemplu dreptul civil.)*
- **Articolul 9:** Dreptul pacientului de a decide dacă mai dorește să fie informat, de a cere să nu mai fie informat, de a alege o altă persoană care să fie informată.
- **Articolul 13:** Pacientul are dreptul de a refuza ori de a opri o intervenție medicală; în această ipoteză textul face referire la asumarea în scris a unei astfel de decizii, precum și obligativitatea informării pacientului cu privire la consecințe.
- **Articolul 14:** În măsura în care este nevoie de o intervenție medicală de urgență iar pacientul nu poate să își exprime consimțământul, personalul medical are dreptul de a deduce acordul dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia. *(Nota autorului: Articolul 14 nu precizează condițiile de formă pe care trebuie să le îndeplinească exprimarea anterioară de voință. Astfel că, din moment ce legea nu distinge între consimțământ scris și oral, ambele variante sunt legale.)*
- **Articolul 15:** În cazul în care este nevoie de o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar. *(Nota autorului: legea nu se referă și la situația consimțământului reprezentantului legal atunci când acesta este prezent.)*
- **Articolul 16:** În situația în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de decizie (atât cât îi permite capacitatea de înțelegere).
- **Articolul 17:** În cazul în care reprezentantul legal nu își dă acordul, iar intervenția este în interesul pacientului, decizia este declinată unei comisii de arbitraj. *(Nota autorului: legea nu se referă la situația în care există o urgență – printr-o interpretare sistematică reiese că, în caz de urgență, nu se aplică regula privind comisia de arbitraj. Legislația nu conține mai multe detalii despre cum funcționează comisia de arbitraj. În orice caz, comisia se constituie ad-hoc în fiecare caz – nu este un organism permanent.)*
- **Articolul 18:** Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea produselor biologice recoltate în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului necesar.

- **Articolul 19:** Consimțământul este, de asemenea, obligatoriu, în cazul participării pacientului la învățământul medical clinic și la cercetare științifică.

► **Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice**

Internarea unui pacient, fie aceasta voluntară ori nevoluntară, într-un serviciu de sănătate mintală, constituie o formă de privare de libertate a persoanei. Din acest motiv Legea 487/2002 se referă la drepturile persoanelor cu tulburări psihice (persoane cu dizabilități mintale în accepțiunea documentelor ONU), drepturi speciale față de drepturile generale ale pacienților, ținându-se cont de situația de vulnerabilitate a persoanei cauzată de starea de sănătate, pe de o parte, și privarea de libertate, pe de altă parte.

- **Articolul 29** precizează:

(1) În alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului și să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului.

(2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații:

- a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane;
- b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical și nu are un reprezentant legal ori nu este însoțit de un reprezentant convențional;
- c) pacientul este minor sau pus sub interdicție, caz în care medicul psihiatru este obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului legal.

(...)

(4) Dacă medicul nu deține informații referitoare la existența și identitatea reprezentantului legal ori convențional prevăzut la alin. (3), are obligația de a informa, de îndată, autoritatea tutelară sau, în cazul minorilor, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința ori, în cazul în care acestea nu sunt cunoscute, pe cele în a căror unitate administrativ-teritorială se află unitatea medicală. *(Nota autorului: reprezentantul convențional este persoana care asistă sau reprezintă un pacient dintr-o unitate psihiatrică în toate aspectele ce privesc internarea și procedurile medicale. Spre deosebire de un reprezentant legal, este mult mai ușoară stabilirea unui reprezentant convențional, de exemplu printr-o simplă declarație semnată de pacient.)*

- **Articolul 44, alin. 1** prevede: *Din momentul admerii într-un serviciu de sănătate mintală fiecare pacient trebuie să fie informat de îndată ce este posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care să poată să le înțeleagă, asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoțită de explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita. (Nota autorului: acest articol ar trebui să includă și drepturile cu caracter general aplicabile tuturor pacienților, nu doar drepturile pacienților prevăzute de Legea sănătății mintale.)*
- **Articolul 44, alin. 2:** *Dacă pacientul nu este capabil să înțeleagă aceste informații și atât timp cât această incapacitate va dura, drepturile sale vor fi aduse la cunoștința reprezentantului său legal sau convențional.*
- **Articolele 54 și 58** conțin prevederi legate de internarea nevoluntară. Acest lucru este posibil numai dacă încercările de internare cu acordul pacientului nu au dat rezultate și dacă *un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că: a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat. În această situație, medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate, are obligația de a informa*

imediat persoana respectivă și reprezentantul legal al acesteia cu privire la propunerea de internare nevoluntară precum și a tratamentului care urmează să fie administrat. De asemenea, medicul psihiatru informează comisia de revizuire și persoana în cauză prin intermediul reprezentantului legal sau convențional cu privire la examinarea acestuia de către comisie. Ulterior, decizia comisiei este revizuită de către instanța de judecată.

- **Articolele 58-61** prevăd mai multe drepturi și obligații legate de consimțământ. În situația în care nu se obține ori nu se poate obține consimțământul reprezentantului legal ori convențional al pacientului, medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pentru o perioadă cât mai scurtă de timp, urmând a notifica această împrejurare comisiei de internare nevoluntară. Comisia este formată din 2 psihiatri și un medic de altă specialitate (sau un reprezentant al societății civile), numiți de către managerul spitalului. Aceasta se pronunță în termen de 48 de ore. O eventuală decizie de internare nevoluntară va fi consemnată în dosarul medical, comunicată de îndată pacientului, precum și reprezentantului legal sau convențional. În termen de 24 de ore de la adoptare, decizia comisiei va fi înaintată judecătorei în a cărei circumscripție se află unitatea medicală, împreună cu documentele medicale. Până la pronunțarea instanței, respectiv până la confirmarea deciziei de internare nevoluntară, pacientul internat va fi examinat periodic de către comisie. (*Nota autorului: legea nu fixează un termen maxim până la care o persoană poate să stea internată într-o secție de psihiatrie în așteptarea hotărârii judecătorești, și nici nu prevede un anumit termen până la care instanța poate pronunța hotărârea; legea prevede că instanța va examina cauza în regim de urgență.*)
- **Articolul 30** prevede dreptul pacientului de a-și retrage consimțământul în ceea ce privește programul terapeutic, dreptul medicului de a continua acest program: *Consimțământul poate fi retras în orice moment de către pacient sau de reprezentantul său legal ori convențional, medicul psihiatru având obligația să informeze pacientul sau reprezentantul său legal ori convențional asupra urmărilor întreruperii tratamentului. Medicul psihiatru are dreptul de a continua aplicarea măsurilor terapeutice pe perioada strict necesară în cazul în care apreciază că întreruperea tratamentului are drept consecință apariția pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, din cauza bolii. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei de revizie a procedurii.*
- **Articolul 45** prevede dreptul pacientului de a fi asistat de către un reprezentant convențional pe durata tratamentului medical.
- **Articolul 64** stabilește că *în cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile prevăzute la art. 45, medicul psihiatru curant declanșează procedura de menținere a internării nevoluntare.*

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Noțiunea de „consimțământ informat” al pacientului în legătură cu tratamentul ori procedura medicală propusă apare în **Titlul XV** privind răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

- **Articolul 653, alin. 3** prevede că: *Personalul medical răspunde civil și pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor prezentului titlu privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale.*
- **Articolul 661** prevede condițiile legale pentru exprimarea consimțământului informat precum și situațiile în care intervine răspunderea personalului medical: *Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri: a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află; b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.*
- **Articolul 662:** *(1) Medicul curant, asistentul medical/moașa răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția*

cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat(ă), datorită situației de urgență. (2) Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat(ă), medicul, asistentul medical/moașa pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului. (Nota autorului: Din moment ce legea nu specifică modul în care se determină lipsa discernământului la care se referă Articolul 662, alin. 1, rezultă că stabilirea acestuia se realizează de către personalul medical la momentul luării deciziei medicale, fără ca această situație a lipsei de discernământ să se limiteze doar la persoanele puse sub interdicție.) (Nota autorului: autoritatea tutelară este un serviciu municipal care funcționează sub fiecare primărie. Funcția sa principală este aceea de a supraveghea activitatea tutorilor numiți și să asigure protecția drepturilor minorilor.)

- În ceea ce privește regulile care guvernează profesia de medic, legea instituie principiul voinței pacientului în a decide cu privire la orice fel de intervenție medicală: **Articolul 382** prevede că (1) *Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-și exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului și dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală.* (2) *Responsabilitatea medicală încetează în situația în care pacientul nu respectă prescripția sau recomandarea medicală.*
- În materia donării de organe, țesuturi și celule de origine umană, **Capitolul II din Titlul VI** al legii face referiri concrete la modalitatea de luare a consimțământului. Aceeași situație se întâlnește și în ceea ce privește transplantul, reglementat la **Capitolul III, Titlul VI** din același act normativ.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- ▶ **Norme din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 cu modificările ulterioare**

Anexa 1 a Normelor de aplicare a legii sănătății mintale conține Formularul de consimțământ informat al persoanei care se prezintă de bunăvoie într-un serviciu de sănătate mintală. Formularul conține informarea persoanei cu privire la posibilitatea de a-și desemna un reprezentant convențional care să o asiste pe tot parcursul tratamentului medical, informarea cu privire la diagnostic, refuzul de a urma tratamentul și consecințele întreruperii acestuia.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

- ▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

Codul acordă un capitol detaliat consimțământului informat al pacientului (**Capitolul II**). Articolele vizează informarea adecvată a pacientului, regulile privitoare la luarea consimțământului, inclusiv în cazul pacientului minor ori al celui fără discernământ, precum și situațiile de urgență medicală. În fapt, codul reia din legislația expusă anterior pasajele incidente, pe care le transpune în termeni de obligație etică a medicului.

- ▶ **Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**

Codul conține trei articole privind consimțământul pacientului, care sunt similare prevederilor din legislația generală:

- **Articolul 30:** *O intervenție medicală nu se poate efectua decât după ce pacientul sau reprezentantul legal al acestuia, în cunoștință de cauză, și-a dat consimțământul. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului său, al opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.*
- **Articolul 31:** *Consimțământul pacientului sau, după caz, al reprezentantului legal al acestuia este obligatoriu: a) pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord; b) în cazul supunerii la orice fel de intervenție medicală; c) în cazul participării sale la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică; d) în cazul fotografierii sau filmării sale într-o unitate medicală; e) în cazul donării de sânge în condițiile prevăzute de lege.*
- **Articolul 32:** *Consimțământul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia, după caz, nu este obligatoriu în următoarele situații: a) când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență; b) în cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical sunt obligați să anunțe medicul curant/de gardă (decizia fiind declinată unei comisii de arbitraj de specialitate).*

▶ **Codul deontologic din 15 mai 2010 al medicului dentist, Decizia 15/2010 a Colegiului Medicilor Dentști din România**

Codul prevede că medicul dentist trebuie să obțină consimțământul informal al pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia în scopul tratamentului sau al investigațiilor paraclinice (**Articolul 11**). Dacă este imposibilă obținerea acestui consimțământ, atunci medicul dentist poate doar să ofere tratament de urgență (**Articolul 15**).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Doamna A. se internează în cadrul unui spital din Municipiul București pentru o intervenție chirurgicală. În prealabil, medicul care urmează să efectueze intervenția chirurgicală o informează pe doamna A., într-un limbaj pe care aceasta îl înțelege, cu privire la diagnostic, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, precum și la prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. După procedura informării, doamna A. semnează, în cunoștință de cauză, formularul scris de consimțământ informat.

2. Exemplu de încălcare

Tânărul X, domiciliat în București, este transportat la spitalul de psihiatrie Z de către părinții săi în urma unui episod de agitație. Ajuns la fața locului, la solicitarea părinților, medicul psihiatru A. decide internarea tânărului X în spitalul de psihiatrie, împotriva voinței acestuia. Medicul A. omite să sesizeze comisia prevăzută de art. 61 din Legea nr. 487/2002, invocând ca motiv faptul că internarea nu va depăși, cel mai probabil, câteva zile.

3. Cazuri concrete

Un caz privind dreptul la consimțământ informat a fost examinat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului în cauza *Csoma v. România* (cererea nr. 8759/05, 15 ianuarie 2013). Reclamanta se afla în săptămâna a 16-a de sarcină când fetusul a fost diagnosticat cu hidrocefalie. În urma unui consult

medical din luna mai anul 2002, împreună cu medicul ei ginecolog, Dr. P.C., s-a stabilit că sarcina trebuie întreruptă. Au fost realizate mai multe intervenții medicale pentru a induce avortul, însă fără niciun rezultat. La două zile după internare, reclamanta a început să aibă simptome de febră și frisoane. În tot acest timp ea nu a fost vizitată de medici și i s-au administrat numai anaglice. Înainte de a fi dusă în sala de operații, reclamanta a expulzat fătul și i s-a declanșat o hemoragie abundentă. Reclamanta a fost diagnosticată cu coagulare intravasculară diseminată (CID) și a fost trimisă la un spital mai competent (spital județean), fiind asistată în ambulanță doar de către o asistentă medicală. La spitalul județean, medicii au trebuit să efectueze o histerectomie totală cu anexectomie bilaterală pentru a-i salva viața. Aplicanta a depus ulterior plângeri la Colegiul Medicilor, precum și o plângere penală împotriva medicului, însă fără rezultat. Curtea Europeană a Drepturilor Omului a identificat o încălcare a Articolului 8 din Convenție (dreptul la viață privată și de familie). Curtea a observat că toate rapoartele de expertiză din cauză au arătat că Dr. P.C. nu a obținut consimțământul informat al pacientei înainte de procedura de inducere a avortului și nu a realizat analizele preoperatorii necesare. Curtea a afirmat că acordă „importanță existenței unui consimțământ prealabil în contextul dreptului oricărui pacient la respectarea integrității sale corporale” și că „Nerespectarea de către personalul medical a dreptului pacientului la o informare corespunzătoare poate angaja răspunderea statului în materie” (§48). În plus, CtEDO a considerat că profesia reclamantei de asistentă medicală nu îl scutea pe medic de obținerea consimțământului informat al acesteia – contrar celor susținute de statul român în apărarea sa în fața Curții. Astfel, lipsa consimțământului informat a reprezentat unul din cele mai importante argumente care au susținut hotărârea CtEDO prin care s-a constatat încălcarea Articolului 8 din Convenție.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Atunci când analizează existența consimțământului informat dat de pacient pentru o procedură medicală, avocații trebuie să își completeze argumentele bazate pe legislația națională cu alte prevederi din standardele sau jurisprudența internațională de drepturile omului. Spre exemplu, se găsesc prevederi legale de consimțământ în Convenția din 1997 de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina, unde întregul Capitol II este dedicat aspectelor legate de consimțământ. Standarde internaționale de drepturile omului au fost dezvoltate și de Curtea Europeană a Drepturilor Omului în cauze precum *Csoma v. România* (2013), *Codarcea v. România* (2009), *V.C. v. Slovacia* (2011). Avocații trebuie să acorde în special atenție cauzelor care provin din România, întrucât constatările Curții sunt direct aplicabile statului român și sunt relevante mai ales în cazurile în care statul nu a modificat legislația sau politicile criticate, ulterior pronunțării hotărârii CtEDO.
- Obligația de a obține consimțământul pentru proceduri medicale este formulată în Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului și în Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România, drept o obligație de rezultat. Mai precis, existența consimțământului este obligatorie înaintea realizării oricărei intervenții medicale (cu anumite excepții prevăzute expres de lege și care sunt de strictă interpretare). Astfel că este important pentru avocații care au cauze în care se discută probleme legate de consimțământ să ceară instanței să ordoneze furnizorului de asistență medicală să aducă orice înscrisuri care să dovedească existența consimțământului.
- Existența unui consimțământ pur formal nu scutește furnizorul de asistență medicală de răspunderea față de pacient. Avocații trebuie să verifice temeinic, de la caz la caz, condițiile în care consimțământul a fost obținut de la pacient, din moment ce legislația națională, precum și alte instrumente internaționale prevăd condiții substanțiale ce trebuie îndeplinite în cazul obținerii consimțământului informat, iar unele din aceste condiții depind de situația concretă în care se află pacientul. Spre exemplu, în Codul de deontologie medicală (**Articolul 14, alin.2**) se prevede că, pentru a obține consimțământul, furnizorul trebuie să ofere informații medicale adecvate, luând în considerare situația personală a pacientului. În mod similar, Carta prevede că furnizorul trebuie să folosească un limbaj pe care pacientul să îl poată înțelege ușor. CtEDO a stabilit că nu este valid dat consimțământul – pentru intervenții medicale care nu sunt necesități iminente – atunci când acesta este cerut pacientului în

momente de durere, stres sau presiune din partea personalului medical (a se vedea V.C. v. Slovacia, cererea nr. 18968/07, 8 noiembrie 2011).

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

A se vedea discuțiile standardelor internaționale și regionale privind Dreptul la consimțământ în:

- Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul la viață privată în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul la integritate corporală în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul de a atinge cel mai înalt standard de sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3

6.1.5 Dreptul la liberă alegere

A) DREPTUL LA LIBERĂ ALEGERE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul de a alege în mod liber dintre diferite proceduri și furnizori de tratament, pe baza unor informații adecvate.

Pacientul are dreptul de a decide ce examene de diagnostic și ce tratamente să urmeze, precum și ce medic primar, specialist și spital să folosească. Serviciile de sănătate au datoria de a garanta acest drept, oferind pacienților informații asupra diverselor centre și medici care pot oferi un anumit tratament și asupra rezultatelor activităților acestora. Acestea trebuie să înlăture orice fel de obstacole care limitează exercițiul acestui drept.

Un pacient care nu are încredere în medicul său are dreptul să își aleagă altul.

Comentariu pentru juriști:

Se observă faptul că dreptul la liberă alegere, așa cum este prevăzut în Cartă, presupune în principal dreptul de a alege între diferite proceduri și furnizori de tratament și, în subsidiar, dreptul de a fi informat în mod adecvat cu privire la opțiunile disponibile. Considerăm că acest ultim aspect este o aplicare particulară a dreptului la informare și trebuie privit în lumina acestui drept general la informare de care pacienții trebuie să beneficieze conform Cartei. La rândul său, dreptul de a alege are în vedere atât metodele de tratament, cât și furnizorii acestui tratament (atât spitale, cât și medici).

B) DREPTUL LA LIBERĂ ALEGERE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► **Constituția României din 1991, revizuită în 2003**

Constituția României nu prevede dreptul la liberă alegere al pacientului, ci doar un drept general, de ocrotire a sănătății, garantat de către stat (**Articolul 34**).

Legislație

▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Spre deosebire, de exemplu, de dreptul pacientului la informare, dreptul la liberă alegere nu este menționat ca atare în Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului. Legea cuprinde însă anumite prevederi care transpun parțial conținutul din Cartă al acestui drept.

- **Articolul 11** al legii, cu privire la alegerea efectivă, prevede că: *Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.*
- **Articolul 4** din lege poate fi interpretat ca referindu-se la componenta legată de informare a dreptului la liberă alegere: *Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.*

▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Legea conține prevederi privind dreptul pacienților de a alege furnizorii de servicii de sănătate, așa cum reiese de mai jos. Totuși, aceste dispoziții legale nu transpun în totalitate dreptul pacientului la liberă alegere așa cum este acesta prevăzut în Cartă, întrucât legea are în vedere doar noțiunea de „asigurați”, noțiune care nu se suprapune în totalitate peste cea de pacient, întrucât există și persoane neasigurate.

- **Articolul 219, alin. 3** prevede, printre alte principii ale sistemului de asigurări sociale de sănătate, *alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări precum și alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru.*
- **Articolul 230, alin. 2, litera a** stabilește dreptul asiguraților de a alege furnizorul de servicii medicale, *precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru. Litera b* a aceluiași articol oferă libertatea asiguraților de a își alege în mod liber medicul de familie, precizând că asigurații au dreptul să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, *dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate. Litera c* a articolului menționează că asigurații au dreptul să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia. (Nota autorului: Se observă că această prevedere aduce o limitare dreptului la liberă alegere în ceea ce privește schimbarea medicului de familie, prin impunerea termenului de 6 luni. Totuși, există temeiuri pentru a privi acest termen drept o limitare justificată, având în vedere necesitatea asigurării unui cadru organizat pentru desfășurarea activității medicilor de familie.)

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

▶ **Norma din 2004 de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003**

- **Articolul 15, alin. 1** din normă dezvoltă textul de lege referitor la dreptul pacientului de a alege, precizând că *La cererea pacienților internați, unitățile cu paturi trebuie să asigure condițiile necesare pentru obținerea de către aceștia a altor opinii medicale, precum și pentru acordarea de servicii medicale de către medici acreditați din afara unității.*
- De asemenea, **Articolul 1** al normei enumeră și informațiile pe care unitățile sanitare trebuie să le furnizeze pacienților, cu referire la:
 - a) serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;
 - b) identitatea și statutul profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
 - c) regulile și obiceiurile pe care trebuie să le respecte pe durata internării în unități cu paturi;
 - d) starea propriei sănătăți;

- e) intervențiile medicale propuse;
- f) riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
- g) alternativele existente la procedurile propuse;
- h) date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică;
- i) consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
- j) diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate.

▶ **Hotărârea nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**

Contractul-cadru are în vedere obligațiile furnizorilor de servicii medicale față de casa de asigurări de sănătate. Printre aceste obligații se numără și aceea de a respecta drepturile asiguraților, inclusiv *dreptul asiguratului la libera alegere a medicului și a furnizorului (Articolul 3, lit. h)*. (Nota autorului: La fel ca și Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, în baza căruia a fost aprobat, contractul-cadru se referă doar la categoria „asiguraților”, categorie ce nu se suprapune în totalitate peste cea de „pacienți”. Astfel, nici contractul cadru nu transpune în totalitate dreptul la liberă alegere așa cum este acesta prevăzut în Cartă.)

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

Codul de deontologie medicală, elaborat de Colegiul Medicilor din România (calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România este obligatorie pentru exercitarea profesiei de medic), prevede, în **Articolul 30**, obligația medicilor de a *respecta dreptul pacientului de a obține o a doua opinie medicală*.

▶ **Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**

Codul prevede că *voința pacientului în alegerea asistentului medical generalist, a moașei și a asistentului medical trebuie întotdeauna respectată, indiferent care ar fi sensul acesteia (Articolul 25)*.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Domnul C., internat în cadrul unui spital pentru o afecțiune pulmonară, este nemulțumit de tratamentul prescris de medicul său. Dorind să afle dacă există sau nu alternative de tratament viabile pentru afecțiunea sa, Domnul C. solicită, printr-o cerere scrisă adresată spitalului unde este internat, obținerea opiniei unui medic din afara acestuia. În temeiul Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacientului și a normei sale de aplicare, spitalul aprobă cererea domnului C. și asigură prezența în spital a unui medic din afara acestuia care, în urma unei investigații, prescrie un nou tratament domnului C.

2. Exemplu de încălcare

Doamna B., domiciliată în București, dar având reședința în Constanța, dorește să se înscrie la un medic de familie din această din urmă localitate. În acest sens, doamna B. adresează o cerere scrisă unui medic de familie din Constanța, prin care solicită înscrierea pe listele acestuia. Medicul ales de doamna B. oferă un răspuns negativ la cerere, motivând că nu poate lua în evidența sa o persoană cu domiciliul în alt oraș.

3. Cazuri concrete

B.M. și B.O. sunt părinții unei fete născute cu o dizabilitate fizică. În timpul cât B.O. era însărcinată, cuplul a mers la un cabinet local de ginecologie, al Dr. A.M., pentru a monitoriza evoluția sarcinii și pentru a identifica eventuale anomalii ale fătului. Conform protocoalelor medicale existente în domeniu, monitorizarea prin efectuarea ecografiei sarcinii presupune realizarea a cel puțin trei ecografii, câte una în fiecare trimestru. Dr. A.M. nu avea atestatul necesar să realizeze ecografii și nici nu i-a informat pe pacienți cu privire la această limitare a sa. Dimpotrivă, Dr. A.M. a realizat mai multe ecografii în timpul sarcinii și i-a asigurat în repetate rânduri pe pacienți că nu este nimic în neregulă cu sarcina. În cele din urmă, B.O. a născut un copil cu malformații severe ale membrilor inferioare. Această informație ar fi putut fi depistată de un doctor cu atestat în interpretarea rezultatelor ecografiei și ar fi fost un temei pentru a întrerupe sarcina pe motive de sănătate. Cuplul a acționat medicul în fața instanței civile. Curtea a acordat reclamanților daune morale și a statuat că în cadrul realizării ecografiilor pe parcursul sarcinii, doctorul a abuzat de relația medic-pacient. Curtea a obligat doctorul să plătească 20.000 RON daune morale⁷²⁹. *(Nota autorului: cazul descris mai sus are legătură cu dreptul de a alege deoarece medicul ginecolog nu a oferit femeii însărcinate și partenerului ei informații adecvate pentru ca aceștia să poată alege în cunoștință de cauză dacă să continue sau nu sarcina. În cadrul procesului în fața instanței civile, reclamanții s-au plâns că malformația fătului ar fi putut fi detectată mai devreme mult mai ușor de către un doctor competent și ar fi dus la decizia de a întrerupe sarcina.)*

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Există anumite situații, prevăzute de legislația în vigoare, în care o persoană nu are dreptul de a refuza un anumit tratament sau măsură medicală și nici de a alege încetarea sau schimbarea ei, odată ce aceasta a fost demarată. Astfel, Codul Penal prevede, printre măsurile de siguranță⁷³⁰, obligarea la tratament medical (Articolul 109) și internarea medicală (Articolul 110).

- ### Art. 109 Obligarea la tratament medical

- (1) Dacă făptuitorul, din cauza unei boli, inclusiv cea provocată de consumul cronic de alcool sau de alte substanțe psihoactive, prezintă pericol pentru societate, poate fi obligat să urmeze un tratament medical până la însănătoșire sau până la obținerea unei ameliorări care să înlăture starea de pericol.
 - (2) Când persoana față de care s-a luat această măsură nu urmează tratamentul, se poate dispune internarea medicală.
 - (3) Dacă persoana obligată la tratament este condamnată la o pedeapsă privativă de libertate, tratamentul se efectuează și în timpul executării pedepsei.

- ### Art. 110 Internarea medicală

Când făptuitorul este bolnav psihic, consumator cronic de substanțe psihoactive sau suferă de o boală infectocontagioasă și prezintă pericol pentru societate, se poate lua măsura internării într-o

729. Tribunalul Iași, Sentința Civilă nr. 2891 din 7 Noiembrie 2012, publicată în Roxana Maria Călin, *Malpraxis: Răspunderea medicului și a furnizorilor de servicii medicale*, 2014

730. Conform art. 107 din Codul Penal, scopul măsurilor de siguranță este înlăturarea unei stări de pericol și preîntâmpinarea săvârșirii faptelor prevăzute de legea penală. Măsurile de siguranță se dispun față de persoana care a comis o faptă prevăzută de legea penală, nejustificată.

unitate sanitară de specialitate, până la însănătoșire sau până la obținerea unei ameliorări care să înlăture starea de pericol.

- De asemenea, Legea Sănătății Mintale nr. 487/2002 prevede anumite situații (în care pacientul, prin propriul comportament, pune în pericol viața sa sau viața altora) în care tratamentul medical (Articolul 29, alin. 2) sau internarea medicală (Articolele 53-68) se pot dispune în lipsa sau împotriva consimțământului pacientului. Deși legea nu precizează expres, din modul de reglementare a acestor măsuri reiese și faptul că pacienții față de care acestea s-au dispus nu beneficiază nici de dreptul la liberă alegere pe durata acestora.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

A se vedea discuțiile standardelor internaționale și regionale privind Dreptul la liberă alegere în:

- Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul la viață privată în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul la integritate corporală în Capitolul 2 și Capitolul 3
- Dreptul de a atinge cel mai înalt standard de sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3

6.1.6 Dreptul la viață privată și confidențialitate

A) DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ ȘI CONFIDENȚIALITATE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, inclusiv informațiile privind starea sănătății sale și potențialul diagnostic sau procedurile terapeutice, precum și la protecția vieții sale private în timpul efectuării testelor pentru stabilirea diagnosticului, consultațiilor de specialitate și tratamentelor medicale și chirurgicale în general.

Toate datele și informațiile unei persoane privind starea de sănătate, precum și tratamentele medicale/chirurgicale la care aceasta a fost supusă trebuie să fie considerate a fi private, și protejate ca atare în mod adecvat.

Intimitatea personală trebuie respectată, chiar și în timpul tratamentelor medicale/chirurgicale (consultații în vederea diagnosticării, consultații de specialitate, tratamente etc.) care trebuie să aibă loc într-un mediu adecvat și numai în prezența celor de care este absolut nevoie să fie prezenți (cu excepția cazului în care pacientul și-a dat consimțământul în mod explicit sau a făcut o solicitare în acest sens).

B) DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ ȘI CONFIDENȚIALITATE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 26** din Constituția României garantează dreptul la viață privată și de familie:
 - (1) *Autoritățile publice respectă și ocrotesc viața intimă, familială și privată.*
 - (2) *Persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalcă drepturile și libertățile altora, ordinea publică sau bunele moravuri.*

Legislație

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Legea prevede dreptul la confidențialitate al asiguraților (**Articolul 230, alin. 2, lit. n**), instituțiile cărora le pot fi divulgate informații confidențiale în anumite condiții (**Articolul 335**) și mecanismele de tragere la răspundere disponibile în cazul încălcării confidențialității (**Articolul 653, alin. 3 și 5**). **Articolul 661** abordează dreptul la viață privată și confidențialitatea în situația specifică a accesului adolescenților la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii.

• **Articolul 230 (...)**

• (2) *Asigurații au următoarele drepturi: (...)*

- *n) să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;*

• **Articolul 653, alin. 3 și 5** stabilesc răspunderea civilă a personalului medical pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor din lege privind confidențialitatea. Legea privind reforma în domeniul sănătății nu distinge sau nu cuprinde mențiuni privind diferitele tipuri de prejudicii de ordin civil. Mai mult, atunci când faptele ating gravitatea unei fapte prevăzute de legea penală, se poate declanșa tragerea la răspundere penală. (*Nota autorului: este important de subliniat că aceste prevederi din lege sunt generale și că nu se stipulează vreo răspundere penală pentru încălcarea confidențialității.*)

- Dreptul la viață privată și confidențialitate este în mod special important în cazul accesului adolescenților la serviciile medicale în domeniul sănătății sexuale și a reproducerii. **Articolul 661** din Legea 95/2006 prevede că adolescenții care au împlinit vârsta de 16 ani pot decide singuri, fără consimțământul părinților, în chestiuni medicale care îi privesc în legătură cu diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și ale reproducerii, dacă adolescentul cere expres acest lucru și indiferent de vârstă, în cazurile urgente, dacă părinții sau reprezentantul legal nu poate fi contactat, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația sa medicală.

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Legea drepturilor pacientului are un întreg capitol privind dreptul la confidențialitate și viață privată al pacientului (**Capitolul 4**). Legea prevede:

- tipurile de informații confidențiale (**Articolul 21**);
- condițiile de divulgare a informațiilor confidențiale (**Articolele 22 și 23**);
- dreptul pacientului de a-și accesa propriul dosar (**Articolul 24**);
- dreptul pacientului de a fi liber de orice intervenție în viața sa privată și de familie (**Articolul 25**).

► **Codul civil**

Codul civil prevede drepturile la viață privată și la protejarea datelor personale printre mai multe drepturi ale persoanei care sunt garantate de Codul Civil (**Articolele 71, 74, 75 și 77**).

- Codul menționează explicit dreptul la viață privată al persoanei spitalizate (**Articolul 74, lit. g**): *Sub rezerva aplicării dispozițiilor art. 75, pot fi considerate ca atingeri aduse vieții private: (...) difuzarea de materiale conținând imagini privind o persoană aflată la tratament în unitățile de asistență medicală, precum și a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate, problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul autopsiei, fără acordul persoanei în cauză, iar în cazul în care aceasta este decedată, fără acordul familiei sau al persoanelor îndreptățite;*

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Nu a fost identificată legislație secundară relevantă pentru acest drept.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

Codul de deontologie medicală prevede obligația medicilor de a respecta secretul profesional (**Articolele 17 și 18**) și viața privată a persoanei raportat la informația privind sănătatea pacientului (**Articolele 19 și 20**).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante pentru acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Consultația medicală ar trebui să aibă loc într-un mediu intim, fără prezența altor persoane care nu sunt implicate propriu-zis în oferirea serviciului medical către respectivul pacient (de exemplu alți pacienți nu ar trebui să fie prezenți în camera atunci când are loc consultația). (*Nota autorului: Prin protecția vieții private a pacientului, acesta va fi mult mai deschis în relația cu medicul și se va simți liber să împărtășească informații privind viața sa intimă și viața privată care ar putea să fie esențiale în punerea unui diagnostic corect și în recomandarea celui mai potrivit tratament medical.*)

2. Exemple de încălcări

Exemplul 1: “Medicul m-a pus pe masa ginecologică și mi-a făcut consultul ginecologic. Am fost expusă cu părțile intime către partea salonului unde erau două uși pe care au circulat pe toată perioada consultației diverse persoane, probabil personal medical, printre care și bărbați, care nu aveau nimic de-a face cu consultația mea. A fost îngrozitor ... M-am simțit umilită și jignită.”⁷³¹

Exemplul 2: În unele maternități din țară se practică notarea pe cartonașele individuale de la capătul pătuțurilor copiilor născuți de mame care trăiesc cu HIV a unor expresii precum: “mamă cu SIDA”, “născut din mamă cu HIV”, “mamă purtătoare a virusului HIV” sau “HIV”.⁷³²

Exemplul 3: Oana a născut prin cezariană doi copii, primul în 2007, al doilea în toamna lui 2010. În anul 2007, după naștere, asistenta medicală de la neonatologie a divulgat statutul HIV pozitiv către soacra Oanei: „Asistenta a întrebat dacă i-am dat copilului tratamentul. Soacra mea a întrebat ce are copilul, de ce are nevoie de tratament”. Asistenta a spus: „nu are nimic copilul, mama are SIDA”⁷³³.

3. Cazuri concrete

Direcția de asistență socială a unei primării din București prelucra date personale privind statutul HIV al unor persoane din jurisdicția ei în legătură cu anumite plăți ale unor ajutoare de protecție socială. Biroul a publicat pe site-ul său de internet lista cu persoanele care trăiesc cu HIV care primesc ajutorul social, divulgând astfel publicului larg informații personale privind starea de sănătate a persoanelor de pe acea listă. Una dintre victime s-a plâns în instanța civilă împotriva primarului. Judecătoria Sectorului 1 București (prima instanță) a decis că obligația de confidențialitate a fost încălcată și a ordonat ca primăria să plătească suma de 10.000 euro despăgubiri pentru daune morale suferite de reclamant.⁷³⁴

731. Caz documentat de ECPI în Drepturile sexuale și ale reproducerii. Cazul femeilor care trăiesc cu HIV, iunie 2011, p. 28, disponibil la http://www.ecpi.ro/wp-content/uploads/2012/01/Raport_femei-cu-HIV_website.pdf.

732. Cazuri documentate de ECPI în Drepturile sexuale și ale reproducerii. Cazul femeilor care trăiesc cu HIV, iunie 2011, p. 33, disponibil la http://www.ecpi.ro/wp-content/uploads/2012/01/Raport_femei-cu-HIV_website.pdf.

733. Caz documentat de ECPI în Drepturile sexuale și ale reproducerii. Cazul femeilor care trăiesc cu HIV, iunie 2011, p. 33, disponibil la http://www.ecpi.ro/wp-content/uploads/2012/01/Raport_femei-cu-HIV_website.pdf.

734. Judecătoria Sectorului 1 București, Sentința civilă din 16.03.2009, disponibilă la <http://www.juridice.ro/100724/judecatoria-sectorului-1-daune-morale-pentru-publicarea-pe-internet-a-datelor-personale.html>

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Mai des ca în alte cazuri, un petent care depune un caz privind încălcarea dreptului la viață privată și confidențialitate are nevoie să îi fie protejată confidențialitatea (pentru a diminua pe cât posibil vătămarea produsă asupra vieții sale private și confidențialității). Acesta este un motiv temeinic pentru a cere ca audierea la instanța de judecată sau la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării să aibă loc în ședință nepublică, în conformitate cu **Articolul 213** din Codul de procedură civilă. Mai precis, **Articolul 213, alin. 2** din Cod, *în cazurile în care dezbaterea fondului în ședință publică ar aduce atingere moralității, ordinii publice, intereselor minorilor, vieții private a părților ori intereselor justiției, după caz, instanța, la cerere sau din oficiu, poate dispune ca aceasta să se desfășoare în întregime sau în parte fără prezența publicului.*
- Când încălcarea confidențialității are loc prin publicarea de informații online sau în alte locuri publice, este important să se salveze toate probele imediat ce se află despre încălcarea respectivă – de exemplu prin a da “print screen” la pagina de pe website-ul respectiv, a fotografia anunțul, a aduce un martor ocular, a lua datele de contact ale martorilor oculari etc. Este important ca data și ora la care a fost salvată proba respectivă să apară în print etc.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația de la Dreptul la viață privată și confidențialitate și Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentului crud, inuman și degradant din Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.7 Dreptul la respectarea timpului pacienților

A) DREPTUL LA RESPECTAREA TIMPULUI PACIENȚILOR AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI (ECPR)

Orice persoană are dreptul de a primi tratamentul necesar într-o perioadă rapidă și predeterminată de timp. Acest drept se aplică în fiecare etapă a tratamentului.

Serviciile de sănătate au datoria de a stabili timpi de așteptare pentru furnizarea serviciilor, în baza standardelor specifice și a gradului de urgență a cazului. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze oricărui individ accesul, asigurând includerea imediată a pacientului pe listele de așteptare.

Fiecare individ care dorește, are dreptul de a consulta listele de așteptare în limitele respectării normelor de confidențialitate.

Ori de câte ori serviciile de sănătate nu sunt disponibile în limita maximă de timp predeterminată, trebuie să fie garantată posibilitatea de a căuta servicii alternative de calitate comparabilă, iar costurile suportate de pacient trebuie să fie rambursate într-o perioadă de timp rezonabilă.

Medicii trebuie să aloce suficient timp pacienților lor, inclusiv timpul dedicat furnizării de informații.

B) DREPTUL LA RESPECTAREA TIMPULUI PACIENȚILOR AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Dreptul la respectarea timpului pacienților nu este specificat în mod direct în Constituție. Cu toate acestea, următoarele articole sunt relevante:

- **Articolul 22** privind Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică:
 - garantează fiecărei persoane atât dreptul la viață, cât și dreptul la integritate fizică și psihică;
 - interzice tortura, pedeapsa sau tratamentul inuman ori degradant, ca și pedeapsa cu moartea.
- **Articolul 34** privind Dreptul la ocrotirea sănătății:
 - garantează ocrotirea sănătății fiecărei persoane;
 - stabilește responsabilitatea statului de a lua măsuri pentru asigurarea igienei și sănătății publice;
 - prevede reglementarea prin legi speciale a organizării asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, a controlului exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și a altor măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei

Pentru ca aceste drepturi să fie aplicabile și efective și să corespundă dreptului la respectarea timpului pacientului, serviciile medicale trebuie să fie furnizate în timp util, pentru a oferi pacientului șanse crescute de vindecare. Statul are obligația de a lua măsuri legislative adecvate care să asigure pacientului exercitarea drepturilor la viață, ocrotirea sănătății și asistență medicală în cadrul instituțiilor medicale ale statului.

Protecția socială de care se bucură anumite categorii speciale de persoane, respectiv copiii (**Articolul 49**), tinerii sau persoanele cu dizabilități (**Articolul 50**), constă de asemenea în acordarea de îngrijiri medicale acestor persoane cu prioritate.

Legislație

Dreptul la respectarea timpului pacienților nu este specificat în mod expres în legislația din domeniul sănătății, însă rezultă implicit din alte dispoziții cuprinse în lege.

► Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015

Asistența medicală în România este furnizată la următoarele niveluri: asistență medicală primară⁷³⁵, asistență medicală de urgență⁷³⁶, asistență medicală ambulatorie de specialitate⁷³⁷, asistență spitalicească⁷³⁸.

Prevederile legale din legea cadru care evidențiază dreptul în discuție sunt în speță legate de medicina de urgență⁷³⁹.

- Asistența medicală de urgență este furnizată atât în regim public, cât și privat⁷⁴⁰:

735. Stipulată în Titlul III – Asistența medicală primară, furnizată de serviciile de medicina familiei, constând în îngrijiri de sănătate cu-prinzătoare de prim contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența sau absența bolii (Articolul 63).

736. Stipulată în Titlul IV – Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat, care reglementează asistența medicală de urgență furnizată atât în regim public, cât și privat.

737. Stipulată în Titlul V – Asistența medicală ambulatorie de specialitate, care este furnizată de servicii clinice, paraclinice și de medicină dentară, acordată de către medicii de specialitate împreună cu alt personal specializat și autorizat (Articolele 133 și 135).

738. Stipulată în Titlul VII – Spitalele.

739. Titlul IV – Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat.

740. Titlul IV – Capitolul 1, Secțiunea III și secțiunea IV

- *Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat reprezintă ansamblul de structuri, forțe, mecanisme și relații, organizate după aceleași principii și reguli, care utilizează proceduri integrate de management specializat și/sau calificat (Articolul 92, alin. 1, lit. a).*
- *Asistența publică integrată de urgență se referă la asistența asigurată de instituțiile publice de stat aflate în structurile Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Administrației și Internelor și/sau în structura autorităților publice locale, precum și de Serviciul de Telecomunicații Speciale prin Direcția pentru apel unic de urgență 1-1-2. Aceasta include ansamblul de măsuri și activități cu caracter logistic, tehnic și medical, destinate în principal salvării și păstrării vieții (Articolul 92, alin. 1, lit. b).*
- *Asistența medicală privată de urgență constă în ansamblul de măsuri și activități cu caracter logistic și medical, având ca scop principal salvarea și păstrarea vieții, asigurată de serviciile private de urgență aparținând unor organizații nonguvernamentale, care funcționează în scop umanitar, nonprofit, sau unor firme, asociații ori persoane fizice, care funcționează în scop comercial (Articolul 92, alin. 1, lit. c).*

Titlul IV, Capitulul 1 Secțiunea II reglementează primul ajutor de bază și primul ajutor calificat, astfel:

- **Articolul 93, alin. 1** menționează persoanele care pot acorda primul ajutor: *fără echipamente specifice, se efectuează de orice persoană instruită în acest sens sau de persoane fără instruire prealabilă acționând la indicațiile personalului specializat din cadrul dispeceratelor medicale de urgență sau al serviciilor de urgență prespitalicească de tip SMURD⁷⁴¹ și serviciului de ambulanță județean sau al municipiului București, având ca scop prevenirea complicațiilor și salvarea vieții până la sosirea unui echipaj de intervenție. (Nota autorului: instruirea se referă la instruirea în metodele acordării primului ajutor; aceasta se realizează în școli sau la cursuri organizate pentru voluntari; o persoană neinstruită poate discuta la telefon cu un medic sau o asistentă și să primească indicații referitoare la ce să facă sau ce să nu facă pentru pacient până la sosirea unității mobile de urgență.)*
- **Articolul 94, alin. 1** conține prevederi privind exonerarea de răspundere civilă și penală a persoanelor fără pregătire medicală care acordă primul ajutor în mod voluntar, pe baza indicațiilor furnizate de un dispecerat medical sau a unor cunoștințe în domeniul primului ajutor de bază, acționând cu bună-credință și cu intenția de a salva viața sau sănătatea unei persoane (Nota autorului: în aceste condiții, persoana care acordă primul ajutor nu răspunde penal sau civil, ceea ce înseamnă că acea persoană nu va fi urmărită penal niciodată pentru nici o infracțiune și că persoana care are nevoie de ajutor nu poate depune o acțiune civilă pentru vătămare împotriva persoanei care i-a acordat ajutor.)
- **Articolul 93, alin. 2** prevede pentru fiecare cetățean obligația să anunțe direct sau să se asigure că un caz de urgență a fost anunțat deja, la numărul 1-1-2, înainte sau concomitent cu acordarea primului ajutor, fiind obligat să respecte indicațiile specializate oferite de personalul dispeceratului de urgență (Nota autorului: persoana care sună la 112 și persoana care acordă primul ajutor poate fi aceeași, sau pot fi persoane diferite; în oricare din cazuri persoanele trebuie să respecte indicațiile primite de la personalul dispeceratului de urgență.)
- **Articolul 93, alin. 3** stabilește obligația statului de a furniza primul ajutor calificat⁷⁴², acesta fiind un drept al cetățeanului, și în același timp interzice acordarea primului ajutor calificat în scop comercial;
- **Articolul 93, alin. 4** prevede că primul ajutor calificat se acordă într-un cadru instituționalizat, de echipe aflate sub coordonarea inspectoratelor pentru situații de urgență, în colaborare cu autoritățile publice locale și structurile Ministerului Sănătății;

741. SMURD - Serviciul Medical de Urgență, Reanimare și Descarcerare

742. Primul ajutor calificat - efectuarea unor acțiuni salvatoare de viață unor persoane care au suferit o accidentare sau îmbolnăvire acută, de către personal paramedical care a urmat cursuri speciale de formare și care are în dotare echipamentele specifice acestui scop, inclusiv defibrilatoare semiautomate, funcționând sub formă de echipe de prim ajutor într-un cadru instituționalizat (Articolul 92, alin. 1, lit. h).

- **Articolul 93, alin. 8** stabilește timpul maxim de sosire la locul intervenției de la apelul de urgență, timp care nu trebuie să depășească:
 - 8 minute în zonele urbane, la cel puțin 90% din cazurile de urgență,
 - 12 minute în zonele rurale, la cel puțin 75% din cazurile de urgență.
- **Articolul 94, alin. 2** stabilește că *personalul paramedical nu răspunde penal ori civil, după caz, dacă se constată, potrivit legii, îndeplinirea de către acesta, cu bună-credință, a oricărui act în legătură cu acordarea primului ajutor calificat, cu respectarea competenței acordate, protocoalelor și procedurilor stabilite în condițiile legii.*

Cu alte cuvinte, statul este obligat să asigure existența și funcționarea unor organisme specifice care să furnizeze pacienților în cazuri de urgență îngrijirea medicală necesară în timp util.

Titlul IV, Capitolul II - Acordarea asistenței publice medicale și tehnice de urgență și a primului ajutor calificat stabilește anumite măsuri și detaliile asupra modului de furnizare a asistenței medicale publice, astfel:

- *Asistența publică de urgență prespitalicească este coordonată la nivel județean sau regional de dispeceratele medicale specializate, utilizând infrastructura Sistemului național unic pentru apeluri de urgență (Articolul 104)*
- *Asistența publică de urgență prespitalicească se organizează la nivel rural, urban, județean/al municipiului București și regional și se acordă la diferite niveluri de competență, începând cu primul ajutor calificat, asigurat de echipajele aflate la nivel rural, până la nivelul intervenției de salvare aeriană cu personal medical specializat, care operează la nivel regional (Articolul 105, alin. 1 și 2).*
- *Personalul medical și cel paramedical instruit în primul ajutor calificat au obligația ca în afara programului, indiferent de loc, să acorde primul ajutor, spontan sau la cerere, persoanelor aflate în pericol vital, până la preluarea acestora de către un echipaj de intervenție specializat (Articolul 105, alin. 8);*

Titlul IV, Capitolul III – Acordarea asistenței medicale private de urgență reglementează asistența medicală privată pentru cazurile de urgență:

- Furnizorul de asistență medicală privată de urgență va avea un dispecerat propriu (**Articolul 110, alin. 1**) și trebuie să aibă mijloacele necesare acoperirii zonei geografice respective în timpii prevăzuți pentru serviciile publice pentru diferite categorii de urgență (**Articolul 110, alin. 2**).
- Ambulanțele și echipamentele utilizate de furnizorul de asistență medicală de urgență privat trebuie să respecte normele și standardele minime impuse serviciilor publice de urgență prespitalicească (**Articolul 110, alin. 3**).
- Spitalele private care dețin serviciile medicale spitalicești de urgență trebuie să respecte standardele minime impuse de Ministerul Sănătății pentru serviciile publice (**Articolul 111, alin. 2**).
- *Serviciile medicale private de urgență spitalicească au obligația de a stabili orice pacient care sosește în serviciul respectiv în stare critică sau cu acuze ce ridică suspiciunea unei afecțiuni acute grave, indiferent de capacitatea financiară a acestuia de a achita costurile tratamentului și de calitatea sa de asigurat, acesta putând fi transportat la un spital public, în condiții corespunzătoare, numai după stabilizarea funcțiilor vitale și acordarea tratamentului de urgență (Articolul 111, alin. 3).*
- *În cazul în care nu au în structură servicii de gardă, spitalele private au obligația să acorde primul ajutor și să alerteze serviciile de urgență publice prin numărul unic pentru apeluri de urgență 1-1-2. (Articolul 111 alin. 4).*

În Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, pe lângă titlul dedicat asistenței medicale de urgență, mai sunt și alte articole relevante, cum ar fi:

- **Articolul 67, lit. e** prevede obligația medicului de familie de a asigura continuitatea asistenței

medicale primare prin consultații de urgență înregistrate prin sistemul național de urgență, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie, precum și în regim de gardă, prin intermediul centrelor de permanență;

- **Articolul 80, alin. 2, lit. a** enumeră intervențiile de primă necesitate în urgențele medico – chirurgicale printre serviciile medicale esențiale pentru domeniul de competență al asistenței medicale primare, care sunt oferite de toți medicii de familie;
- **Articolul 168** prevede obligația pentru spital de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică; după stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul va asigura, după caz, transportul obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico - sanitară de profil.
- **Articolul 421, lit. c** stabilește obligațiile membrilor Colegiului Medicilor din România, ce decurg din calitatea lor specială de medici, să acorde, cu promptitudine și necondiționat, îngrijirile medicale de urgență, ca o îndatorire fundamentală profesională și civică.

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Dreptul la respectarea timpului pacienților, se regăsește implicit în această lege, prin prevederile legate de dreptul pacientului de a-și exprima consimțământul în legătură cu o anumită intervenție medicală, precum și dreptul la tratament și la îngrijire medicală⁷⁴³.

- **Articolul 14** stipulează:
 - regula conform căreia pacientul trebuie să își exprime consimțământul informat înainte de orice intervenție medicală sau administrarea unui tratament;
 - ca excepție, în cazul în care pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o *intervenție medicală de urgență*, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.
- **Articolul 36** stabilește dreptul pacientului la asistență medicală de urgență, asistență stomatologică de urgență și servicii farmaceutice, în program continuu.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Ordinul nr. 48/2009 privind aprobarea Protocolului național de triaj al pacienților din structurile pentru primirea urgențelor**

Protocolul național de triaj stabilește la punctul III că triajul se efectuează în momentul prezentării pacientului în structura de primire a urgențelor, definindu-se doi parametri: (I) *momentul în care pacientul a intrat în structura de primire a urgențelor - ora preluării (de către asistentul de triaj)*; (II) *momentul preluării pacientului în una dintre zonele de tratament - ora primului consult medical. Timpul mediu de triaj nu trebuie să fie mai mare de două minute pentru un pacient. Termenul este unul de recomandare.*

► **Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**

Contractul cadru reglementează în mod special relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate, precum și drepturile și obligațiile persoanelor care au calitatea de asigurat sau nu.

La **Anexa 1, Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, Secțiunea 3: Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească** din Contractul-cadru, este stabilită obligația spitalului de a acorda servicii medicale pentru urgențe medicale, indiferent dacă

743. Art. 6, 14, 30, 36 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului.

pacientul are sau nu calitatea de asigurat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pacientul va fi externat doar dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă o urgență.⁷⁴⁴

► **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor (UPU și CPU)**

Conform dispozițiilor Ordinului, toți pacienții au dreptul să fie primiți și consultați în secțiile UPU și CPU atunci când solicită acordarea asistenței medicale de urgență.

● **Articolul 42:**

- Unitățile de Primiri Urgențe (UPU⁷⁴⁵) și Compartimentele de Primiri Urgențe (CPU⁷⁴⁶) sunt deschise tuturor pacienților care solicită acordarea asistenței medicale de urgență în urma apariției unor acuze acute noi sau pe fondul unor afecțiuni cronice. Este interzis refuzul acordării asistenței medicale de urgență unui pacient care solicită acest lucru fără evaluarea stării acestuia de către un medic din cadrul UPU sau CPU și stabilirea lipsei unei afecțiuni care necesită îngrijiri medicale în cadrul UPU/CPU și eventuala internare a pacientului (**Articolul 43**).

● **Articolul 59:**

- Impune medicilor de gardă din spital obligația să răspundă prompt chemării la UPU sau CPU, indiferent de ora solicitării, ori de câte ori medicul de gardă din UPU sau CPU consideră acest lucru necesar;
- Impune medicilor de gardă din spital obligația, în cazul pacienților aflați în stare critică sau a căror stare necesită un consult specific de specialitate imediat, să se prezinte în UPU sau CPU în cel mult 10 minute de la solicitarea lor.
- Stabilește durata maximă de timp în care medicii specialiști chemați din spital au obligația să răspundă chemării; în cazul pacienților stabiliți aceasta este de cel mult 60 de minute.

● **Articolul 78** stabilește obligația personalului UPU sau CPU să preia pacientul în cel mai scurt timp posibil.

● **Articolul 81** instituie obligația echipajelor care transportă pacienți aflați în stare critică să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii.

● **Articolul 92** stabilește condițiile în care echipele de intervenție intraspitalicească se constituie și stabilește timpul în care acestea trebuie să intervină, respectiv:

- să fie disponibile imediat în caz de chemare;
- să fie posibilă apelarea lor utilizând un număr de interior special destinat, la care se răspunde 24 de ore din 24, 7 zile din 7;
- să ajungă la UPU sau CPU în cel mult un minut de la solicitare.

► **Ordinul nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic**

Ordinul aprobă protocoalele de transfer interclinic (transfer între spitale) al pacientului critic, atunci când transferul are loc către o unitate cu capacitate terapeutică mai mare decât unitatea care solicită transferul (**Articolele 2 și 4**).

744. Conform Articolului 92 alin. 1, lit. e al Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin urgență medicală se înțelege accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un Spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital.

745. Articolul 1, punctul 1 a Ordinului menționat definește unitatea de primire urgențe (UPU) - secția sau secția clinică aflată în structura unui spital județean, regional sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute, care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe.

746. Articolul 1, punctul 2 al Ordinului menționat definește compartimentul de primire urgențe (CPU) - secția aflată în structura unui spital orașenesc, municipal sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență ale pacienților cu afecțiuni acute care se prezintă la spital spontan sau care sunt transportați de ambulanțe.

Pentru pacienții critici, anume acei pacienți cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile necesitând investigații, intervenții și/sau îngrijiri medicale speciale acordate de către o echipă complexă, pluridisciplinară, într-o clinică sau secție de terapie intensivă generală sau specializată spitalul la care este adus pacientul poate efectua transferul acestuia la o altă unitate sanitară, cu un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul (**Articolul 1**).

În vederea efectuării transferului medicul unității care transferă pacientul va evita întârzierile nejustificate (**Pct. 2, subpct. 1 lit. e**) a protocolului de transfer, Anexa I a Ordinului nr. 1091/2006). Tot în acest sens este prevăzută și posibilitatea operării transferului pacientului fără acordul prealabil al unității medicale la care pacientul este transferat fără obținerea acordului în prealabil al spitalului care urmează să primească pacientul respectiv, cu condiția informării în cel mai scurt timp posibil a medicilor din spitalul primitor (**Articolul 12**)⁷⁴⁷.

► **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor**

- **Articolul 35** stabilește că urgențele medico-chirurgicale sunt prezentate la cabinetul medical **de îndată**, unde medicul și/sau asistentul medical iau/ia măsurile necesare în limita competenței. **Articolul 35 alin. (2)** stabilește că urgențele medico-chirurgicale care nu pot fi rezolvate în unitate se prezintă la unitatea spitalicească cea mai apropiată, cu înștiințarea conducerii penitenciarului privind situația ivită, în vederea asigurării mijlocului de transport și a escortei necesare sau, după caz, cu apelarea serviciului județean de ambulanță.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

Dreptul la respectarea timpului pacienților este legat de dreptul pacientului de a-și exprima consimțământul liber pentru orice intervenție medicală sau tratament.

Codul de deontologie medicală stabilește:

- *regula* că orice intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză (**Articolul 11, alin. 1**) și
- *excepția* conform căreia, când, datorită unei situații de urgență, nu se poate obține consimțământul adecvat, se va putea proceda imediat la orice intervenție indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătății persoanei vizate (**Articolul 15**).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Pacientul A a ajuns la secția de primire urgențe (UPU) a unui spital acuzând dureri insuportabile în zona abdominală. Când s-a dus să se înregistreze și să predea documentul de identitate, acesta a leșinat, iar personalul medical din secție l-a preluat imediat, chemând medicul de gardă. Ulterior, o

747. Regula este că prealabil transferului pacientului medicul unității trimitătoare trebuie să obțină acordul unității primitoare (pct. 1 subpct. 6 din protocolul de transfer, Anexa I la Ordinul 1091/2006). În situația prezentată, respectiv pentru cazul pacienților critici care necesită intervenție de urgență cu scopul salvării vieții la un spital județean sau regional acest acord nu mai este necesar, însă medicul care face transferul trebuie să anunțe unitatea primitoare în cel mai scurt timp.

Întreagă echipă de medici și asistente i-au acordat asistență medicală, în sensul că pacientul a fost intubat și apoi operat, acesta având hemoragie internă. După ce pacientul și-a revenit și a devenit conștient, medicul responsabil de cazul său i-a explicat întocmai intervenția ce avusese loc și i-a recomandat internarea pentru încă cel puțin 10 zile, precum și administrarea unui tratament specific afecțiunii pacientului. Pacientul a consimțit la internare și la tratament.

2. Exemple de încălcare

Exemplul 1: Pacientul A a chemat salvarea la numărul de urgență 112. Aceasta a sosit în timp util și pacientul a fost transportat la spitalul de urgență cel mai apropiat, iar ulterior preluat de personalul medical al spitalului, care l-a consultat superficial și a conchis că este vorba despre o urgență medicală dar nu au nici aparatura și nici personalul medical calificat. Astfel, au trimis pacientul cu ambulanța la un spital de urgență. În tot acest timp pacientul avea vărsături puternice și nu mai putea respira. Ambulanța a ajuns la spitalul de urgență în 20 de minute, timp în care pacientul a leșinat de mai multe ori. La spitalul de urgență a fost preluat și pus pe o targă în holul secției până la venirea medicului specialist. Acesta din urmă a consultat pacientul aproape inconștient abia după 30 de minute de când a fost chemat și a stabilit că pacientul este stabil și mai poate aștepta, deși acesta era grav deshidratat. După 3 ore de la momentul consultului, pacientul a intrat în comă.

Exemplul 2⁷⁴⁸: D.G., în vârstă de 57 de ani, a fost internat la Spitalul de Neurochirurgie Iași cu diagnosticul de tumoră pe creier. Nu a fost operat din cauza lipsei de sânge din Spital, astfel cum susține conducerea acestuia. La internare, pacientului i s-a spus că va fi operat de urgență, dar timp de câteva zile a fost supus la analize pregătitoare. În ziua în care a fost anunțat că va fi operat, a fost pregătit pentru a fi dus în sala de operație, dar operația a fost amânată deoarece apăruse o urgență. Pacientul a fost reprogramat pentru operație peste două zile. Dar în ziua în care urma să fie operat, pacientul a fost iar amânat, fără a se stabili o dată concretă, pentru motivul că spitalul nu avea sânge cu grupa pacientului. Medicii i-au spus pacientului că amânarea operației nu va constitui o problemă pentru pacient și că acesta va avea șanse dacă va fi operat. În final, pacientul a decedat, fără a mai fi operat. Rudele pacientului au declarat că nu au știut că operația a fost amânată pentru lipsa de sânge, iar dacă ar fi știut ar fi donat ei înșiși. De asemenea au afirmat că vor solicita deschiderea unei anchete.

Medicul F.G., din cadrul spitalului, și-a exprimat punctul de vedere în sensul că pacientul suferea de glioblastom, un tip de tumoră cerebrală foarte agresiv și că avea șanse mici de supraviețuire, chiar dacă ar fi fost operat. Explicația medicului privind prima amânare a procedurii, a fost că datorită urgenței apărute, sângele grupa A2 necesar pacientului D.G. a fost folosit pentru urgența respectivă, care consta într-un caz de anevrism, în care pacientul ar fi murit în câteva zeci de minute dacă nu primea imediat o transfuzie de sânge A2 pozitiv. De asemenea, s-a descoperit că la Centrul de Recoltare și Transfuzii Sanguine (CRTS) Iași nu a fost solicitat de către Spitalul de Neurochirurgie sânge grupa A2 pozitiv, deși exista pe stoc și ar fi fost livrat în timp util pentru operația pacientului. Cu toate acestea, managerul spitalului, dr. D.T., a decis să nu efectueze niciun fel de anchetă internă, deoarece este de părere că pacientul care a decedat nu reprezenta o urgență pentru a fi operat. (*Nota autorului: la momentul redactării acestui Ghid nu se cunoaște dacă au fost luate măsuri împotriva personalului medical responsabil*).

3. Cazuri concrete

Cazul nr. 1 – culpă medicală – amânarea operației necesare

Pe rolul Judecătorei Suceava s-a înregistrat dosarul nr. Xxx/xxx având ca obiect săvârșirea infracțiunii de vătămare corporală din culpă de către inculpata C.C., asistentă medicală în cadrul Spitalului de Urgență X. Partea vătămată, care s-a constituit deopotrivă și parte civilă a fost pacientul B.G.

Pacientul B.G. s-a internat pentru a fi supus unei intervenții chirurgicale fiind diagnosticat cu hemie de disc. A doua zi după operație a fost transferat la secția ATI pentru administrarea tratamentului

748. Sursa: <http://stirile.rol.ro/print/un-iesean-de-57-de-ani-a-decedat-pentru-ca-spitalul-nu-avea-sange-189076.html>.

medicamentos. După 5 zile de la operație, pacientul acuza dureri mari la nivelul mâinii drepte, dureri care au apărut după administrarea intravenoasă (prin injecție) a tratamentului (antibiotic), deși injecția s-a făcut în mâna stângă. La două ore de la administrarea tratamentului, pacientul a fost consultat de un medic al secției de chirurgie vasculară iar acesta a constatat că mâna pacientului trebuie operată. Pacientul a fost supus în repetate rânduri la mai multe intervenții chirurgicale pentru a i se putea salva mâna, întrucât circulația sângelui fusese grav afectată. În final, mâna pacientului a fost amputată.

Din expertizele medico-legale de la dosarul cauzei, s-a ajuns la concluzia că între injecția administrată de inculpată și complicațiile suferite de pacient, complicații care au dus la amputarea mâinii acestuia, există legătură de cauzalitate, în sensul că substanța administrată avea un caracter iritant, iar pe fondul patologic al pacientului precum și în considerarea particularităților de reactivitate individuală s-a ajuns la complicația menționată. În rapoartele de expertiză s-a ajuns la concluzia că medicamentul a fost cel mai probabil administrat paravenos sau chiar intraarterial, provocând spasmul și tromboza arterei brahiale și ischemia acută a brațului stâng. Relativ la atitudinea terapeutică ce a urmat consultului de chirurgie vasculară s-a apreciat de către experți că aceasta a fost conservatoare și nu era recomandată în situația pacientului, intervenția de revascularizare trebuind practică cât mai repede, iar *amânarea acesteia cu mai mult de 8 ore a compromis microvascularizația pacientului și a condus la instalarea unei ischemii cu caracter ireversibil*⁷⁴⁹.

Totodată comisia de experți a stabilit că deficiența în administrarea medicamentului injectabil s-a realizat printr-o tehnică defectuoasă. În ultimul aviz al Comisiei Superioare de Medicină Legală s-a reținut că administrarea medicamentului a fost incorectă și a constat în pătrunderea accidentală cu acul dincolo de sau pe lângă lumenul vascular venos, pătrunzându-se *cel mai probabil* într-un vas arterial. Mai mult decât atât, expertizele în cauză au arătat că pacientului i-a fost prescris și administrat un medicament care nu era necesar și nici recomandat în tratamentul postoperator pentru ablația herniei de disc. Sub acest aspect instanța a considerat însă că nu inculpata se face vinovată de administrare având în vedere faptul că în calitatea sa de asistent medical nu a făcut altceva decât să urmeze instrucțiunile medicului curant.

Instanța de fond a considerat că nu se poate stabili culpa medicală în sarcina inculpatei și pe cale de consecință, nici săvârșirea infracțiunii, hotărând achitarea inculpatei. Ulterior, sentința a fost atacată, iar Curtea de Apel Suceava a schimbat-o în tot, condamnând inculpata și a acordat pacientului, parte civilă, și daune materiale și morale⁷⁵⁰. Astfel, instanța de control judiciar a considerat că în mod greșit instanța de fond nu a luat în considerare expertizele medico-legale aflate la dosarul cauzei, deși acestea arătau în mod clar că inculpata prin tehnica defectuoasă de administrare a medicamentului, a creat complicații pacientului, complicații care ulterior au dus la amputarea mâinii a acestuia din urmă. Sub aspectul atitudinii terapeutice, anume că intervenția de revascularizare trebuia practică cât mai repede, iar amânarea acesteia cu mai mult de 8 ore a compromis microvascularizația pacientului și a condus la instalarea unei ischemii cu caracter ireversibil, instanța de control judiciar a menținut aceste concluzii.

Astfel, speța prezentată relevă, pe lângă încălcarea și a altor drepturi ale pacientului, încălcarea de către un cadru medical a dreptului pacientului de a beneficia de servicii medicale în timp util.

Cazul nr. 2 – diagnosticare greșită. Întârziere în aplicarea tratamentului adecvat.

Curtea de Apel Galați, prin Decizia penală nr. 581/R/19.09.2005 a dispus condamnarea inculpatului G.H., medic, pentru săvârșirea infracțiunii deucidere din culpă a victimei – pacientă a acestuia.

Pentru a se pronunța astfel, instanța a avut în vedere următoarele considerente, reținând următoarea situație de fapt și argumente⁷⁵¹:

- în stabilirea culpei medicale (s.n prin neglijență, în acest caz) este relevant caracterul rezonabil al conduitei medicului, care trebuie apreciat în funcție de împrejurările concrete ale cauzei;

749. Sentința penală nr. 94/13.02.2012.

750. Decizia nr. 582/14.06.2012.

751. Decizia nr. 581/R/19.09.05.

- culpa medicală presupune nereușita de a acționa în concordanță cu standardele acceptate în funcție de calificarea medicului respectiv;
- pacienta a fost internată la data de 09.06.1997 sub supravegherea medicului inculpat G.H., fiind diagnosticată cu hernie de disc, ciroză hepatică, colică biliară;
- la internare, victima și fiul acesteia au adus la cunoștința inculpatului faptul că pacienta luase timp de șase luni un tratament cu prednison (cortizon) fără supraveghere medicală, câte 8 tablete pe zi, astfel încât capacitatea de apărare a organismului este diminuată, existând riscul apariției unei infecții, care poate duce la septicemie, și ulterior la deces. Mai mult, în principiu după un tratament cu cortizon nu este recomandabil un tratament injectabil;
- cu toate acestea, inculpatul a stabilit tratament injectabil cu algocalmin, în doze de 6 și 9 fiole, pentru o perioadă cuprinsă între 09.06-15.06.1997;
- din documentele medicale aflate la dosarul cauzei rezultă că infecția în corpul pacientei a culminat în data de 12.06.1997 și s-a agravat în 16.06.97 datorită injecției peridurale administrată de un alt medic, fără ca în foaia de observație medicală să se menționeze medicamentul folosit;
- în data de 18.06.97 un alt medic observă pe fesa pacientei o roșeață care putea trăda o posibilă infecție astfel încât a notat pe foaia medicală „atenție fesa dreaptă” și a recomandat unei asistente să îi comunice aspectul sesizat medicului curant al pacientei și pentru moment să aplice acesteia din urmă o pungă cu gheață pe zona afectată;
- medicul care a observat roșeața și a atenționat asupra acesteia a declarat că zona respectivă era inflamată, de culoare roșie, tumefiată, posibil flegmon în constituire. Cu toate acestea, nefiind el însuși medicul curant al pacientei nu putea să stabilească un diagnostic, această responsabilitate fiind în sarcina exclusivă a medicului inculpat;
- deși asistenta a comunicat inculpatului cele spuse de medicul ce a constatat pata roșie a pacientei, medicul curant a considerat că nu există un motiv de îngrijorare și să fie aplicate în continuare pungi cu gheață;
- din expertiza medico-legală efectuată în cauză rezultă că medicul inculpat, trebuia să ia măsuri de prevedere în legătură cu roșeața pacientei, *cel mai târziu în data de 18.06.97. Abia la data de 19.06.97 inculpatul examinează pacienta la solicitarea familiei acesteia și stabilește că nu este vorba despre o infecție, ci de o formă de celulită și recomandă aplicarea de pungi de gheață și comprese cu rivanol, pe zona afectată;*
- expertiza a arătat că moartea pacientei s-a datorat stării toxico-septice, consecința unui flegmon fesier cu fasceită necrozantă survenit în urma unei injecții, deși se cunoștea că pacienta era în tratament cronic imuno-depresiv cu corticoizi⁷⁵²;
- experții au stabilit că evoluția gravă și ireversibilă a pacientei s-a datorat, printre altele, și *nedepistării în timp util a infecției și neacordării tratamentului adecvat, ceea ce ar fi salvat viața pacientei;*
- concluzia experților a fost că *tratarea în primul moment al infecției ar fi permis supraviețuirea bolnavei;*
- după data de 19.06.97, inculpatul pleacă din localitate și revine pe data de 23.06.97. În acest interval starea pacientei se agravează și este consultată de un medic neurochirurg, care după examinarea pacientei a conchis că în cauză nu este vorba despre un atac cerebral ci despre un șoc septic în care a intrat pacienta;
- la data de 25.06.97 pacienta decedează după ce o echipă de medici a întreprins toate manevrele necesare salvării vieții acesteia. Cauza decesului a fost septicemie generalizată.

Concluzionând, instanța a stabilit faptul că inculpatul este vinovat de decesul pacientei, întrucât (I) nu a stabilit un tratament medical adecvat și astfel a apărut o infecție în corpul pacientei și (II) *nu a consultat pacienta în timp util*, ci numai a doua zi deși avea cunoștință de roșeața de pe corpul pacientei, iar consultul a avut loc numai la insistențele familiei victimei.

752. Decizia nr. 581/R/19.09.05.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

În situația în care încălcarea drepturilor pacientului se datorează unei întârzieri semnificative în administrarea unui tratament sau, după caz în neidentificarea unei situații ca fiind urgentă, avocatul pacientului trebuie, înainte de a-și sfătui clientul asupra declanșării procedurilor de atragere a răspunderii personalului medical și repararea prejudiciului cauzat, să aibă în vedere cel puțin aspecte privind:

► Situația de fapt concretă, mai precis:

- momentul la care pacientul: s-a prezentat sau a fost adus în unitatea sanitară, a fost preluat de personalul medical, a fost consultat de medic;
- modalitatea în care a avut loc consultul (spre exemplu, a fost un consult superficial sau, dimpotrivă, amănunțit);
- pacientul a avut o atitudine cooperantă și a oferit medicului în cadrul procedurii de anamneză informații relevante și complete legate de starea lui de sănătate actuală și/sau trecută;
- care era statutul unității medicale, respectiv de urgență, monospecialitate, generală etc;
- dacă unitatea medicală era autorizată să furnizeze servicii medicale de natura celor pentru care a fost internat pacientul;
- dacă s-au făcut, în cazul dat, toate procedurile preliminare de diagnostic;
- dacă trebuiau și/sau existau proceduri care să reglementeze situații de genul celor pentru care pacientul a fost adus la unitatea medicală.

► Competențele personalului medical:

- dacă medicul era sau nu de specialitate; pentru ultima situație, dacă exista un medic de specialitate și acesta nu a venit să consulte pacientul care a fost motivul sau, dacă nu exista un medic specialist în unitatea sanitară care este justificarea pentru acest fapt;
- dacă fapta personalului medical prin care s-a produs un prejudiciu pacientului a fost intenționată sau se datorează neglijenței acestuia ori dotărilor insuficiente ale unității sanitare.

► Actele medicale

- în ce măsură în cauza respectivă au fost indicate investigații ori analize de laborator;
- dacă au fost indicate investigațiile ori analize de laborator specifice cazului respectiv;
- care a fost diagnosticul final;
- care a fost diagnosticul de internare ori provizoriu.

► Întocmirea documentelor medicale:

- dacă s-au întocmit toate documentele prevăzute de lege, începând de la foaia de internare și terminând cu consimțământul pacientului;
- modul în care s-a întocmit fișa pacientului, precum și celelalte documente medicale, anume dacă este conformă cu legislația relevantă.

► Declarațiile/punctul de vedere (al) unor persoane direct implicate:

- declarațiile martorilor oculari;
- ale personalului medical, inclusiv al celui de pe ambulanță, dacă este cazul;
- declarația pacientului dacă este posibil. Un aspect important este ca avocatul să afle de la pacient sau de la rudele acestuia dacă suferea și de alte afecțiuni preexistente intervenției de urgență.

În funcție de aspectele enumerate mai sus, avocatul poate să își formeze o imagine de ansamblu asupra cazului și să analizeze în ce măsură, din punct de vedere juridic, ar putea fi îndeplinite condițiile răspunderii civile delictuale a personalului medical.

Ulterior, dacă într-adevăr poate fi luată în considerare existența unui caz de malpraxis, avocatul poate solicita și opinia unui expert în domeniu, înainte de a sesiza organismele competente pentru angajarea răspunderii persoanelor responsabile.

Analizând cazul în ansamblul său împreună cu opinia expertului, avocatul poate să recomande sau nu clientului său declanșarea procedurilor pentru atragerea răspunderii persoanelor responsabile.

H) DREPTURI STABILITE LA NIVEL INTERNAȚIONAL SAU REGIONAL CU CARE DREPTUL ANALIZAT ARE LEGĂTURĂ

Vă rugăm să vedeți drepturile stabilite la nivel internațional și regional care pot avea legătură cu Dreptul la respectarea timpului pacienților, respectiv Dreptul de a atinge cele mai înalte standarde de sănătate prezentate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.8 Dreptul la respectarea standardelor de calitate a serviciilor medicale

A) DREPTUL LA RESPECTAREA STANDARDELOR DE CALITATE A SERVICIILOR MEDICALE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare individ are dreptul de acces la servicii medicale de înaltă calitate în baza unor criterii clar stabilite și cu respectarea unor standarde precise.

Dreptul la servicii medicale de calitate necesită ca instituțiile și profesioniștii din sănătate să ofere nivele satisfăcătoare de performanță tehnică, confort și relații interumane. Aceasta implică specificarea și respectarea unor standarde precise de calitate, stabilite prin intermediul unei proceduri consultative publice și periodic evaluate și revizuite.

B) DREPTUL LA RESPECTAREA STANDARDELOR DE CALITATE A SERVICIILOR MEDICALE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIE / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Dreptul pacienților de a beneficia de respectarea standardelor de calitate în furnizarea serviciilor medicale nu este specificat în mod direct în Constituție. Ca regulă, dreptul la respectarea standardelor de calitate este recunoscut în mod indirect, mai ales prin dispoziții care privesc dreptul la sănătate în ansamblu, sau dreptul de a beneficia de servicii medicale conform *nevoilor individuale* în scopul primirii de servicii medicale la cele mai înalte standarde.

Cu toate acestea, dreptul pacienților de a beneficia de standarde de înaltă calitate bazate pe criterii clar stabilite și în conformitate cu standarde precise este indirect recunoscut de următoarele articole din Constituția României:

- **Articolul 34** care se referă la dreptul la ocrotirea sănătății:
 - garantează ocrotirea sănătății fiecărei persoane;
 - stabilește obligația statului de a lua măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice;
 - stabilește prin legi specifice aspecte legate de organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării

profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanelor.

- **Articolul 41, alin. 2** privind munca și protecția socială a muncii:
 - garantează dreptul salariaților la măsuri de protecție socială;
 - aceste măsuri de protecție socială includ, printre altele, sănătatea salariaților.
- **Articolul 49, alin. 2** privind protecția copiilor și tinerilor stabilește dreptul la ajutoare pentru îngrijirea copilului bolnav ori cu dizabilități.
- **Articolul 50** privind protecția persoanelor cu dizabilități:
 - instituie ca responsabilitate a statului obligația de a realiza o politică națională de egalitate a șanselor, de prevenire și de tratament ale dizabilității, în vederea participării efective a persoanelor cu dizabilități în viața comunității, respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor.

Legislație

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

(Nota autorului: Legea cadru în domeniu face des referire la calitatea serviciilor medicale în general, însă nu definește noțiunea de standard al calității, chestiune care a ridicat și continuă să ridice probleme practice, respectiv situații litigioase referitoare la răspunderea unităților sanitare/de sănătate pentru cazurile de malpraxis.)

Dreptul la respectarea standardelor de calitate derivă din dreptul de a beneficia de servicii medicale în general și este strâns legat de dreptul pacientului la informare și la siguranță.

Funcțiile principale ale asistenței de sănătate publică vizează, printre altele, asigurarea calității serviciilor de sănătate publică, precum și evaluarea calității, eficacității, eficienței și accesului la serviciile medicale (**Articolul 5, lit. g și m**).

Chiar dacă legea cadru nu descrie explicit modul în care este furnizat un serviciu medical la o calitate standard, garantarea calității serviciilor medicale rezultă indirect din următoarele prevederi:

- procedurile autorizării și acreditării funcționării furnizorilor de servicii medicale (**Articolele 164, alin. 2, Articolele 173 și 175**);
- procedura inspecției sanitare și aplicarea sancțiunilor pentru neregulile identificate (**Titlul I – Sănătatea publică, Cap. IV – Inspecția sanitară de stat**);
 - managementul spitalelor și sancțiunile ce pot fi aplicate managerului și/sau consiliului director în situația în care nu se conformează condițiilor stabilite de lege (**Articolele 176 și 178**) (*Nota autorului: A se vedea și Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1384/2010 privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public*);
- procedura achiziției publice în scopul dotării corespunzătoare a unităților medicale (**Articolul 16, alin. 1, lit. h, Articolul 54, lit. e, Articolul 58, alin. 6, Articolul 177, alin. 4, Articolul 187, alin. 10, lit. d**);
- reglementarea principalelor domenii de intervenție ale sănătății publice, prin programe naționale (**Titlul II: Programe naționale de sănătate**);
- contractul-cadru prin care se stabilesc drepturile asiguraților în sistemul de sănătate publică;
- procedura autorizării pacientului asigurat de a putea beneficia de asistență medicală și în alte state (**Titlul XIX - Asistență medicală transfrontalieră**);
- specializarea medicilor și condițiile pe care aceștia trebuie să le îndeplinească pentru a putea profesa, precum și sancțiunile aplicate acestora în situația în care încalcă legislația în materie sau deontologia profesiei (**Articolele 376, 379, 380, 386, 387, 388, 389, 390, 391, alin. 1, 412 și următoarele, și Articolul 666**);
- posibilitatea medicilor care provin din state terțe să își desfășoare activitatea pe teritoriul României, desigur cu respectarea unei proceduri prealabile de aprobare (**Titlul XII - Exercițarea profesiei de**

medic. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, Capitolul II - Dispoziții privind exercitarea profesiei de medic pe teritoriul României de către medicii cetățeni ai unui stat membru al Uniunii Europene, ai unui stat aparținând Spațiului Economic European sau ai Confederației Elvețiene);

- existența ghidurilor de practică pentru diverse specialități medicale (**Articolul 16, alin. 1, lit. g**);
- reglementarea dispozitivelor medicale (**Titlul XX: Dispozitive medicale**).

A. Autorizarea și acreditarea furnizorilor de servicii medicale. Prin reglementarea procedurilor pentru autorizarea și acreditarea unităților furnizoare de servicii medicale s-a urmărit crearea unui cadru legal care garantează că serviciile medicale sunt realizate în condiții de siguranță.

B. Inspekția sanitară de stat. Verificarea modului în care funcționează un furnizor de servicii medicale se efectuează de către autoritățile competente, prin procedura inspekției sanitare. Inspekția sanitară de stat se realizează pe următoarele domenii: (I) **calitatea serviciilor de asistență medicală**, (II) sănătate publică, (III) domeniul farmaceutic, (IV) dispozitive medicale (**Articolul 26, alin 2**).

Autoritățile competente în domeniul inspekției sanitare de stat pot interzice punerea în consum, pot decide retragerea produselor, suspendarea temporară sau definitivă a activităților, **retragerea sau anularea autorizației sanitare de funcționare**, a avizului sanitar, a notificărilor pentru activități și produse și poate dispune orice alte măsuri pe care situația le impune (**Articolul 27, alin. 3**).

C. Procedura de management a spitalelor publice. Prin lege sunt stabilite în mod clar strategiile de management, criteriile obiective în funcție de care o persoană poate avea calitatea de manager a unui spital, drepturile și obligațiile acesteia (**Articolul 176, alin. 2**). (*Nota autorului: Managerul unui spital, ca persoană fizică sau reprezentantul desemnat de managerul persoană juridică trebuie să fie (1) absolvent al unei instituții de învățământ superior în specialitate medicală, științe economice sau juridice; (2) să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sau management sanitar; (3) să fie absolvent al unui masterat sau doctorat în management sanitar, economic sau administrativ; managerul unui spital clinic în care se desfășoară și activitate de învățământ și cercetare științifică medicală, trebuie să fie cadru universitar sau medic primar și să fie absolvent al unor cursuri de perfecționare în management sau management sanitar.*)

D. Procedurile de achiziție publică. Achizițiile publice reprezintă mecanismul prin care serviciile sanitare de stat cumpără bunurile necesare pentru dotarea spitalelor, în vederea furnizării serviciilor medicale.

E. Contractul cadru. La nivel național există un Contract-cadru în baza căruia se încheie contracte de servicii între furnizori și casele județene de asigurări de sănătate. Modelul Contractului-cadru este elaborat periodic și reglementează în principal condițiile de furnizare a asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Contractul-cadru include de asemenea prevederi cu privire la: *respectarea criteriilor de calitate pentru serviciile medicale oferite în cadrul pachetelor de servicii.*

În considerarea **Articolului 249** din Legea nr. 95/2006 Autoritatea Națională de Management a Calității în Sănătate (denumită în continuare ANMCS) este instituția publică cu rol de a evalua furnizorii de servicii de sănătate în vederea acreditării. Evaluarea este realizată pe baza standardelor elaborate de ANMCS. Legea impune de asemenea o măsură specifică pentru asigurarea calității serviciilor, și anume interdicția caselor județene de sănătate de a încheia contracte de servicii cu furnizorii care nu îndeplinesc următoarele condiții: (1) existența unui sistem informațional corespunzător asigurării unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată, (2) utilizarea pentru tratamentul afecțiunilor numai a medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, (3) utilizarea materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale autorizate.

F. Asistența medicală transfrontalieră. În condițiile stabilite de lege, asigurații au dreptul să călătorească într-un stat terț pentru a beneficia de servicii medicale. Valoarea acestora va fi acoperită de CNAS. (*Nota autorului: CNAS va plăti valoarea serviciului conform tarifelor prevăzute de lege în România.*)

G. Exerțarea profesiei medicale. Profesia de medic este una strict reglementată⁷⁵³, în sensul că numai dacă sunt îndeplinite anumite condiții de eligibilitate, medicul poate profesa. În acest sens, medicii trebuie să:

- fie autorizați de colegiul din care fac parte, cum ar fi Colegiul Medicilor din România;
- să profeseze numai în specialitatea pe care o au;
- să profeseze numai până la o anumită vârstă;
- să facă dovada aptitudinilor fizice și psihice privind exerțarea profesiei de medic;
- să efectueze un număr limitat de consultații medicale într-o anumită zi;
- să efectueze cursuri de educație medicală continuă.

H. Ghiduri clinice pentru specialități medicale. Legea cadru (**Articolul 16, alin. 1, lit. g**) stabilește printre atribuțiile Ministerului Sănătății și pe aceea de a aproba, prin ordin al ministrului, **protocoloalele standardizate la nivel național** (Ghiduri clinice pentru fiecare specialitate, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, cu consultarea societăților medicale de profil⁷⁵⁴).

I. Reglementarea dispozitivelor medicale. Legea nr. 95/2006 (**Titlul XX: Dispozitive medicale**) stabilește cadrul legal și instituțional pentru:

- controlul dispozitivelor medicale puse în funcțiune și utilizate;
- controlul activităților de comercializare, distribuție și de prestări de servicii în domeniul dispozitivelor medicale și accesoriilor;
- aprobarea și autorizarea prealabilă a distribuitorilor de dispozitive medicale și accesorii și a furnizorilor de servicii de întreținere a acestora.

Modalitățile de control privind dispozitivele medicale puse în funcțiune și aflate în utilizare vor consta în (I) control prin verificare periodică, (II) inspecție și testare inopinată, (III) supraveghere în utilizare (**Articolul 928**).

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Dreptul pacienților de a beneficia de servicii medicale de cea mai înaltă calitate pe care societatea o poate oferi, este prevăzut expres în Legea drepturilor pacientului (**Articolul 2**). Deși dreptul este stabilit *expressis verbis*, modalitatea în care acest drept este adus la îndeplinire de către autorități nu este stabilită în legea menționată.

Calitatea serviciilor medicale depinde de resursele umane, financiare și materiale disponibile, fără a exista o definiție sau criterii prin care noțiunea de calitate să fie conturată (**Articolul 2**).

► **Legea nr. 263/2004 privind asigurarea continuității îngrijirilor de sănătate primare prin centrele de permanență**

Legea reglementează regimul asistenței medicale furnizate prin centrele de permanență.

Centrele de permanență sunt forme de organizare a asistenței medicale, fixe sau mobile, fără personalitate juridică, care funcționează în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicina familiei (**Articolul 2, alin 1**). (*Nota autorului: termenul „fără personalitate juridică” înseamnă că centrele de permanență nu sunt entități separate, ele funcționează în subordinea direcțiilor de sănătate publică județene.*)

Centrele de permanență pot fi fixe sau mobile. Centrele de permanență fixe sunt unități sanitare cu sediu stabil, fără personalitate juridică, care pot avea în dotare autospeciale pentru efectuarea consultațiilor la domiciliul pacienților. Centrele de permanență mobile reprezintă forme de organizare a activității medicale care asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă, de la nivelul serviciilor de ambulanță, cabinetelor de medicină de familie sau, după caz, de la domiciliul

753. Cu titlu de exemplu: Articolele 376, 379, 380, 386, 387, 388, 389, 390, Articolul 391, alin. 1, Articolul 412 și următoarele, și Articolul 666 din Legea nr. 95/2006.

754. Aceste ghiduri se publică și pe site-ul Ministerului Sănătății, la următoarea adresă: <http://www.ms.ro/index.php?pag=181&pg=1>

medicului, și care utilizează autospecialele pentru consultații la domiciliu (**Articolul 2, alin. 2 și 3**).

► **Alte acte normative relevante care tratează implicit dreptul la respectarea standardelor de calitate**

Alte acte normative relevante care fac referire implicit la dreptul analizat se referă în special la diferite categorii de persoane, precum cele private de libertate, copii, persoane cu dizabilități, refugiați, eroi ai Revoluției din decembrie 1989⁷⁵⁵, veterani de război și văduve de război⁷⁵⁶ etc.

În principiu, toate actele normative stabilesc deopotrivă dreptul categoriilor de persoane menționate mai sus, de a beneficia de servicii medicale în general, iar în special stabilesc modalitatea în care acestea sunt efectuate prin raportare la situația în care acestea se află, deci prin stabilirea unor linii directoare care să asigure tratamentul individualizat nevoilor lor⁷⁵⁷.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Norma din 7 Aprilie 2004 pentru aplicarea Legii nr. 46/2003 a drepturilor pacienților**

Articolul 3 al Normei stabilește că unitățile medicale trebuie să utilizeze toate mijloacele și resursele disponibile pentru a asigura o asistență medicală de înaltă calitate.

► **Ordin nr. 44/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**

Prevederile ordinului privesc mai mult latura organizatorică a asistenței medicale, respectiv programarea serviciilor medicale, stabilind în acest sens anumite criterii, în funcție de tipul de asistență medicală solicitată (**Articolul 5**).

► **Ordin nr. 697/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență**

Ordinul aprobă Normele metodologice privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centre de permanență.

Activitatea în cadrul centrelor de permanență fixe se realizează în regim de gardă⁷⁵⁸.

În baza unei convenții de asociere între cel puțin 2 medici de familie, titulari de cabinete de medicină de familie, indiferent de forma de organizare, se pot înființa centre de permanență⁷⁵⁹.

În centrele de permanență medicii de familie acordă servicii medicale care constau în:

(I) asistență medicală în afecțiunile acute și urgențele medico-chirurgicale, în limitele competenței

755. Art. 5 din Legea nr. 341/2004 - Legea recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anti-comuniste de la Brașov din noiembrie 1987, stabilește dreptul persoanelor invalide care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă de a beneficia gratuit de proteze, orteze și scaune cu rotile.

756. Art. 16, lit. j și lit. k din Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război prevede dreptul acestei categorii de persoane la asistență medicală gratuită în toate instituțiile medicale civile de stat sau militare și asigurarea de medicamente gratuite atât în tratamentele ambulatorii, cât și pe timpul spitalizării și la bilete de tratament gratuite, în stațiunile balneoclimaterice.

757. Ordin nr. 125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor (art. 43, 125, 142); Legea nr. 254/2013 privind executarea pedepselor privative art. 71); Ordin nr. 543/2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri (art. 3); Ordin nr. 426/2006 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei în domeniul sănătății mintale (pct 3.3), Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap (art. 6 lit a, 9, 10, 11); Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului (art. 46); Legea nr. 122/2006 privind azilul în România (art. 17, lit. m); Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice (art. 24, 25).

758. Art. 2, 4, 5, 6, 9, 11, 13, 14 litera c), 16, 18, 19 alin. (1) litera a) și b), 21, 24 alin. (2), 35.

759. Capitolul al doilea din Normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență din 25.05.2011.

medicului de familie și posibilităților tehnice;

(II) trimitere către alte specialități în vederea internării, în situațiile care depășesc competențele medicului de familie;

(III) administrarea medicației necesare tratamentului de urgență care se asigură din trusa de urgență a centrului de permanență sau a cabinetului medical în cazul în care permanența se asigură la cabinetul medical;

(IV) eliberarea unei adeverințe medicale pentru pacient, cu care se va prezenta a doua zi la medicul său de familie pentru prescrierea rețetei; în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, medicația se asigură din trusa de urgență atât cât va fi necesar pacientului până ajunge la medicul său de familie **(Articolul 7)**.

Serviciile medicale furnizate prin centrele de permanență se acordă tuturor persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat al acestora **(Articolul 8)**.

Prin Anexele 3 și 4 la Normele aprobate prin Ordin sunt stabilite standardele minimale privind dotarea centrelor de permanență fixe precum și elementele componente ale trusei de urgență.

► **Ordin nr. 1408/2010 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență**

Ordinul clasifică spitalele publice din România în funcție de competența acestora, stabilind astfel mai multe categorii de spitale, respectiv la un nivel de competență foarte înalt, înalt, mediu, bazal și limitat **(Articolul 1)**.

- **Articolul 2** al ordinului descrie condițiile specifice pe care spitalul trebuie să le îndeplinească pentru a intra într-o anumită categorie:
 - Spitalul categoria I, cu nivel de competență foarte înalt
 - se caracterizează prin faptul că are cel mai ridicat nivel de dotare cu aparatură și echipamente medicale, precum și de încadrare cu resurse umane (*Nota autorului: în special personal medical de specialitate*) și asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad de complexitate foarte înalt.
 - categoria I este sub-clasificată în categoriile I⁷⁶⁰ și I M⁷⁶¹:
 - Spitalul categoria II, cu nivel de competență înalt se referă la spitalul care are nivel înalt de dotare cu aparatură și echipamente medicale, precum și de încadrare cu resurse umane, și asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad mare de complexitate. Acesta se subclasifică la rândul său în spital categoria II⁷⁶² și respectiv II M⁷⁶³.
 - Categoria III de spitale se referă la cele cu un nivel de competență mediu pentru afecțiuni cu grad mediu de complexitate.
 - Categoria IV de spitale privesc spitalele cu nivel de competență bazal și în care se pot trata afecțiuni cu grad mic de complexitate.
 - Ultima categorie de spital reglementată de Ordin este categoria V și se referă la spitalul cu nivel de competență limitat și care asigură, după caz, servicii medicale (I) pentru îngrijirea bolnavilor cronici, (II) servicii medicale într-o singură specialitate (TBC, boli infecțioase, psihiatrie, de recuperare și altele), sau (III) servicii paleative.
- **Articolul 3** stabilește criteriile care stau la baza clasificării spitalelor în funcție de competență,

760. Categoria I: spitalul care are competență foarte înaltă extinsă și asigură servicii medicale în mai multe specialități medico-chirurgicale

761. Categoria IM: are competență foarte înaltă restrânsă la domeniul său de activitate și asigură servicii medicale într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare și poate desfășura activitate de învățământ și cercetare științifică-medicală, de îndrumare și coordonare metodologică pe domeniul său de activitate, cât și de educație medicală continuă.

762. Categoria II are competență înaltă extinsă și care asigură servicii medicale în mai multe specialități medico-chirurgicale, iar spitalul cu nivel de competență înalt

763. Categoria II M are competență înaltă restrânsă la domeniul său de activitate și care asigură servicii medicale într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare, și de asemenea poate desfășura activitate de învățământ și cercetare științifică-medicală, precum și de educație medicală continuă.

criterii care se referă la elemente precum:

- structura organizatorică a spitalului, aprobată în condițiile legii;
- tipul serviciilor medicale furnizate;
- personalul de specialitate medico-sanitar încadrat la nivelul spitalului;
- continuitatea asistenței medicale;
- dotarea cu echipamente și aparatură medicală;
- activitate de îndrumare și coordonare metodologică pe domeniile lor de activitate;
- activitate de învățământ și cercetare științifică-medicală, precum și de educație medicală continuă;
- indicatori de performanță, de ex.: proporția pacienților reinternați în intervalul de 48 de ore de la internare, proporția pacienților transferați la alte unități sanitare în intervalul de 72 de ore de la internare, etc.

► **Ordin nr. 1764/2006 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale din punctul de vedere al competențelor, resurselor materiale și umane și al capacității lor de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijirile medicale definitive pacienților aflați în stare critică**

Ordinul menționat, așa cum rezultă din titlu, stabilește anumite criterii în funcție de care sunt clasificate spitalele de urgență, la nivel local, județean și regional.

- **Articolul 3** enumeră criteriile care stau la baza clasificării unităților sanitare de urgență:
 - resursele umane disponibile - în general, după caz, în permanență la nivelul spitalului, precum și la resursele umane disponibile în permanență prin chemare de la domiciliu în cel mult 30 de minute;
 - resursele tehnologice și materiale aflate în dotarea spitalului;
 - accesibilitatea la resursele tehnologice și materiale aflate în dotarea spitalului 24 de ore din 24, 7 zile din 7;
 - structura organizatorică a unității sanitare respective și prezența sau absența unor secții de specialitate ori a unor domenii de specialitate accesibile permanent sau, după caz, la un interval scurt de la chemare;
 - capacitatea de primire și îngrijire a diferitelor categorii de cazuri critice: traumă, arși, cardiologie, chirurgie cardiovasculară și chirurgie vasculară periferică, neurologie/neurochirurgie, ginecologie-obstetrică, neonatologie, toxicologie, și respectiv alte cazuri care necesită terapie intensivă complexă și intervenție de urgență.

Spitalele de urgență sunt definite la **Articolul 1**. Această clasificare ar putea fi relevantă pentru avocații care reprezintă pacienții, în procesele care vizează acordarea serviciilor medicale de urgență. Clasificarea, care poate fi consultată pe larg în **Ordinul nr. 1764/2006**, conține următoarele tipuri de spitale:

- a. spital regional de urgență cu nivel de competență I A;⁷⁶⁴
- b. spital regional de urgență cu nivel de competență I B;⁷⁶⁵

764. Spitalul clinic (universitar) asigură primirea, investigarea și tratamentul definitiv tuturor categoriilor de urgențe critice traumatiche, chirurgicale, cardiovasculare, neurologice și neonatologice, inclusiv în cazul arsurilor. Pe lângă asigurarea asistenței de urgență la nivel regional, acest tip de spital are rolul unui spital clinic județean de urgență în județul în care se află, iar în municipiul București un astfel de spital are rolul unui spital municipal de urgență. Spitalele din această categorie sunt de regulă spitale primitoare de pacienți aflați în stare critică, în mod excepțional fiind necesar transferul unor pacienți către o altă unitate sanitară pentru efectuarea tratamentului definitiv.

765. Spitalul clinic, institutul/centrul sau spitalul clinic de specialitate asigură primirea, investigarea și tratamentul definitiv uneia ori mai multor categorii de urgențe critice, neputând acoperi integral toate categoriile, fiind de regulă necesar transferul unor pacienți la alte spitale regionale sau nefiind posibilă primirea unor categorii de urgențe din cauza lipsei de resurse umane ori materiale necesare. Pe lângă asigurarea asistenței de urgență la nivel regional, un astfel de spital clinic, institut sau centru poate îndeplini rolul unui spital clinic județean de urgență ori al unei secții clinice de urgență, în domeniul său de competență, în județul în care se află. În municipiul București, un astfel de spital clinic, institut sau centru poate avea rolul unui spital municipal de urgență sau al unei secții clinice de urgență în domeniul său de competență.

- c. spital de urgență cu nivel de competență II A;⁷⁶⁶
- d. spital de specialitate de urgență cu nivel de competență II B;⁷⁶⁷
- e. spital de urgență cu nivel de competență III;⁷⁶⁸
- f. spital de urgență cu nivel de competență IV.⁷⁶⁹

Prin reglementarea categoriilor de spitale de urgență, ca și cazul calșificării spitalelor publice în general, se asigură respectarea dreptului pacientului de a beneficia de servicii medicale de calitate, prin tratamente și intervenții individualizate, acordate de spitalul care conform legii poate oferi acest serviciu.

► **Hotărârea Guvernului nr. 400/2013 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**

- **Articolul 1, alin. 8 și 9** stabilesc că:
 - numărul maxim de pacienți înregistrat pe lista unui medic de familie este de 2.200 în vederea asigurării calității asistenței medicale,
 - numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană este de 1.800.
- **Articolul 3, lit. a, Articolul 24, lit. a, Articolul 59, lit. a, Articolul 74, lit. a, Articolul 92, lit. a, Articolul 119, lit. a și Articolul 130, lit. a** stabilesc obligația furnizorilor de a respecta criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

► **Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 400/2013 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015**

Normele aprobă modelele de contracte de furnizare de servicii încheiate de casa de asigurări cu furnizorii de servicii. Astfel, **Anexa nr. 3** include modelul de contract pentru furnizarea serviciilor medicale primare. În conformitate cu **Articolul 10** a contractului, serviciile medicale furnizate pe bază de contract trebuie să corespundă criteriilor de calitate pentru serviciile medicale elaborate conform prevederilor legale în vigoare.

Prevederi identice sunt incluse în anexele nr. 6, 9, 12, 16, 21, 26, 32 și 35 care stabilesc modelele de contracte de furnizare de servicii medicale pentru diferite tipuri de servicii, care trebuie să aibă prevăzute anumite criterii de calitate.

- **Anexa nr. 6:** asistența medicală primară (**Articolul 5, lit. a și Articolul 8**);
- **Anexa nr. 9:** asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialiștii clinice și acupunctură (**Articolul 7, lit. a și Articolul 10**);

766. Spitalul județean sau municipal poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv pentru majoritatea cazurilor critice de urgență. În cazul acestor spitale este necesar transferul de urgență al unor categorii de cazuri spitalelor cu nivel de competență superior, de regulă după acordarea asistenței de urgență sau, după caz, în urma investigării adecvate fără întârziere și a stabilirii, în limita posibilităților, a unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi.

767. Spitalul județean sau municipal de specialitate poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv al unor categorii de cazuri critice, altele decât trauma, în funcție de specialitate. Anumite cazuri din aceste categorii pot necesita transferul de urgență la spitale clinice regionale, de regulă după acordarea asistenței de urgență sau, după caz, în urma investigării adecvate fără întârziere și a stabilirii, în limita posibilităților, a unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi.

768. Spitalul de nivel județean, municipal sau orășenesc poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv unor categorii limitate de cazuri critice de urgență. În cazul acestor spitale este necesar transferul majorității categoriilor de cazuri critice la spitale regionale de urgență cu nivel de competență I sau II, de regulă după acordarea asistenței de urgență, cu sau fără investigarea și stabilirea unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi.

769. Spitalul de nivel municipal sau orășenesc poate asigura asistență de urgență, stabilizând cazurile critice în vederea transferului. În cazul acestor spitale este obligatoriu transferul cazurilor critice la un spital cu nivel de competență superior, de regulă regional sau cel puțin cu nivel de competență II.

- **Anexa nr. 12:** asistența medicală de specialitate de reabilitare medicală (pentru unitățile sanitare ambulatorii de reabilitare medicală) (**Articolul 8 lit. a** și **Articolul 13**);
- **Anexa nr. 16:** asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară (**Articolul 7 lit. a** și **Articolul 11**);
- **Anexa nr. 21:** asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice⁷⁷⁰ (**Articolul 7 lit. a** și **Articolul 10**);
- **Anexa nr. 26:** servicii medicale spitalicești (**Articolul 6 lit. a**) și **Articolul 10**);
- **Anexa nr. 32:** servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu (**Articolul 7 lit. a** și **Articolul 10**);
- **Anexa nr. 35:** servicii medicale în asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare, în sanatorii și preventorii (**Articolul 6, lit. a** și **Articolul 11**);

► **Ordinul nr. 1384/2010 privind aprobarea modelului contractului de management**

- **Anexa nr. 1** a ordinului conține modelul cadru a contractului de management pentru spital.

Printre obligațiile pe care managerul le are, cele mai relevante pentru dreptul analizat privesc răspunderea sa, împreună cu cea a comitetului director, pentru asigurarea condițiilor de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale (**Articolul 5, alin. 2, pct. 14 și 22**). Aceste standarde sunt prevăzute conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății, dar ales *pentru calitatea actului medical*.

De asemenea, Anexa 2 a Ordinului stabilește și lista indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public. Neatingerea acestora din culpă duce la încetarea contractului de management, ori prin înlăturarea unui management defectuos se asigură respectarea dreptului pacientului de a beneficia de servicii medicale de calitate (**Articolul 22** al modelului de contract inclus în Anexa nr. 1).

► **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 975/2012 privind organizarea structurii de management al calității serviciilor medicale în cadrul unităților sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății și a autorităților administrației publice locale.**

Ordinul stabilește componența structurii de management precum și activitățile acesteia.

- **Articolul 2** al ordinului stabilește atribuțiile structurii de management a calității, incluzând următoarele (*Nota autorului: spitalele publice trebuie să aibă în structura lor organizațională o structură responsabilă cu calitatea serviciilor medicale furnizate de spital*):
 - pregătește și analizează Planul anual al managementului calității;
 - coordonează activitățile de elaborare a documentelor sistemului de management al calității: (I) manualul calității și (II) procedurile;
 - coordonează și implementează programul de acreditare a tuturor serviciilor oferite în cadrul unității, pe baza procedurilor operaționale specifice fiecărei secții, laborator etc. și a standardelor de calitate;
 - coordonează și implementează procesul de îmbunătățire continuă a calității serviciilor;
 - colaborează cu toate structurile unității în vederea îmbunătățirii continue a sistemului de management al calității;
 - implementează instrumente de asigurare a calității și de evaluare a serviciilor oferite;
 - asigură implementarea strategiilor și obiectivelor referitoare la managementul calității declarate de manager;
 - asigură implementarea și menținerea conformității sistemului de management al calității cu cerințele specifice;
 - coordonează activitățile de analiză a neconformităților constatate și propune managerului acțiunile de îmbunătățire sau corective ce se impun;

770. În conformitate cu anexa Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1041/2010: 1.Patologie, 2.Epidemiologie, 3.Igienă, 4.Medicină de Laborator, 5.Medicină legală 6.Medicină Nucleară, 7.Radiologie – imagistică medicală, 8.Sănătate Publică și Management.

- coordonează analizele cu privire la eficacitatea sistemului de management al calității;
- asigură aplicarea strategiei sanitare și politica de calitate a unității în domeniul medical în scopul asigurării sănătății pacienților;
- asistă și răspunde tuturor solicitărilor managerului pe domeniul de management al calității.

► **Ordinul nr. 320/2007 privind aprobarea conținutului Contractului de administrare a secției/laboratorului sau serviciului medical din cadrul spitalului public**

Modelul contractului de administrare este inclus în **Anexa nr. 1** a ordinului. Punctul IV, sub-punctul A2 al contractului de administrare stabilește obligațiile ce revin șefului de secție/laborator/serviciu care privesc respectarea, creșterea, monitorizarea calității actului/serviciului medical furnizat:

- a) îndrumarea și realizarea activității de acordare a îngrijirilor medicale în cadrul secției respective și răspundere pentru calitatea actului medical;
- b) realizarea indicatorilor specifici de performanță ai secției/laboratorului sau serviciului medical, prevăzuți într-o anexă la contractul de administrare;
- c) răspundere pentru crearea condițiilor necesare acordării de asistență medicală de calitate de către personalul din secție/laborator sau serviciul medical;
- d) răspundere pentru calitatea serviciilor medicale prestate de către personalul medico-sanitar din cadrul secției/laboratorului sau serviciului medical;
- e) supervizarea conduitei terapeutice, avizarea tratamentului, prescrierea investigațiilor paraclinice, a indicațiilor operatorii și programului operator pentru pacienții internați în cadrul secției;
- f) aprobarea internării pacienților în secție, pe baza criteriilor de internare, cu excepția internărilor de urgență;
- g) luarea deciziilor privind oportunitatea continuării spitalizării în primele 24 de ore de la internare a pacienților;
- h) avizarea și asumarea răspunderii pentru modul de completare și de întocmire a documentelor medicale eliberate în cadrul secției/laboratorului sau serviciului medical;
- i) coordonarea activităților de control al calității serviciilor acordate de personalul medicosanitar din cadrul secției/laboratorului sau serviciului medical;
- j) asigurarea condițiilor adecvate de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale în cadrul secției/laboratorului sau serviciului medical, în conformitate cu normele stabilite de Ministerul Sănătății Publice;
- k) respectarea prevederilor legale privind drepturile pacientului de către personalul medical din subordine și ia măsuri imediate când se constată încălcarea acestora, potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

► **Ordinul nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare**

Anexele acestui ordin conțin normele privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare:

- Anexa nr. 1 stabilește normele privind procedura de autorizare sanitară de funcționare a spitalului;
- Anexa nr. 2 stabilește normele privind organizarea funcțională generală a spitalului;
- Anexa nr. 3 stabilește normele privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital;
- Anexa nr. 4 stabilește normele privind asigurarea condițiilor generale de igienă;

► **Ordinul nr. 972/2010 pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor**

Procedurile, standardele și metodologia de acreditare a spitalelor sunt cuprinse în Anexa la Ordinul analizat. La **Articolul 1, lit. c** din procedură este definită noțiunea de **standard**, anume *așteptările privind performanța, structura și procesele dintr-un spital. Standardul reprezintă valoarea calității vizate sau către care se tinde, în ceea ce privește asigurarea îngrijirilor, tratamentelor și serviciilor de calitate, sigure și conforme pentru fiecare pacient.*

La **Capitolul III** din proceduri sunt enumerate standardele de calitate pentru acreditarea spitalelor. Aceste standarde de calitate includ câte o listă de verificare în următoarele arii de referință:

- (a) Managementul strategic al organizației⁷⁷¹
- (b) Managementul operațional al informațiilor⁷⁷²
- (c) Managementul resurselor umane ⁷⁷³
- (d) Managementul mediului de îngrijire⁷⁷⁴
- (e) Managementul calității serviciilor⁷⁷⁵
- (f) Drepturile pacientului și comunicarea⁷⁷⁶
- (g) Gestiunea datelor pacientului⁷⁷⁷
- (h) Managementul îngrijirilor de sănătate⁷⁷⁸
- (i) Prevenirea și gestiunea riscurilor⁷⁷⁹
- (j) Managementul infecțiilor nosocomiale⁷⁸⁰
- (k) Siguranța transfuziei și transplantului⁷⁸¹

► **Ordinul nr. 50/2004 privind metodologia de trimitere a unor categorii de bolnavi pentru tratament în străinătate**

Pentru situațiile în care un pacient nu este vindecat în România, deși a urmat tratamentul recomandat, Ordinul 50/2004 reglementează condițiile în care pacientul poate beneficia de tratament în străinătate decontat⁷⁸² de direcția de sănătate publică din raza de domiciliu a pacientului solicitant.

771. Lista include, dar nu se limitează la: a) planul strategic al instituției este bazat pe nevoile de îngrijire și prevenție ale pacienților; b) organizarea instituției asigură luarea deciziilor în mod optim; c) strategia de comunicare internă și externă a instituției este viabilă; d) instituția are mecanisme de supraveghere a gestiunii sale; e) colaborarea secțiilor și departamentelor instituției conduce la creșterea calității serviciilor pe perioada de spitalizare; f) proiectele și obiectivele instituționale strategice, sectoriale și generale sunt evaluate periodic.
772. Lista include, dar nu se limitează la: a) sistemul de informații corespunde necesităților instituției; b) gestionarea informațiilor respectă confidențialitatea și securitatea datelor; c) sistemul de informații este evaluat constant.
773. Lista include, dar nu se limitează la: a) comunicarea intraorganizațională este integrată în politica de management a resurselor umane; b) evaluarea periodică a personalului este îndeplinită; c) nivelul de competență a personalului este îmbunătățit prin formare continuă.
774. Lista include, dar nu se limitează la: a) aprovizionarea sectoarelor de activitate este asigurată continuu; b) instituția asigură securitatea și întreținerea echipamentelor, instalațiilor și a clădirilor; c) regulile de igienă a alimentației sunt respectate și se asigură meniuri echilibrate; d) calitatea, igiena și circuitul lenjeriei sunt asigurate; e) instituția asigură securitatea și igiena spațiilor și echipamentelor; f) managementul deșeurilor respectă principiile de igienă și protecție a persoanelor și a mediului; g) instituția asigură măsuri pentru siguranța pacienților și a bunurilor acestora, precum și ale personalului propriu; h) calitatea mediului de îngrijire a pacientului este evaluată.
775. Lista include, dar nu se limitează la: a) în planul strategic, instituția are o politică de calitate pe care o susține; b) politica de calitate se bazează pe nevoile pacienților.
776. Lista include, dar nu se limitează la: a) dreptul la îngrijiri medicale este asigurat nediscriminatoriu; b) pacientul și aparținătorii sunt informați cu privire la condițiile de spitalizare; c) informarea pacientului se face adaptat nivelului de înțelegere; d) planul de tratament și investigații este bazat pe consimțământul informat al pacientului; e) acordarea îngrijirilor trebuie să respecte intimitatea și demnitatea pacientului; f) instituția are prevăzut un sistem de preluare și soluționare a reclamațiilor și/sau plângerilor pacienților; g) politica instituției urmărește respectarea drepturilor pacientului, informarea și educarea lui.
777. Lista include, dar nu se limitează la: a) gestionarea datelor pacientului respectă regulile de confidențialitate și anonim.
778. Lista include, dar nu se limitează la: a) nevoile medicale și personale ale pacientului sunt luate în considerare în complexitatea lor; b) instituția garantează continuitatea îngrijirilor; c) managementul pacientului cu potențial chirurgical este bazat pe comunicare între echipe multidisciplinare specializate; d) secțiile și departamentele instituției evaluează practicile profesionale și performanțele obținute.
779. Lista include, dar nu se limitează la: a) există o politică de prevenire și gestiune a riscurilor și a evenimentelor nedorite; b) există programe de evaluare și intervenție pentru situații de urgență, dezastre, catastrofe naturale.
780. Lista include, dar nu se limitează la: a) instituția are o politică de diminuare a riscului infecțios și epidemiologic al mediului spitalicesc; b) instituția se preocupă de sterilizarea, de menținerea sterilității și de dezinfectia instrumentelor, dispozitivelor și aparatelor medicale; c) instituția ia măsuri pentru diminuarea riscului de infecții nosocomiale.
781. Lista include, dar nu se limitează la: a) instituția asigură securitatea transfuzională prin pregătirea specialiștilor.
782. Articolul 7 prevede următoarele: (1) *Plata tratamentului se face de către direcția de sănătate publică, de regulă, în contul clinicii din străinătate, după efectuarea tratamentului, pe baza documentelor justificative primite în original de la aceasta;* (2) *În situația în care clinica din străinătate solicită achitarea în avans a costului tratamentului sau a unei părți din acesta, direcția de sănătate publică va transmite suma stabilită, solicitând totodată ca la sfârșitul tratamentului să se transmită documentele justificative pentru costul total al tratamentului;* (3) *În cazul unor urgențe medicale, pe baza recomandărilor comisiilor de specialitate teritoriale și a aprobării comisiei din cadrul Ministerului Sănătății, pacientul poate efectua tratamentul recomandat în străinătate, cu suportarea cheltuielilor de către acesta, inclusiv costul transportului sau al însoțitorului, dacă este cazul, urmând ca în termen de 3 zile de la întoarcerea în țară, pe baza documentelor justificative, să solicite direcției de sănătate publică decontarea cheltuielilor prevăzute la art. 6 alin. (2). În concluzie, regula este ca direcția județeană de sănătate publică să plătească direct clinicii din străinătate, și doar în cazuri excepționale de urgență medicală, pacientul să plătească tratamentul și să fie rambursat de direcția de sănătate publică, după întoarcerea acasă.*

Trimiterea pacienților pentru tratament în străinătate se aprobă de Ministerul Sănătății numai pentru afecțiunile care nu pot fi tratate în țară, și pentru pacienții înscriși pe lista unui medic de familie. Pentru aprobarea tratării în străinătate pacientul trebuie să facă dovada că a parcurs toate nivelurile de acordare a asistenței medicale, anume asistența medicală primară, de specialitate, a fost spitalizat în unități sanitare care oferă servicii medicale de înaltă calitate profesională și tehnică, dar cu toate acestea starea de sănătate a pacientului nu a fost restabilită (**Articolul 1, alin. 2 coroborat cu Articolul 2, alin.1**).

► **Ordinul nr. 308/2015 privind controlul prin verificare periodică a dispozitivelor medicale puse în funcțiune și aflate în utilizare**

Controlul prin verificare periodică a unui dispozitiv medical reprezintă un ansamblu de activități⁷⁸³ destinate a evalua menținerea unor caracteristici stabilite de producător sau fixate de o autoritate în domeniu (**Articolul 2, alin. 1, litera a**).

► **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1119/2010 pentru aprobarea Listei cuprinzând standardele române care adoptă standarde europene armonizate ale căror prevederi se referă la dispozitive medicale implantabile active.**

În Anexa la ordin este prevăzută lista cuprinzând standardele române care adoptă standarde europene armonizate ale căror prevederi se referă la dispozitive medicale implantabile active.

► **Ordinul nr. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică pentru asistenți medicali generaliști**

Ordinul aprobă procedurile de practică pentru asistenții medicali; procedurile sunt actualizate anual (**Articolul 2**). Procedurile descriu în detaliu modul în care asistenții medicali trebuie să își îndeplinească atribuțiile, precum și materialele necesare fiecărei proceduri medicale pe care o execută.

Astfel, în procedurile aprobate prin Ordin sunt reglementate (I) prevenirea infecțiilor nosocomiale, (II) intervenții autonome, delegate (efectuate sub prescripție medicală), intervenții la care asistentul medical participă alături de medic, (III) îngrijiri speciale în legătură cu domeniile ale medicinei (oftalmologie, ORL, pediatrie etc).

► **Ordinul nr. 240/2004 privind aprobarea Standardelor minimale pentru acreditarea cabinetelor medicale de medicina muncii și a baremului minimal de dotare a acestora**

Standardele minimale pentru acreditarea cabinetelor medicale de medicina muncii, sunt prevăzute în Anexa nr. 1 la Ordin și se referă la standarde referitoare la organizare, la resursele fizice, la resursele umane, standarde funcționale generale, standarde funcționale specifice, standarde referitoare la managementul informației. Deopotrivă în Anexa nr. 2 Ordinul stabilește baremul minimal de dotare a cabinetului medical de medicina muncii.

► **Ordinul nr. 860/2013 pentru aprobarea criteriilor de acreditare în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană**

Ordinul aprobă criteriile de acreditare ale furnizorilor de servicii medicale privind transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană (**Articolele 1-6**). Criteriile sunt prevăzute în anexele la Ordin⁷⁸⁴.

783. Controlul prin verificare periodică a dispozitivelor medicale se realizează prin (I) evaluarea parametrilor definitorii de securitate, prin examinare și testare, (II) evaluarea parametrilor definitorii de performanță, prin examinare și testare, (III) verificarea îndeplinirii setului de criterii de acceptabilitate pentru dispozitivul medical (valori impuse, limite specificate, accesorii etc.), (IV) emiterea unui raport de încercări care să conțină rezultatele obținute în urma examinărilor și testărilor, în cazul în care dispozitivul medical nu îndeplinește criteriile de acceptabilitate și în cazul în care cel puțin una dintre valorile măsurate ale cerințelor esențiale de securitate sau performanță se situează în apropierea limitelor specificate admise, (V) emiterea unui buletin de verificare periodică, în baza căruia dispozitivul medical poate fi utilizat (**Articolul 4, alin. 1**).

784. Anexa 1 - Criteriile de acreditare a centrelor de prelevare de organe; Anexa 2 - Criteriile de acreditare a centrelor de transplant de organe; Anexa 3 - Criteriile de acreditare a laboratoarelor HLA pentru activitatea de transplant; Anexa 4 - Criteriile de acreditare a activităților de ambalare, etichetare și transport specializat pentru organe; Anexa 5 - Criteriile de acreditare a centrelor de transplant de țesuturi; Anexa 6 - Criteriile de acreditare a centrelor de transplant de celule stem hematopoietice centrale și din sângele periferic.

► **Ordinul nr. 1226/2006 pentru aprobarea Normelor privind colecta, controlul biologic, prepararea, conservarea, distribuția și transportul sângelui și componentelor sanguine umane**

Normele aprobate prin Ordinul menționat, anexă la acesta, privesc în special: Norme privind colecta sângelui total și a componentelor sanguine umane (Capitolul II); Norme privind controlul biologic al sângelui și componentelor sanguine umane (Capitolul III); Norme privind prepararea sângelui și componentelor sanguine umane (Capitolul IV); Norme de conservare și transport al sângelui și componentelor sanguine umane (Capitolul V); Norme de distribuție a sângelui și componentelor sanguine umane (Capitolul VI).

► **Ordinul nr. 6/2013 privind aprobarea criteriilor de eligibilitate ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare care desfășoară activități de recrutare, testare și donare de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți**

Prin Ordin s-au aprobat criteriile de eligibilitate ce trebuie îndeplinite de unitățile sanitare care desfășoară activități de recrutare, testare și donare de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți, criterii prevăzute în anexa la Ordin⁷⁸⁵. Furnizorii de servicii medicale care desfășoară activități de recrutare, testare și donare de celule stem hematoproteice de la donatori neînruțiți pentru a putea desfășura aceste activități, trebuie să îndeplinească toate criteriile de eligibilitate stabilite în anexa la ordin, și anume criteriile (a) generale, (b) de personal, (c) privind serviciile de suport, (d) privind politici și proceduri, (e) chestiunile administrative (**Articolul 1**).

► **Ordinul nr. 1427/2013 pentru aprobarea Dispozițiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare**

Dispozițiile generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare aprobate prin Ordinul analizat au drept scop prevenirea și reducerea riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor (**Articolul 1 al Anexei la Ordin**), fiind obligatorii pentru toate unitățile sanitare, aflate pe teritoriul României, indiferent de forma de proprietate, utilizare sau administrare ori de autoritatea/instituția coordonatoare (**Articolul 2 al Anexei la Ordin**).

► **Ghiduri clinice pentru diverse specialități, aprobate de Ministerul Sănătății**

Legea cadru 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, (**Articolul 16, alin. 1, lit. g**) stabilește printre atribuțiile Ministerului Sănătății și pe aceea de a aproba, prin Ordin al ministrului, **protocoalele standardizate la nivel național** (Ghiduri clinice pentru fiecare specialitate, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, cu consultarea societăților medicale de profil⁷⁸⁶).

Mai jos, sunt enumerate Ordinele de ministru pentru aprobarea ghidurilor clinice de practică, în vigoare la momentul redactării prezentului material:

- Ordinul nr. 1232/2011 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea neonatologie;
- Ordinul nr. 1390/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea cardiologie;
- Ordinul nr. 1529/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea anestezie și terapie intensivă;
- Ordinul nr. 1393/2010 privind aprobarea ghidului de practică medicală pentru specialitățile radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară;
- Ordinul nr. 1391/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea medicină internă;
- Ordinul nr. 1454/2010 privind aprobarea ghidului de practică medicală pentru specialitatea

785. Astfel, sunt prevăzute (I) Criteriile de eligibilitate pentru centrele donatorilor de celule stem hematopoietice, (II) Criteriile de eligibilitate pentru laboratoarele de testare a donatorilor neînruțiți de celule stem hematopoietice și (III) Criteriile de eligibilitate pentru centrele de prelevare de celule stem hematopoietice.

786. Aceste ghiduri se publică și pe site-ul ministerului sănătății: <http://www.ms.ro/index.php?pag=181&pg=1>

geriatrie și gerontologie;

- Ordinul nr. 1283/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitățile psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- Ordinul nr. 1216/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea gastroenterologie;
- Ordinul nr. 1217/2010 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea anatomie patologică;
- Ordinul nr. 1059/2009 pentru aprobarea ghidurilor de practică medicală, (Anexele 1-12 la Ordin) pentru: bolile cerebro-vasculare, angina pectorală stabilă, sindroamele coronariene acute fără supradenivelare de segment ST, infarctul miocardic, managementul hipertensiunii arteriale, managementul bolilor pulmonare cronice managementul BPOC, diagnosticul și tratamentul cancerului de col uterin, managementul cancerului mamar, cancerului de prostată, tratamentul carcinoamelor colorectale, îngrijirea pacienților cu diabet zaharat.

... și alte asemenea ghiduri pentru specialități precum dermato-venerologia, chirurgia cardiacă, medicina muncii, oncologie medicală, reabilitare medicală, neurologie, reumatologie, urologie, endocrinologie, obstetrică-ginecologie etc.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

▶ Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

Referitor la dreptul de a respecta standardele de calitate, Codul Deontologic Medical conține printre altele, dispoziții privind obligațiile profesionale și etice ale medicilor, menite să protejeze interesul pacienților. Anume, există prevederi privind principiul specializării profesionale (**Articolul 9**), comportamentul profesional și etic, fapte și acte nedeontologice (**Articolele 21 și 22**), limitele angajamentului profesional (**Articolul 25**), consultul în echipă (**Articolul 28**), semnalarea erorilor profesionale (**Articolul 37**).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există alte surse relevante.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

În urma unei inspecții sanitare, Spitalul public X a fost sancționat pentru dotarea insuficientă a sălii de operație. Ulterior, Spitalul a demarat procedura achiziției publice de echipamente specifice și a solicitat Ministerului Sănătății deschiderea de posturi noi pentru a putea angaja și medici în specialitățile cardiologie și neurochirurgie, având în vedere faptul că în urma un studiu de caz, Spitalul a arătat că în ultimul an au existat urgențe chirurgicale pe care au fost nevoiți să le transfere altui spital aflat la 30 de km distanță, întrucât nu aveau dotările necesare și nici personal specializat. Procedura de achiziție s-a desfășurat rapid, Statul deblocând sumele necesare executării contractului de achiziție pentru furnizarea imediată a echipamentelor.

2. Exemplu de încălcare

Pacientul M.V. urma să fie supus unei a doua intervenții pe cord. Pacientul și cei doi chirurgi care l-au operat nu au mai beneficiat de o sală de operații echipată pentru intervenții pe cord, deoarece conducerea spitalului a decis ca pacientul să fie mutat în „beciul” spitalului, într-o sală care nu era dotată corespunzător. Cu toate că pacientul sângera după prima operație și era o situație care impunea respectarea protocolului de urgență, chirurgilor nu li s-a permis să intre în blocul operator

dotat pentru intervențiile pe inimă, ci au fost trimiși să opereze într-o sală de la subsolul clădirii, improprie pentru acest gen de intervenție.

Astfel, în momentul în care inima pacientului, intoxicată cu adrenalină, a încetat să mai bată, cei doi chirurși s-au văzut nevoiți să-l resusciteze cu mâna, deoarece *sala nu avea niciun fel de aparatură medicală de resuscitare*, cum ar fi inimă artificială, plămân artificial sau așa-zisul „curățător de sânge”. Pacientul avea electrozi de pacemaker fixați de la prima operație, deci firele existau și trebuiau doar conectate la pacemaker, lucru care nu s-a făcut. În mod normal, în sala de operație trebuie să existe o pompă de circulație extracorporală iar pacientul trebuie pus pe circulație extracorporală, însă aparatul pentru a face asemenea operațiune lipsea⁷⁸⁷.

3. Cazuri concrete

Cazul 1. Efectuarea unui act medical de către o persoană care pentru situația dată nu era competentă să-l efectueze.⁷⁸⁸

Inculpații R.E. și D.D. au fost trimiși în judecată pentru săvârșirea infracțiunii de vătămare corporală din culpă a pacientei M.L., parte vătămată și parte civilă în dosarul penal, aflat pe rolul Judecătorei Suceava.

În data de 25.06.2004 pacienta s-a prezentat la Spitalul Județean Suceava, secția obstetrică-ginecologie, întrucât prezenta simptome de naștere prematură, sarcina fiind în săptămâna 35. A doua zi, pacienta prezenta dilatație, travaliul nu începuse și astfel i-a fost administrat Citothec fiolă de către inculpatul D.D. medic de gardă la secția unde era internată pacienta. La ora 14.00 pacienta este mutată la sala de nașteri unde a fost asistată de ambii inculpați. R.E. avea calitatea de moașă. În timpul procedurii medicale, pacienta era agitată, astfel încât inculpatul a apăsător puternic pe burtă și a ordonat inculpatei – moașă, să efectueze epiziotomia⁷⁸⁹ pentru ușurarea expulziei fătului. Pacienta nu a fost anesteziată.

În data de 29.06.2004 pacienta este externată. În data de 04/05.07.04 pacienta cheamă la domiciliu o asistentă medicală care să îi îndepărteze firele operației și care în timpul procedurii a constatat că din rană au început să iasă materii fecale. A încetat operațiunea și a recomandat prezentarea urgentă la medic a pacientei. La data de 05.07.2004 pacienta a fost internată la Spitalul Județean Suceava și ulterior transferată în mai multe rânduri în alte spitale și supusă mai multor intervenții chirurgicale pentru fistulă recto-vaginală, cicatrice post-operatorie stenozantă a sfincterului anal extern, ruptură de perineu cu rectocel. Ultima intervenție chirurgicală a avut loc în data de 21.10.2004 la un spital din București.

În fața instanței au fost administrate mai multe rapoarte de expertiză. Astfel, Comisia superioară de disciplină a Colegiului medicilor a stabilit că inculpatul avea obligația să asiste personal nașterea, având în vedere că era o sarcină prematură, cu risc. De asemenea, pacienta trebuia să fie anesteziată. Erorile de conduită ale inculpatului au constat în (I) încredințarea obligațiilor proprii unei persoane necalificate să efectueze procedura chirurgicală, în situația dată, (II) nedepunerea unei maxime diligențe în stabilirea diagnosticului și a tratamentului adecvat și (III) neevitarea complicațiilor previzibile.

Comisia superioară de medicină legală a conchis faptul că, toate complicațiile suferite de pacientă se datorează proastei execuții a epiziotomiei și a îngrijirii neadecvate. Inculpatul era obligat să asiste pacienta la naștere și el însuși să procedeze la efectuarea epiziotomiei și a epiziorafiei, precum și la alte acte medicale specifice nașterii.

Din întreg probatoriul aflat la dosarul cauzei, instanța a reținut că inculpatul prin atitudinea sa a încălcat bunele practici medicale, prin administrarea unui tratament și ignorarea efectelor acestuia, prin părăsirea sălii de nașteri fără a verifica pacienta sau fătul, prin neefectuarea unor intervenții

787. Sursa: <http://www.ziuanews.ro/dezvaluiri-investigatii/cum-a-fost-omorat-un-pacient-la-spitalul-c-c-iliescu-partea-iii-120170>.

788. Sentința penală nr. 364/01.06.2011.

789. Nota autorului: epiziotomia reprezintă o intervenție chirurgicală care constă în secționarea mucoasei vaginale și a mușchilor superficiali ai perineului cu scopul de a facilita expulzia fătului în cursul unei nașteri. Incizia poate fi laterală sau mediană de la zona posterioară a vulvei înspre anus și se efectuează **sub anestezie locală**. Zona operată este cusută după naștere.

chirurgicale care erau de competența exclusivă a acestuia. Astfel, instanța a condamnat ambii inculpați pentru săvârșirea infracțiunii de vătămare corporală din culpă, și i-a obligat la plata de daune interese către pacientă, parte civilă, pentru prejudiciul cauzat.

Cazul 2. Infecție nosocomială, pe durata internării⁷⁹⁰.

Tribunalul Bacău a obligat Spitalul de urgență Bacău la plata daunelor-interese pentru prejudiciul cauzat pacientului reclamant, datorită infectării acestuia pe durata internării cu stafilococ auriu, consecință a existenței unei infecții nosocomiale.

Pe baza probatoriului administrat, instanța a reținut că pacientul a fost admis la Spitalul de urgență Bacău în urma unui accident de circulație, fiind internat în perioada 25.08-01.09.2008. Ulterior a fost transferat la mai multe spitale și supus mai multor intervenții chirurgicale, inclusiv în clinici din Germania și Italia.

Din raportul de expertiză medico-legală a rezultat că pacientul a suferit o intervenție chirurgicală la spitalul Bacău, iar la 15 zile de la traumatism s-a constatat o secreție purulentă confirmată la examenul bacteriologic ca infecție cu stafilococ auriu. Din concluziile raportului rezultă că întreaga evoluție a pacientului a fost influențată dramatic de apariția infecției cu stafilococ. În lipsa acestei infecții (care ulterior s-a cronicizat), leziunile pe care pacientul le prezintă s-ar fi vindecat în aprox. 4-6 luni (incluzând și perioada necesară reeducării funcționale) și nu ar mai fi necesitat internări și intervenții chirurgicale. În lipsa apariției infecției s-ar fi obținut cu certitudine un rezultat funcțional mai bun, iar starea pacientului constituie infirmitate fizică permanentă și îi conferă o deficiență locomotorie medie, cu scăderea capacității de muncă la 60%;

Instanța a reținut că prejudiciul suferit de pacient este consecința unei infecții nosocomiale.

Instanța a apreciat că în speță sunt incidente dispozițiile (s.n. fostului) *art. 644 din Legea 95/2006* privind reforma în domeniul sănătății, conform cărora *unitățile sanitare, publice sau private răspund pentru prejudiciile cauzate pacienților, dacă acestea sunt consecința, printre altele, a infecțiilor nosocomiale.*

Pe cale de consecință, instanța a obligat spitalul Bacău la plata daunelor-interese către pacient pentru prejudiciul cauzat acestuia din urmă, prejudiciu datorat unei infecții nosocomiale.

Cazul 3. Diagnostic și tratament incorecte; lipsirea de șansa supraviețuirii.

Pe rolul Judecătoriai Drăgășani a fost înregistrat dosarul nr. X având ca obiect soluționarea cauzei penale privind pe inculpatul A.P. – medic pentru săvârșirea infracțiunii de ucidere din culpă.

La data de 27 iulie 2006, R.E. din cadrul Dispensarului Medical G, județul Olt, în calitate de medic de familie, a vaccinat pe minorul G.A. cu vaccinul antipoliomielitic administrat oral și vaccinul difterotetanos, DTP injectabil. Potrivit susținerilor medicului în cauză campania de vaccinare are loc între 25 – 30 ale fiecărei luni, în funcție de grupele de vârstă.

Vaccinul s-a efectuat conform normelor medicale, fapt confirmat de Colegiul Medicilor Olt prin adresa nr. 760/26.09.2006 în care se precizează expres că nu pot fi reținute în sarcina dr. R.E. elemente de culpă medicală, evoluția ulterioară a stării de sănătate a minorului G.A. nu are legătură cu serviciul de vaccinare.

A doua zi după efectuarea acestui vaccin, ca urmare a stării febrile în care a intrat minorul, acesta a fost transportat de urgență la Spitalul municipal Drăgășani și internat în secția pediatrie, sub observația directă a medicului inculpat A.P. *Motivul internării, trecut în foaia de observație clinică îl constituie – febră, scaunele diareice, stare generală alterată. Diagnosticul la internare a fost „reacție postvaccinală. Trisomia 21” iar la externare „reacție postvaccinală. Trisomia 21, deces – 30.07.2006, ora 5,20”.*

Inculpatul A.P. – medic primar pediatru – medic de gardă al secției pediatrie în data de 28 – 29 iulie 2006, stabilește ca și *tratament* al victimei administrarea de algocalmin și fenobarbital, indicând în

790. Tribunalul Bacău, Sentința civilă nr. 2748/21.12.2012.

foaia de observație clinică generală și prezența unei tumefacții pe coapsa piciorului drept, loc unde minorul fusese vaccinat.

Din graficul de urmărire al temperaturii existent în foaia de observație clinică precum și din declarațiile celor două asistente care au supravegheat minorul pe perioada internării, respectiv V.D. și L.D., rezultă că minorul a prezentat în permanență stare febrilă, cu temperatura în jurul constantei de 39 grade Celsius. Ambele asistente au raportat această situație inculpatului A.P. care le-a dat dispoziție să efectueze împachetări pentru a scădea temperatura minorului. Deși starea febrilă a minorului s-a menținut în permanență, *inculpatul A.P. nu a introdus în medicație nici un antibiotic deși cunoștea că pacientul G.A. este diagnosticat cu maladia Down (trisomia 21), maladie care afectează puternic sistemul imunitar al persoanei bolnave.*

Comisia de disciplină din cadrul Colegiului Medicilor Vâlcea a decis, sancționarea cu „avertisment” a medicului A.P., pentru modul în care acesta a decis să trateze pacientul. Din raportul de constatare medico-legală – autopsie efectuat în cauză au rezultat următoarele concluzii:

- moartea minorului s-a datorat insuficienței acute cardio-respiratorii, consecutivă unei pneumonii acute interstițiale survenită la un copil cu reacție postvaccinală acută și boală congenitală;
- *copilului nu i-au fost efectuate investigații paraclinice* – analize de laborator – care să permită precizarea unui diagnostic corect și complet și în mod direct instituirea unui tratament corespunzător;
- *tratamentul administrat copilului a fost incomplet prin neadministrarea unor medicamente* cum ar fi antibioticele, care ar fi putut aduce efecte terapeutice benefice și ar fi putut preveni decesul copilului;
- *prin neefectuarea investigațiilor de laborator, neefectuarea unui tratament medicamentos corespunzător și prin netrimiterarea copilului la un spital superior, într-o secție de specialitate de boli infecto-contagioase copilul a fost lipsit de șansa supraviețuirii.*

În final, instanța a conchis că între conduita medicală inadecvată din perioada spitalizării (respectiv lipsa stabilirii unui diagnostic clinic corect, lipsa efectuării investigațiilor paraclinice, lipsa consulturilor interdisciplinare, prescrierea unui tratament necorespunzător) și decesul pacientului există o legătură de cauzalitate directă, condiționată de deficitul imunitar caracteristic afecțiunii preexistente.

În cazul analizat există o culpă imediată și o culpă directă, activitatea dăunătoare aparținând însăși medicului. Eroarea medicală și nedibăcia sau lipsa abilității au dus la decesul minorului G.A., iar eroarea de diagnostic în cauza de față nu s-a datorat necunoașterii trecutului medical al minorului ci *examinării greșite, interpretării eronate a simptomelor, neefectuării unor teste, netrimiterii pacientului pentru consult de specialitate la o unitate medicală superioară, sau neschimbării diagnosticului, în cazul tratamentului care nu a dat rezultate.* Această eroare subiectivă angajează răspunderea penală.

Astfel, prin raportare la situația de fapt reținută de instanță după analizarea probatoriului administrat, aceasta a condamnat inculpatul A.P. medic primar pediatru pentru săvârșirea infracțiunii de ucidere din culpă. Medicul a fost condamnat la pedeapsa închisorii de șase luni, cu suspendarea executării. Instanța a aplicat și pedeapsa complementară a interzicerii anumitor drepturi, conform Codului penal în vigoare la momentul respectiv. Instanța a dispus și obligarea spitalului și a inculpatului la plata în solidar a despăgubirilor morale de 20.000 lei părții civile, precum și cheltuieli de judecată de 300 lei.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

Atunci când se pune în discuție calitatea serviciului medical furnizat, avocatul trebuie, în scopul apărării intereselor clientului său, să aibă în vedere aspecte ca:

- Dotarea corespunzătoare a unității furnizoare de servicii medicale (în funcție de criteriile legale): dotarea cu echipamentele necesare pentru intervenția sau tratamentul la care pacientul a fost supus; dotarea cu medicamentele necesare.
- Existența medicilor specialiști (în funcție de criteriile legale), cu atenție specială pentru următoarele aspecte:

- este esențial ca medicul curant să fie specialist astfel încât să acorde îngrijiri medicale pacientului, conform nevoilor acestuia din urmă;
- personalul medical trebuie să fie calificat/acreditat.
- Întocmirea unei expertize de specialitate care să aibă ca și obiectiv printre altele, evidențierea echipamentelor, medicamentelor și specializării medicului curant prin raportare la necesitățile pacientului. Un alt obiectiv trebuie să stabilească dacă tratamentul/serviciul medical furnizat a fost cel care se impunea și dacă s-a administrat/furnizat cu respectarea protocoalelor în materie, dacă acestea există.
- Dacă unitatea care a furnizat tratamentul/serviciul medical nu era dotată corespunzător, să se stabilească care au fost măsurile luate de aceasta pentru remedierea acestor lipsuri.

H) REFERINȚE INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE

O discuție privind standardele internaționale și regionale cu referire la Dreptul de a respecta standardele de calitate o veți regăsi la Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate tratat în Capitolul 2 și la Dreptul la viață, tratat în Capitolele 2 și 3.

6.1.9 Dreptul la siguranță

A) DREPTUL LA SIGURANȚĂ AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare individ are dreptul să fie protejat împotriva vătămarilor produse de proasta funcționare a serviciilor de sănătate, a greșelilor și erorilor de practică medicală și are dreptul de acces la servicii și tratamente care îndeplinesc standardele de siguranță.

Garantarea acestor drepturi impune spitalelor și serviciilor de sănătate să monitorizeze continuu factorii de risc și să se asigure de funcționarea optimă a aparaturii electronice medicale, și de pregătirea corespunzătoare a operatorilor acesteia.

Toți profesioniștii medicali trebuie să fie pe deplin răspunzători de siguranța tuturor fazelor și elementelor tratamentelor medicale.

Medicii trebuie să fie capabili să prevină riscul de eroare prin monitorizarea precedentelor și participarea la formare continuă.

Personalul medical care a informat superiorii sau colegii asupra unor riscuri posibile, trebuie să fie protejați față de posibilele consecințe adverse.

B) DREPTUL LA SIGURANȚĂ AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Dreptul la siguranță în contextul particular al serviciilor de sănătate nu este prevăzut explicit în Constituția României. Totuși, există anumite prevederi constituționale care pot fi interpretate din punctul de vedere al dreptului la siguranță.

- **Articolul 22 Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică**

- (1) Dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică ale persoanei sunt garantate.
- (2) Nimeni nu poate fi supus torturii și nici unui fel de pedeapsă sau de tratament inuman ori degradant.
- (3) Pedeapsa cu moartea este interzisă.

(Nota autorului: Intervențiile medicale care nu respectă standardele drepturilor omului pot avea gravitatea tratamentelor inumane și degradante, conform interpretării Curții Europene pentru Drepturile Omului. De exemplu, vezi cazul V.C. v. Slovacia, Cererea nr. 18968/07, 8 noiembrie 2011.)

- **Articolul 34 Dreptul la ocrotirea sănătății și Articolul 35 Dreptul la mediul sănătos** sunt de asemenea implicit legate de dreptul la siguranță, prin faptul că impun statului responsabilitatea de a lua măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale.

Legislație

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Dreptul pacientului la siguranță este prevăzut în legea drepturilor pacientului, nu ca drept distinct, ci implicit, în:

- **Articolul 30 alin. 1, Capitolul VI Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale:** *Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat.*

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Legea nr. 95/2006 conține prevederi legate de siguranța în domeniul transplantului de organe, al medicamentului, precum și în capitolul care reglementează asistența medicală transfrontalieră. Mare parte dintre aceste prevederi au fost introduse prin modificări și completări ulterioare, din nevoia de a adapta legislația națională la legislația elaborată la nivelul Uniunii Europene.

Titlul VI al acestei legi este intitulat *Efectuarea prelevării și transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană în scop terapeutic* și conține următoarele prevederi relevante:

- **Articolul 141, alin. 1:** *Donarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană se fac în scop terapeutic, cu asigurarea unor standarde de calitate și siguranță în vederea garantării unui nivel ridicat de protecție a sănătății umane (...).*
- **Articolul 142, lit. d** definește noțiunea de “*bancă agreată*” și arată că aceasta trebuie să respecte standardele de calitate și siguranță impuse de *Directiva 2004/23/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 31 martie 2004 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru donarea, obținerea, controlul, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și a celulelor umane și să prezinte documente justificative în acest sens.*
- **Articolul 148, alin. 19:** *Agenția Națională de Transplant poate încheia acorduri cu organizații europene de schimb de organe, cu condiția ca aceste organizații să asigure respectarea cerințelor prevăzute în Directiva 2010/53/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 7 iulie 2010 privind standardele de calitate și siguranță referitoare la organele umane destinate transplantului (...).*

Numeroase prevederi referitoare la siguranță sunt incluse în **Titlul XVIII** al legii care reglementează medicamentul. În afara capitolului de *farmacovigilență*, prevederi referitoare la siguranța medicamentelor se regăsesc și în alte capitole, cum ar fi punerea pe piață, fabricația și importul, etichetarea și prospectul, distribuția și brokerajul, publicitatea. Titlul XVIII transpune *Directiva 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman, inclusiv a amendamentelor ulterioare ale acesteia (amendamente privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru recoltarea, controlul, prelucrarea, stocarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine; medicamentele tradiționale din*

plante; medicamentele de uz uman; modificări ale condițiilor autorizațiilor de introducere pe piață; și farmacovigilența).

Titlul XIX intitulat *Asistența medicală transfrontalieră*, conține de asemenea prevederi legate de siguranță. Acest titlu transpune parțial Directiva nr. 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

- **Articolul 904** prevede că asistența medicală trebuie să respecte atât standardele naționale privind calitatea și siguranța, cât și legislația UE în materie de standarde de siguranță.
- **Articolul 910** prevede că furnizorii de servicii medicale care își desfășoară activitatea pe teritoriul României au obligația să pună la dispoziția pacienților informații referitoare la opțiunile de tratament, disponibilitatea, calitatea și siguranța asistenței medicale pe care o furnizează.

► **Legea nr. 282/2005 privind organizarea activității de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană, precum și asigurarea calității și securității sanitare, în vederea utilizării lor terapeutice, republicată**

Această lege stabilește normele care asigură calitatea și securitatea sângelui și componentelor sanguine umane, în scopul menținerii unui înalt nivel de protecție a sănătății populației și se aplică colectării, controlului biologic al sângelui și componentelor sanguine umane, preparării, stocării, distribuției și administrării acestora. Printre principiile care guvernează această lege sunt enumerate asigurarea securității și calității pentru sânge și componentele sanguine umane, indiferent de proveniența lor sau de scopul terapeutic căruia îi sunt destinate și faptul că administrarea terapeutică a sângelui sau a componentelor sanguine umane se efectuează sub responsabilitate și supraveghere medicală numai în unitățile medicale autorizate în acest sens. Legea nr. 282/2005 transpune Directiva 2002/98/CE privind *standardele de calitate și securitate pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția sângelui uman și a componentelor sanguine*.

Capitolele care au prevederi speciale referitoare la securitatea transfuziilor pentru pacient sunt: **Capitolul VII Sistemul de hemovigilență**, **Capitolul V Managementul calității** și **Capitolul VI Utilizarea terapeutică a sângelui și a componentelor sanguine umane**.

► **Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

Această lege prevede măsuri de siguranță împotriva transmiterii infecției HIV în unitățile medicale. Astfel, unitățile medicale, cu sau fără paturi, trebuie să aibă în vedere *aplicarea obligatorie a precauțiilor universale și asigurarea mijloacelor necesare pentru prevenirea transmiterii infecției cu HIV (Articolul 6, lit. e)*.

► **Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope**

Legea stabilește regimul juridic privind cultivarea, producerea, fabricarea, depozitarea, comerțul, distribuția, transportul, deținerea, oferirea, transmiterea, intermedierea, achiziționarea, utilizarea și tranzitul pe teritoriul național al plantelor și substanțelor ce sunt prevăzute în convențiile internaționale, la care România este parte, ca stupefiante sau psihotrope, precum și preparatele lor, ce pot fi periculoase pentru sănătatea populației, din cauza efectelor pe care abuzul acestora le poate produce. De asemenea, sunt prevăzute atribuțiile și responsabilitățile Ministerului Sănătății și ale unităților aflate în coordonarea sau în subordinea acestuia, în controlul și supravegherea operațiunilor cu plantele, substanțele și preparatele acoperite de această lege.

- **Articolul 7, alin. 3:** *În unitățile medico-farmaceutice de producție ori în alte locuri autorizate unde se desfășoară operațiuni cu substanțe stupefiante sau psihotrope, atunci când există indicii de încălcare a activității legale cu acestea, specialiști din cadrul formațiunii specializate în prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române se adresează specialiștilor din cadrul Ministerului Sănătății care exercită astfel de atribuții,*

potrivit legii, în vederea verificării situațiilor sesizate.

Trebuie menționat că în **Capitolul X** intitulat *Sancțiuni* sunt prevăzute măsurile care trebuie luate de Ministerul Sănătății (uneori și de Ministerul Agriculturii, Pădurilor și Dezvoltării Rurale, Direcției Generale de Combateră a Criminalității Organizate și Antidrog și Agenției Naționale Antidrog) în caz de nerespectare a prevederilor acestei legi. Unele măsuri se referă la amenzi impuse entităților care încalcă legea (**Articolul 52**), iar alte sancțiuni constau în măsuri de precauție luate în cazul în care există sau se presupune în mod justificat că există un risc iminent și grav pentru sănătate (**Articolul 50**). În cazul încălcării repetate a anumitor prevederi ale acestei legi Ministerul Sănătății poate suspenda autorizația pentru desfășurarea acelor activități (**Articolul 51**).

● **Articolul 50:**

- a) *blocarea mărfii, retragerea de pe piață și interzicerea utilizării specialităților farmaceutice, formulelor magistrale și preparatelor oficinale, precum și suspendarea activităților, publicității și închiderea provizorie a localurilor, centrelor sau serviciilor;*
- b) *suspendarea elaborării, prescrierii, eliberării și furnizării de preparate în faza de cercetare clinică sau pentru cercetare pe animale.*

Pentru detaliile tehnice privind implementarea acestei legi, a se vedea Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Norma din 7 aprilie 2004 de aplicare a Legii nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Conform normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului, intervențiile medicale asupra pacientului se fac doar în condițiile în care există dotările necesare și personalul acreditat, excepție făcând doar situațiile extreme, în care dacă nu se intervine cu orice mijloace și de către oricine, viața pacientului este în pericol.

► **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 916/2006 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare**

Ordinul 916/2006 prevede obligativitatea activităților de supraveghere și prevenire a infecțiilor nosocomiale pentru personalul medical și unitățile sanitare și prevede că orice daună adusă pacienților prin nerespectarea prevederilor sale sau a normativelor profesionale privind asigurarea calității îngrijirilor medicale acordate pacienților în scopul prevenirii infecțiilor nosocomiale atrage responsabilitatea individuală sau, după caz, instituțională. **Anexa III** a acestui ordin conține prevederi referitoare la modul de desfășurare a activității de supraveghere epidemiologică a infecțiilor nosocomiale și la măsurile care trebuie luate în caz de izbucnire epidemică.

► **Ordinul nr. 607/2013 pentru aprobarea Normelor specifice privind autorizarea unităților de transfuzie sanguină din unitățile sanitare**

Autorizarea unităților sanitare de transfuzie sanguină reprezintă o măsură de a asigura siguranța pacienților, deoarece pentru a obține autorizația, unitățile trebuie să facă dovada structurii și calificărilor personalului, a existenței sistemului de management al calității, a respectării sistemului de hemovigilență, a dotării cu aparatură și echipamente medicale adecvate acestei activități, a existenței procedurilor operatorii standard pentru activitățile de bază, a îndeplinirii autoinspecției pe anul anterior și a existenței autorizației sanitare de funcționare.

► **Ordinul nr. 608/2013 pentru aprobarea Normelor privind acordarea autorizației speciale pentru importul și/sau exportul de sânge uman și/sau componente sanguine umane din ori în alte țări**

Autorizația pentru importul și/sau exportul de sânge uman și/sau componente sanguine umane se eliberează de către Ministerului Sănătății la propunerea Institutului Național de Hematologie

Transfuzională. Institutul înaintează propunerile către Ministerul Sănătății în baza unei evaluări a dosarelor care conțin documentele care fac dovada îndeplinirii normelor și cerințelor necesare obținerii autorizației. Printre acestea se numără: documente care prezintă rezultatele testării acestor produse, care dovedesc calitatea entității de a importa/exporta și capacitatea tehnologică de a stoca și transporta sânge sau componente de sânge, asigurarea sistemului de hemovigilență reprezintă măsuri care contribuie la asigurarea siguranței pacientului transfuzat. Toate aceste măsuri contribuie la asigurarea siguranței pacienților transfuzați.

► **Ordinul nr. 1.237/2007 privind aprobarea Nomenclatorului național al componentelor sanguine umane pentru utilizare terapeutică, cu completările și modificările ulterioare**

Ordinul 1237/2007 stabilește condițiile de preparare, conservare și administrare pentru fiecare substanță, precum și condițiile de depozitare, transport și distribuție pentru sângele uman și componentele sanguine umane. Acest ordin include două anexe. **Anexa 1** definește componentele sanguine și alți termeni specifici. **Anexa 2** prevede condițiile de depozitare, transport și distribuție pentru sânge uman și componente sanguine umane (ex. temperatura) și standardele utilizate pentru controlul calității. Acest ordin transpune Directiva 2002/98/CE privind *standardele de calitate și siguranță pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția sângelui și componentelor sanguine de origine umană*.

► **Ordinul nr. 1.483/2011 privind aprobarea Planului de acțiune pentru asigurarea securității transfuzionale față de riscul de transmitere posttransfuzională a infecției cu virusul West Nile la om**

Situația epidemiologică creată de creșterea numărului de cazuri de infecție cu virusul West Nile (VWN) în Uniunea Europeană în perioada 2008-2010 a condus la necesitatea elaborării unui ghid cu recomandări privind măsurile aplicabile pentru asigurarea securității transfuzionale în zonele afectate, în funcție de riscul estimat. Acest ghid este în curs de dezbateră la nivelul statelor membre. România este membru al grupului de lucru care a elaborat versiunea în dezbateră. Planul de acțiune aprobat prin acest ordin stabilește măsurile care trebuie luate de către Ministerul Sănătății, Institutul Național de Hematologie Transfuzională „Prof. Dr. C.T. Nicolau” București, centrele de transfuzie sanguină, unitățile de transfuzie sanguină din unitățile sanitare, în vederea prevenirii transmiterii VWN prin transfuzie.

► **Ordinul nr. 1.193/2007 pentru aprobarea normelor privind informațiile care trebuie oferite donatorilor de sânge și de componente sanguine de origine umană, precum și informațiile care trebuie comunicate de către donatori la fiecare donare și admisibilitatea donatorilor de sânge și de componente sanguine umane, cu modificările și completările ulterioare**

Pe de o parte, prevederile acestui ordin au rolul de a asigura siguranța donatorilor prin stabilirea de criterii fizice și de sănătate specifice pentru cei admiși ca donatori (de ex. vârsta între 18-65 de ani, greutate corporală peste 50 kg, temperatura corporală sub 37,5°C, puls regulat, presiune sanguină în limite normale etc). Pe de altă parte contribuie la prevenirea transmiterii anumitor boli prin intermediul transfuziei sanguine prin colectarea de informații specifice de la donatori (de ex. informații despre operații chirurgicale efectuate, tatuaje, număr de parteneri sexuali, călătorii în străinătate etc). Ordinul 1.193/2007 transpune Directiva 2002/98/CE privind *standardele de calitate și siguranță pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția sângelui și componentelor sanguine de origine umană*, Directiva 2004/33/CE cu privire la *anumite cerințe tehnice pentru sânge și componentele sanguine de origine umană*, precum și Recomandările Consiliului Europei cuprinse în *Ghidul de preparare, utilizare și asigurare a calității componentelor sanguine de origine umană*, ediția a XII-a - 2006.

- ▶ **Ordinul nr. 1.228/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a Regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colectarea și administrarea de sânge și de componente sanguine umane, cu modificările și completările ulterioare**

Hemovigilența este un ansamblu de proceduri standardizate de supraveghere a incidentelor sau a reacțiilor adverse severe ce survin atât la donatorul, cât și la primitorul de sânge pe parcursul actului transfuzional, precum și supravegherea prin metode epidemiologice a donatorilor. Trasabilitatea reprezintă ansamblul informațiilor înregistrate și al măsurilor care permit urmărirea și identificarea fiecărei etape a activității, pornind de la admiterea persoanei la donare până la utilizarea terapeutică a sângelui și a componentelor sanguine umane. Trasabilitatea permite stabilirea unei legături între donator și unul sau mai mulți primitori și de la primitor la donator, fiind stabilită cu ajutorul unui sistem național unic de identificare a unităților de sânge și a persoanelor.

Institutul Național de Transfuzie Sanguină, Centrul de Transfuzie Sanguină al Municipiului București și centrele de transfuzie sanguină teritoriale au un sistem de identificare unică a fiecărui donator prin codul numeric personal, codul donării pe unitatea de sânge și pe fiecare componentă sanguină. Primitorul de sânge este de asemenea identificat printr-un sistem care include codul numeric personal și codul secției. Datele sunt stocate și arhivate pentru o perioadă de 30 de ani. Ordinul 1228/2006 include de asemenea formularele pentru colectarea datelor privind trasabilitatea, tipurile de reacții sau incidente adverse severe care apar pe parcursul transfuziei.

Fiecare spital are o comisie de transfuzie sanguină și hemovigilență. Acestea raportează date către coordonatorul regional de hemovigilență care raportează la rândul său coordonatorului național de hemovigilență - Institutul Național de Transfuzie Sanguină.

- ▶ **Ordinul nr. 1.343/2007 pentru aprobarea Ghidului național de utilizare terapeutică rațională a sângelui și a componentelor sanguine umane**

Ordinul 1.343/2007 transpune Directiva 2002/98/CE privind *standardele de calitate și siguranță pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția sângelui și a componentelor sanguine de origine umană*.

- ▶ **Ordinul nr. 1.132/2007 pentru aprobarea Normelor privind standardele și specificațiile referitoare la sistemul de calitate pentru instituțiile medicale care desfășoară activități în domeniul transfuziei sanguine**

Acest ordin transpune Directiva 2002/98/CE privind *standardele de calitate și siguranță pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția sângelui și componentelor sanguine de origine umană*, și Directiva Comisiei 2005/62/CE de implementare a Directivei 2002/98/CE cu privire la *standardele și specificațiile comunitare referitoare la sistemul de calitate pentru centrele de transfuzie sanguină*.

- ▶ **Ordinul nr. 1.226/2006 pentru aprobarea Normelor privind colectarea, controlul biologic, prepararea, conservarea, distribuția și transportul sângelui și componentelor sanguine umane**

Respectarea normelor privind recoltarea, prepararea, conservarea și transportul sângelui și a produselor sanguine asigură securitatea transfuzională. Acest ordin se aplică Institutului Național de Transfuzie Sanguină, centrelor de transfuzie sanguină teritoriale și unităților de transfuzie sanguină din spitale.

- ▶ **Reglementări privind siguranța în domeniul radiațiilor**

- **Ordinul nr. 300/2006 pentru aprobarea Reglementărilor specifice privind expunerile medicale la radiații ionizante pentru cercetarea medicală și/sau biomedicală.** Aceste **reglementări** specifice privind expunerile medicale la radiații ionizante pentru cercetarea medicală și/sau biomedicală sunt în conformitate cu recomandările Comisiei Europene, seria Radioprotecție 99/1998, și se aplică tuturor situațiilor în care radiația este administrată voluntarilor sănătoși sau

În situațiile când pacienților li se administrează radiație suplimentară peste și sub aceea necesară îngrijirii clinice a acestora. (*Nota autorului: Când radiația este utilizată în scop de cercetare, nivelul radiației poate fi peste sau sub nivelul utilizat pentru tratament.*)

- **Ordinul nr. 14/2000 pentru aprobarea Normelor fundamentale de securitate radiologică.** Acest ordin transpune prevederile Articolelor 1-29 și ale Articolelor 38 - 53 din Directiva Consiliului nr. 96/29/Euratom – *radiația ionizantă* din 13 mai 1996 care stabilește normele de securitate de bază privind protecția sănătății lucrătorilor și a populației împotriva pericolelor prezentate de radiațiile ionizante. Normele de siguranță radiologică sunt prezentate în anexa Ordinului 14/2000. Entitățile responsabile pentru aplicarea acestor norme sunt direcțiile generale specifice din cadrul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare.
- **Ordinul nr. 285/2002 pentru aprobarea Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante.** Conform ordinului toate expunerile medicale la radiații ionizante trebuie să fie justificate în prealabil, ținând cont de obiectivele specifice ale expunerii și de caracteristicile persoanei implicate. Expunerea terapeutică trebuie justificată de medicul ordonator. Expunerea în scop de cercetare trebuie să fie în prealabil analizată și aprobată de comisia de etică. Aceasta înseamnă că în lipsa unei justificări adecvate, trebuie evitată expunerea. Acest ordin transpune Directiva Consiliului 97/43/Euratom privind *protecția sănătății persoanelor împotriva pericolelor pe care le prezintă radiațiile ionizante rezultate din expunerea în scopuri medicale*.
- **Ordinul nr. 1.334/2004 cu privire la acțiunile specifice privind protecția sănătății persoanelor fizice împotriva radiațiilor ionizante în cazul expunerii medicale.** Ordinul prevede obligativitatea unităților sanitare în care se desfășoară practici de radiologie de diagnostic și radiologie intervențională, de medicină nucleară și de radioterapie să elaboreze reglementări specifice proprii privind protecția sănătății persoanelor fizice împotriva radiațiilor ionizante în cazul expunerii medicale.
- **Ordinul nr. 173/2003 pentru aprobarea Normelor de securitate radiologică în practicile de radiologie de diagnostic și radiologie intervențională, cu modificările și completările ulterioare.** Acest ordin este urmat de o serie de ordine specifice expunerilor medicale la radiații ionizante a diferitelor categorii de pacienți sau pentru situații specifice. Acestea sunt:
 - Ordinul nr. 1539/2006 privind aprobarea Reglementărilor specifice referitoare la expunerea medicală a persoanelor la radiații ionizante în cazul expertizelor medico-legale;
 - Ordinul nr. 1540/2006 privind aprobarea Reglementărilor specifice referitoare la expunerea medicală în radiologia pediatrică;
 - Ordinul nr. 1541/2006 privind aprobarea Reglementărilor specifice referitoare la expunerea medicală la radiații ionizante a gravidelor;
 - **Ordinul nr. 1542/2006 privind înregistrarea și raportarea dozei pacienților.** Aceste ordine stabilesc responsabilități atât pentru medicii ordonatori, cât și pentru medicii radiologi.
- **Ordinul nr. 1393/2010 privind aprobarea ghidului de practică medicală pentru specialitățile radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară** stabilește responsabilități pentru specialiștii de sănătate publică și cei din imagistică medicală, nu și pentru medicii ordonatori.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

- ▶ **Codul deontologic din 15 mai 2010 al medicului dentist, Decizia 15/2010 a Colegiului Medicilor Dentiști din România**
 - **Articolul 7:** *Medicul dentist nu trebuie să accepte exercitarea profesiei în condiții susceptibile de a compromite calitatea actului medical și securitatea pacientului.*

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante pentru dreptul la siguranță.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Numărul tot mai mare al adolescenților care își încep viața intimă la o vârstă fragedă schimbă protocolul investigațiilor al unui Spital de Pediatrie. Asta, după ce s-au înmulțit cazurile în care fete de 12-13 ani au aflat că sunt gravide, tocmai în timpul examinării cu raze X, care este extrem de periculoasă pentru făt. În ultimii cinci ani, la maternitatea din oraș au născut peste 700 de adolescente. Dacă o gravidă este supusă radiațiilor cu raze X, pot să apară malformații ale fătului. Prin urmare, înainte de a trimite pacientele minore la radiografie, doctorii discută cu părinții lor, și li se cere consimțământul ca fiicele lor să facă mai întâi testul de sarcină, ca măsură de precauție. În cazul în care se descoperă că adolescenta este însărcinată se renunță la investigația radiologică.

2. Exemple de încălcare

Exemplul 1: Un pacient aflat în timpul unei operații, care tocmai fusese anesteziat, a căzut de pe masa chirurgicală pe care se afla, aceasta rupându-se practic sub el. Chirurgii se spălau pe mâini și erau cu spatele. Când s-au întors, pacientul nu mai era pe masă. În urma incidentului pacientul nu a fost rănit, operația fiind reluată după ce masa a fost înlocuită. Masa fusese achiziționată în cadrul unui proiect de modernizare a sălilor de operații în 2009. Directorul spitalului a decis efectuarea unei expertize asupra întregului echipament achiziționat în cadrul proiectului. Deoarece acest lucru ar fi trebuit efectuat de echipa care a achiziționat echipamentul în momentul recepționării acestuia, directorul i-a sancționat cu avertisment scris.

Exemplul 2: Ministerul Sănătății anchetează un caz în care este implicat un Centru de Transfuzii. Medicii acestei unități sunt suspecți că au trimis la Spitalul Județean din oraș sânge infectat cu Hepatita B, sânge care ar fi fost deja folosit pentru un pacient. Donatorul, care a fost deja internat la Secția Boli infecțioase, este suspectat că ar fi fost purtătorul virusului hepatic B, dar această suspiciune a apărut din păcate după donarea de sânge.

3. Cazuri concrete

Pe 16 august 2010, în jurul orei 18:30, în salonul de Terapie Intensivă nou-născuți din Secția de Neonatologie a Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” a izbucnit un incendiu în care șase nou-născuți au decedat, iar alți cinci au suferit vătămări corporale grave.

În dosarul incendiului de la Maternitatea Giulești, procurorii Parchetului General au trimis în judecată cinci angajați ai unității sanitare: asistenta de serviciu care în momentul incendiului lipsea din salon – acuzată de ucidere din culpă (cu consecința decesului a șase nou-născuți) și vătămare corporală gravă din culpă (cinci nou-născuți), șeful serviciului tehnic, managerul spitalului, șeful Secției de Neonatologie, și electricianul spitalului acuzați de neglijență în serviciu cu consecințe deosebit de grave (vezi mai jos notele pentru avocați).

Concluziile expertizei tehnice realizate de Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Securitate Minieră și Protecție Antiexplozivă - Insemex din Petroșani⁷⁹¹ au evidențiat că incendiul izbucnit a fost cauzat de supraîncălzirea elementelor de contact ale ștecherului montat pe cablul de alimentare cu energie electrică al aparatului de aer condiționat. Cauza a fost una de natură electrică, fiind determinată de un proces fizico-chimic incendiv, și nu exploziv.

Prima instanță a dat în iulie 2013 următoarea sentință: maternitatea a fost amendată penal cu 400.000 de lei, managerul spitalului a fost amendat cu 6.500 de lei, asistenta de serviciu a fost condamnată la 2 ani și 2 luni de închisoare cu executare, electricianul a fost condamnat la 2 ani de închisoare, iar șeful Departamentului Tehnic al spitalului a primit aproape 4 ani de închisoare cu suspendare. Sentințele nu au fost definitive și ca urmare părțile au făcut recurs. În aprilie 2015 Curtea de Apel

791. Mediafax.ro (17 septembrie 2010) Expertiză tehnică: La Maternitatea Giulești a fost un incendiu, și nu explozie <http://www.mediafax.ro/social/expertiza-tehnica-la-maternitatea-giulesti-a-fost-un-incendiu-si-nu-explozie-7288454>

București a menținut sentința pentru asistenta de serviciu (2 ani și 2 luni de închisoare), managerul spitalului din timpul accidentului a primit 6 luni de închisoare cu suspendare, Șeful departamentului de Neonatologie a fost achitat, și electricianul a primit sentința de un an de închisoare cu suspendare. Șeful Departamentului Tehnic al spitalului din perioada accidentului a decedat între timp, așa că acesta nu a mai fost tras la răspundere penală. Curtea de Apel a admis de asemenea reclamațiile și probele cu privire la acțiunile formulate de părțile civile și a obligat spitalul, asistenta de serviciu, electricianul și fostul manager, Ministerul Sănătății și primăria București să plătească în solidar daune în valoare de 4,3 milioane de euro familiilor victimelor. Decizia este finală.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- În Codul penal, în Partea specială. Titlul V, Capitolul II: Infracțiuni de serviciu, Articolul 298 Neglijența în serviciu, prevede că *încălcarea din culpă de către un funcționar public a unei îndatoriri de serviciu, prin neîndeplinirea acesteia sau prin îndeplinirea ei defectuoasă, dacă prin aceasta se cauzează o pagubă ori o vătămare a drepturilor sau intereselor legitime ale unei persoane fizice sau ale unei persoane juridice, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 3 ani sau cu amendă.*
- Atunci când susține în instanță că furnizorul de servicii medicale a încălcat regulile și/sau standardele profesionale privind siguranța, avocații trebuie să verifice, de asemenea, dacă există reglementări interne ale furnizorului de servicii care stipulează reguli privind siguranța. De exemplu, regulamentele interne ale spitalelor publice sunt sau ar trebui să fie disponibile public.
- Deși pentru a dovedi existența nerespectării siguranței în anumite cazuri este nevoie de realizarea unei expertize medicale, în alte cazuri datoriile legate de siguranță ale furnizorilor de asistență medicală sunt prevăzute în mod clar în lege. Spre exemplu, datoria de a aplica precauțiunile universale este clară și reprezintă o obligație de rezultat, conform Legii nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladii SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA.
- Avocații care au cauze legate de neglijența furnizorilor de asistență medicală trebuie să analizeze temeinic standardele sau protocoalele profesionale și să verifice orice detalii relevante consultându-se cu profesioniști din domeniul medical, întrucât acest tip de informații este arareori prevăzut în lege. Spre exemplu, dacă un avocat reprezintă o persoană vătămată de un act medical neglijent în sala de operație, acesta trebuie să verifice reponsabilitățile profesionale și protocoalele privind diferitele tipuri de personal medical implicate în operație. Într-un caz din 2012, Tribunalul București a stabilit că răspunderea pentru că nu a extras un corp străin din câmpul operator aparține medicului chirurg și nu asistentului, întrucât nu existau proceduri clare privind datoriile asistentului medical de a verifica lipsa instrumentelor chirurgicale și de a notifica aceasta medicului chirurg⁷⁹².

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația relevantă pentru Dreptul la siguranță inclusă la Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3, precum și la Dreptul la viață în Capitolul 2 și Capitolul 3.

792. Decizia nr. 515A din 18 mai 2012, publicată în Roxana Maria Călin, *Malpraxis: Răspunderea medicului și a furnizorilor de servicii medicale*, 2014

6.1.10 Dreptul la inovație

A) DREPTUL LA INOVAȚIE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare individ are dreptul la proceduri noi, inclusiv proceduri de diagnostic, în concordanță cu standardele internaționale și fără constrângeri de natură economică sau financiară.

Serviciile de sănătate au datoria de a promova și susține cercetarea în domeniul biomedical, acordând atenție deosebită bolilor rare. Rezultatele cercetării trebuie să fie diseminate corespunzător.

B) DREPTUL LA INOVAȚIE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

- ▶ **Constituția României din 1991, revizuită în 2003 nu face nicio referire la dreptul pacientului la inovație.**

Legislație

- ▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**
 - **Articolul 5** stabilește principalele funcții ale sănătății publice: *cercetarea-dezvoltarea și implementarea de soluții inovatoare pentru sănătatea publică* (litera h), *informarea, educarea și comunicarea pentru promovarea sănătății* (litera k);
 - **Articolul 7** formulează principiile care stau la baza asistenței de sănătate publică, incluzând: *decizii bazate pe cele mai bune dovezi științifice existente la momentul respectiv (sănătate publică bazată pe dovezi)* (litera f).

Posibilitatea de a desfășura activități de cercetare în cadrul instituțiilor de sănătate din diverse domenii specifice este prevăzută în Legea nr. 95/2006 la următoarele titluri: **Titlul III** Asistența medicală primară, **Titlul V** Asistența medicală ambulatorie de specialitate și **Titlul VII** Spitalele.

- ▶ **Legea nr. 95/2006 prevede capitole distincte referitoare la:**
 - dezvoltarea rețelelor europene de referință,
 - cooperarea cu celelalte state membre UE în domeniul bolilor rare,
 - cooperarea și participarea la schimbul de informații cu celelalte state membre ale UE,
 - cooperarea în domeniul evaluării tehnologiilor medicale⁷⁹³.

Acestea sunt introduse în special prin completările ulterioare, la **Titlul XIX** care transpune parțial Directiva nr. 2011/24/UE privind *aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere*.

Toate aceste prevederi vin în întâmpinarea dreptului pacienților la inovație, asigurându-le posibilitatea de a beneficia de proceduri noi, la cele mai înalte standarde, în alt stat membru al UE, dacă acestea nu sunt disponibile în țară. De exemplu:

Titlul XIX, Capitolul VIII Bolile rare, Articolul 920, litera b: *Ministerul Sănătății cooperează cu celelalte state membre ale UE în ceea ce privește dezvoltarea capacității de diagnosticare și tratament prin sporirea gradului de informare a pacienților, a cadrelor medicale și a organismelor responsabile*

793. Prin "tehnologie medicală" se înțelege un medicament, un dispozitiv medical sau proceduri medicale și chirurgicale, precum și măsuri pentru prevenirea, diagnosticarea sau tratamentul bolilor, utilizate în domeniul asistenței medicale

cu finanțarea asistenței medicale cu privire la posibilitățile oferite de Regulamentul (CE) nr. 883/2004 de a trimite pacienții care suferă de boli rare în alte state membre chiar și pentru diagnosticare și tratamente care nu sunt disponibile în statul membru de afiliere.

► **Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

- **Articolul 13:** *Cercetarea medicală în domeniu este o prioritate. Ea va fi coordonată de Institutul de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” București și de Centrul pentru studiul retrovirusurilor umane „Victor Babeș” București, în colaborare cu centrele medicale naționale și internaționale.*

► **Legea nr. 264/2004 privind organizarea și funcționarea Academiei de Științe Medicale**

O atribuție importantă a Academiei de Științe Medicale este să contribuie la valorificarea rezultatelor cercetării prin îndrumarea metodologică a unităților medicale.

- **Articolul 3** prevede că Academia de Științe Medicale are ca obiect de activitate: a) dezvoltarea științelor medicale și farmaceutice în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației; b) promovarea pe plan național a cercetărilor științifice din domeniile biomedicinii, medicinei clinice, medicinei fundamentale, medicinei preventive, sănătății publice și științelor farmaceutice; c) coordonarea activității de cercetare științifică în domeniile de vârf ale biomedicinii fundamentale și aplicative, desfășurate în unitățile aflate în coordonarea sau subordonarea Ministerului Sănătății sau în alte unități de profil.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Ordinul nr. 1.215/2013 privind aprobarea constituirii Consiliului Național pentru Bolile Rare**

Rolul acestui Consiliu este coordonarea metodologică și științifică a activității din domeniul bolilor rare. Consiliul are o componență interdisciplinară și oferă îndrumare tehnică Ministerului Sănătății în vederea organizării la nivel național a rețelei funcționale pentru diagnosticul și tratamentul bolilor rare. Printre atribuțiile sale se numără asigurarea expertizei privind realizarea intervențiilor terapeutice în domeniul bolilor rare la nivelul standardelor europene și internaționale în vigoare și asigurarea legăturii dintre Ministerul Sănătății și instituțiile Uniunii Europene, Organizația Mondială a Sănătății, rețelele europene în domeniul bolilor rare și alte organizații internaționale în vederea schimbului de informații și experiență și întăririi capacității de implementare a Programului național pentru boli rare.

► **Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016**

Prin această Hotărâre statul finanțează o serie de programe naționale de sănătate, considerate a fi esențiale pentru sănătatea populației deoarece afecțiunile cărora li se adresează sunt probleme prioritare de sănătate publică. Hotărârea privind programele naționale de sănătate este emisă periodic, structura programelor fiind modificată în acord cu prioritățile de sănătate publică. Structura și obiectivele acestor programe pentru anii 2015-2016 sunt conținute în anexa acestei hotărâri. Printre acestea, se numără și Programul național de tratament pentru boli rare, precum și programe prin care se utilizează proceduri inovatoare, precum Programul național de transplant (cu subprogramele: transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana; transplant de celule stem hematopoietice periferice și centrale; fertilizare in vitro și embriotransfer) sau Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță.

Hotărârea privind programele naționale de sănătate este urmată de un Ordin comun privind normele de aplicare semnat de către Ministerul Sănătății (MS) și Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS). Normele pentru prezenta Hotărâre nu sunt încă elaborate în momentul elaborării ghidului. MS este responsabil pentru programele preventive, iar CNAS pentru programele curative. CNAS elaborează ordine privind criteriile de includere a pacienților în tratamentul oferit în cadrul

programelor naționale de sănătate, și componența comisiilor de experți care au rolul de a evalua dosarele pacienților și a delibera asupra eligibilității acestora.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu s-au identificat prevederi legate de dreptul pacientului la inovație în codurile deontologice ale furnizorilor.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu s-au identificat alte surse relevante care să conțină prevederi legate de dreptul pacientului la inovație.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Exemplul 1: Ministerul Sănătății din România a încheiat un parteneriat (2009-2011) cu Consiliul Județean Sălaj, Consiliul Local Zalău, și cu mai multe organizații neguvernamentale din România și Norvegia și a aplicat în cadrul Programului Norvegian de Cooperare și Dezvoltare Economică Sustenabilă în România pentru finanțarea unui proiect de înființare a unui Centru Pilot de Referință pentru Boli Rare la Zalău⁷⁹⁴. Scopul înființării acestui Centru a fost îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate de boli rare, prin acces egal la diagnostic timpuriu, tratament de calitate și servicii de reabilitare prin intermediul unei rețele complexe și accesibile de facilități și resurse. Valoarea proiectului a fost de aproape două milioane de euro, din care contribuția Ministerului Sănătății a fost de 80.000 de euro, Contribuția Consiliului Județean Sălaj de 8.000 de euro, iar Consiliul Local Zalău a pus la dispoziție clădirea unde va funcționa centrul pentru boli rare. *(Nota autorului: Centrul continuă să funcționeze, cu diverse surse de finanțare, din 2011)*

Exemplul 2: Medicul chirurg U.R., din Germania, a implementat o nouă metodă de tratament chirurgical la Institutul de Boli Cardiovasculare și Transplant din Iași. Este pentru prima oară când se folosește această tehnică chirurgicală la Iași. Cu ajutorul acestei metode chirurgicale, pacienții cu fibrilație atrială nu mai necesită internări frecvente, nu mai au nevoie de anticoagulante și de o medicație amplă, pot duce o viață normală. Chirurgul german a operat primul pacient, după care a asistat la alte două intervenții efectuate de echipa de medici Români. Această metodă a putut fi pusă în practică după ce conducerea Institutului de Boli Cardiovasculare a achiziționat și aparatura medicală necesară, cu fonduri de la Ministerul Sănătății.

2. Exemplu de încălcare

În urmă cu opt luni, mama și tatăl lui Edi, un băiețel de trei ani, aflau că au un copil care suferă de o boală genetică extrem de rară, sindromul Hunter. Nu știau prea multe, dar simțeau că este ceva grav, mai ales când au aflat că este doar al șaptelea caz din România. Tratamentul acestei maladii ajunge la 8.000 de euro pe lună. Netratați, bolnavii care suferă de sindromul Hunter nu trăiesc mai mult de 10 ani. Pentru că în România sindromul Hunter nu este inclus pe lista bolilor rare, Ministerul Sănătății nu alocă fonduri pentru tratament. Părinții lui Edi sunt prea săraci ca să-i poată cumpăra tratamentul, așa că viața băiețelului atârnă acum doar de bunăvoința oamenilor care vor să doneze bani părinților pentru ca aceștia să poată cumpăra tratamentul.

794. Zalău.Ziare.com, Un nou parteneriat romano-norvegian pentru pacienții cu boli rare <http://www.ziare.com/zalau/stiri-actualitate/un-nou-parteneriat-romano-norvegian-pentru-pacientii-cu-boli-rare-5358342>

3. Cazuri concrete

Șapte bolnavi de cancer, care au dat în judecată Guvernul⁷⁹⁵, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, au câștigat în instanță dreptul de a primi medicamente compensate în proporție de 100%, decizia fiind pusă de îndată în executare. Cele trei instituții ale statului sunt obligate, prin decizia Curtii de Apel București, să asigure reclamanților medicamente pentru tratarea cancerului, fără ca aceștia să aducă vreo contribuție financiară personală. Hotărârea, chiar dacă este executorie și se aplică de îndată, nu este definitivă și poate fi contestată la instanța supremă de Guvern, Ministerul Sănătății și CNAS. Medicamentele necesare pentru tratamentele celor șapte asigurați sunt medicamente noi, care nu se află în lista care cuprinde denumirile internaționale (DCI) corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție socială, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern și nu există preț de decontare stabilit de MS pentru acestea. Lista de medicamente compensate nu a mai fost actualizată din 2008, iar bolnavii nu își permit tratamentele noi pentru că sunt foarte scumpe. Avocatul care i-a apărut pe cei șapte bolnavi a demonstrat că dreptul la viață pentru cei șapte bolnavi de cancer este afectat în mod direct și a cerut în instanță, pe lângă acoperirea tratamentului celor șapte bolnavi, și reactualizarea listei de medicamente compensate. *(Nota autorului: dreptul la inovație nu este menționat în Constituție, dar dreptul la viață și la îngrijiri de sănătate este. În plus, avocatul a menționat Directiva 89/105/CE care prevede o limită de timp pentru soluționarea cererilor privind includerea pe lista medicamentelor compensate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a unui nou produs.)*

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Dreptul la inovație este formulat într-o manieră generală în Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Chiar și așa, acest lucru nu trebuie să descurajeze avocații să caute situații particulare în care acest drept a fost încălcat. Astfel de situații pot fi cele referitoare la datorile autorităților publice de a finanța cercetarea, de a actualiza lista medicamentelor compensate adăugând medicamente noi, de a actualiza ghidurile clinice sau datoria profesioniștilor din domeniul medical de a informa pacientul cu privire la procedurile cele mai puțin invazive etc.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația referitoare la standardele de la nivel internațional și regional relevante Dreptului la inovație de la Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în Capitolul 2 și în Capitolul 3.

6.1.11 Dreptul la evitarea suferinței și durerii nenecesare

A) DREPTUL LA EVITAREA SUFERINȚEI ȘI DURERII NENECESARE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul de a evita pe cât posibil suferința și durerea, în fiecare fază a bolii sale.

Carta prevede, ca și note explicatorii pentru acest articol, că serviciile de sănătate trebuie să fie dedicate luării tuturor măsurilor utile, până la final, precum oferirea de tratament paliativ și simplificării accesului pacienților la acestea.

795. Mediafax.ro 18 iunie 2014, Șapte bolnavi de cancer care au dat în judecată Guvernul, MS și CNAS au câștigat dreptul de a primi medicamente compensate 100% <http://www.mediafax.ro/social/sapte-bolnavi-de-cancer-care-au-dat-in-judecata-guvernul-ms-si-cn-as-au-castigat-dreptul-de-a-primi-medicamente-compensate-100-12784143>

B) DREPTUL LA EVITAREA SUFERINȚEI ȘI DURERII NENECESSARE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ **Constituția României din 1991, revizuită în 2003**

Acest drept nu este exprimat ca atare în Constituție sau în restul legislației românești. Cu toate acestea, există o serie de prevederi legale care au în vedere anumite aspecte care se încadrează în conținutul acestuia, precum dreptul pacienților de a beneficia de îngrijiri paliative. **Articolul 22** din Constituție conține prevederi aplicabile:

- stabilește dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică ale persoanei;
- prevede că nimeni nu poate fi supus torturii și niciunui fel de pedeapsă sau de tratament inuman ori degradant.

Legislație

▶ **Codul Civil al României**

- **Articolul 58, alin. 1:** *Orice persoană are dreptul la viață, la sănătate, la integritate fizică și psihică, la demnitate, la propria imagine, la respectarea vieții private, precum și alte asemenea drepturi recunoscute de lege.*
- **Articolul 61, alin. 1:** *Viața, sănătatea și integritatea fizică și psihică a oricărei persoane sunt garantate și ocrotite în mod egal de lege.*
- **Articolul 64, alin. 2:** *Orice persoană are dreptul la integritatea sa fizică și psihică. Nu se poate aduce atingere integrității ființei umane decât în cazurile și în condițiile expres și limitativ prevăzute de lege.*

▶ **Codul Penal al României**

Codul Penal al României interzice supunerea la rele tratamente (**Articolul 280**) și la tortură (**Articolul 281**) și interzice la modul general orice încălcări ale dreptului la viață și integritate corporală a persoanelor. (Nota autorului: Deși aceste articole nu se referă strict la evitarea suferinței, ele pot fi utilizate în acest context, chiar dacă nu există o suprapunere perfectă a prevederilor).

▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Legea 46/2003 conține următoarele dispoziții care au în vedere evitarea suferinței și tratamentul paliativ:

- **Articolul 2:** *Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.*
- **Articolul 3:** *Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.*
- **Articolul 31:** *Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.*
- **Articolul 32:** *Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.*

▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

- **Art. 236, alin. 1:** *Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz. (Nota autorului: Totuși, dispozițiile legale menționate mai sus nu transpun în totalitate dreptul pacientului la liberă alegere așa cum este acesta prevăzut în Cartă, întrucât legea are în vedere doar noțiunea*

de "asigurați", noțiune care nu se suprapune în totalitate peste cea de pacient, întrucât există și persoane neasigurate.)

► **Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice**

- **Articolul 37, alin. 1:** Se interzice supunerea oricărei persoane internate într-o unitate de psihiatrie sau admise în centre de recuperare și reabilitare la tratamente inumane sau degradante ori la alte rele tratamente.
- **Articolul 39** restricționează situațiile în care li se poate restrânge libertatea de mișcare persoanelor internate în unități de psihiatrie sau admise în centre de recuperare și reabilitare.
- **Articolul 40:** Persoanele internate pot fi izolate temporar, fără conțenționare, în vederea protejării acestora, dacă reprezintă un pericol pentru ele însele sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.
- **Articolul 41, alin. 1:** Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile.
- **Articolul 42, alin. 5:** Activitatea efectuată de către un pacient într-un serviciu de sănătate mintală nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestuia.
- **Articolul 55:** Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice.
- **Articolul 57:** Transportul persoanei în cauză la spitalul de psihiatrie se realizează, de regulă, prin intermediul serviciului de ambulanță. În cazul în care comportamentul persoanei în cauză este vădit periculos pentru sine sau pentru alte persoane, transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul poliției, jandarmeriei, pompierilor, în condițiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranță și respectării integrității fizice și demnității persoanei.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Norma din 2004 de aplicare a Legii nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

- **Articolul 3:** Unitățile trebuie să utilizeze toate mijloacele și resursele disponibile pentru asigurarea unui înalt nivel calitativ al îngrijirilor medicale.

► **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 372/2006 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002**

- **Articolele 21 și 22** restrâng situațiile în care persoanele internate pot fi conțenționate sau izolate.
- **Articolul 31, alin 4:** Transportul persoanei la spital se face în condiții cât mai puțin restrictive, asigurându-se respectarea integrității sale fizice, psihice și a demnității sale.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

Codul prevede următoarele obligații ale medicilor:

- **Articolul 1:** Întreaga activitate profesională a medicului este dedicată exclusiv apărării vieții, sănătății și integrității fizice și psihice a ființei umane.
- **Articolul 4:** În toate deciziile cu caracter medical, medicul va trebui să se asigure că interesul și binele ființei umane prevalează interesului societății ori al științei.

- **Articolul 8:** *Medicul își va dedica întreaga știință și pricepere interesului pacientului său și va depune toată diligența pentru a se asigura că decizia luată este corectă, iar pacientul beneficiază de maximum de garanții în raport de condițiile concrete, astfel încât starea sa de sănătate să nu aibă de suferit.*
- **Articolul 22** *califică drept fapte sau acte neetice ale medicului inclusiv următoarele:*
 - d) *folosirea unor metode de diagnostic sau tratament nefundamentate științific sau neacceptate de comunitatea medicală, cu risc pentru pacient;*
 - e) *cu excepția urgențelor vitale, exercitarea profesiei medicale în condiții care ar putea compromite actul profesional sau ar putea afecta calitatea actului medical;*

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Domnul C., internat voluntar într-un spital de psihiatrie din municipiul București, suferă pe parcursul internării un incident prin care își pune în pericol viața. Deși asistentul medical care constată starea domnului C. recomandă medicului șef de secție conținerea pacientului, medicul apreciază că există modalități mai puțin restrictive pentru a elimina starea de pericol asupra vieții domnului C. și că conținerea acestuia nu poate fi dispusă decât în cazul în care astfel de măsuri nu sunt suficiente. În consecință, medicul dispune mai întâi o măsură alternativă de tratament pentru domnul C., măsură care elimină starea de pericol creată, eliminând astfel necesitatea de a aplica conținerea.

2. Exemplu de încălcare

Doamna B. este transportată de către familia sa la un spital de psihiatrie din municipiul Constanța în urma unui incident determinat de tulburarea psihică de care suferă. La fața locului, personalul spitalului informează familia ca spitalul nu mai dispune de paturi libere, astfel că nu poate asigura internarea doamnei B, recomandând familiei să o transporte pe aceasta la un centru de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică din apropiere. Centrul de reabilitare și recuperare neuropsihiatrică decide să accepte, la solicitarea familiei, internarea nevoluntară a doamnei B. până la momentul la care în spitalul de psihiatrie vor exista paturi libere. Această internare nevoluntară este ilegală, deoarece conform Legii nr. 487/2002, internarea nevoluntară poate fi realizată numai în spitale de psihiatrie care dispun de condițiile necesare, nu și în alte tipuri de instituții. (*Nota autorului: teoretic, o persoană nu poate fi internată nevoluntar într-un spital psihiatric fără încuviințarea instanței; cu toate acestea, ONG-uri de drepturile omului cum este Centrul de Resurse Juridice, care monitorizează unitățile de psihiatrie au observat că situațiile de încălcare a legii sunt destul de frecvente în practică.. Deși legea stabilește că internarea nevoluntară se poate dispune numai în spitale psihiatrice care dispun de condiții necesare, legea nu detaliază care sunt aceste condiții.*)

3. Cazuri concrete

Cauza Centrul de Resurse Juridice în numele lui Valentin Câmpeanu c României (2014), adus în fața Marii Camere a Curții Europene a Drepturilor Omului⁷⁹⁶

Cazul provine din România unde, în anul 2004, tânărul Valentin Câmpeanu (având vârsta de 18 ani) a murit într-un spital de psihiatrie în Poiana Mare (SPM). DI. Câmpeanu a fost găsit de reprezentanții Centrului de Resurse Juridice într-o stare critică: iarna, într-o încăpere neîncălzită, într-un pat fără

796. Textul complet al hotărârii poate fi consultat aici: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-145577>

așternuturi și înbrăcat sumar. Dl Câmpeanu era o persoană seropozitivă și cu dizabilități intelectuale. El a ajuns la Spitalul Poiana mare după mai multe transferuri între instituții care nu îi puteau oferi îngrijirea necesară (în condițiile în care a trebuit să părăsească sistemul de protecție a copilului la împlinirea vârstei de 18 ani). Întrucât ancheta de la nivel intern cu privire la moartea lui Valentin câmpeanu nu s-a finalizat cu tragerea la răspundere a persoanelor vinovate, cazul a fost adus în fața Curții Europene a Drepturilor Omului. Marea Cameră a CtEDO a stabilit că România a încălcat dreptul la viață (Articolul 2 CEDO) și, cu privire la condițiile în care reclamantul fusese ținut în Spitalul Poiana Mare, Curtea a reținut următoarele (§141):

În plus, plasând situația personală a domnului Câmpeanu în contextul general, Curtea observă că, la momentul faptelor, câteva zeci de decese survenite la SPM (81 în 2003 și 28 la începutul anului 2004) fuseseră deja semnalate; așa cum indică raportul CPT din 2004, au fost în continuare observate deficiențe grave cu privire la alimentația pacienților, lipsa încălzirii și condițiilor de viață în general dificile, deficiențe care au condus la o deteriorare progresivă a sănătății pacienților, în special a celor mai vulnerabili (supra, pct. 77). Diverse organisme internaționale au descris condițiile îngrozitoare existente la SPM (supra, pct. 78). Autoritățile naționale erau așadar pe deplin informate despre situația foarte dificilă care exista în această instituție.

În ciuda afirmațiilor Guvernului potrivit cărora condițiile de viață de la SPM erau satisfăcătoare (supra, pct. 123), Curtea observă că, la momentul relevant, puse în fața rapoartelor diferitelor organisme internaționale în cauză, autoritățile naționale au recunoscut deficiențele de la SPM în ceea ce privește încălzirea și alimentarea cu apă, condițiile de viață și de igienă, precum și asistența medicală (supra, pct. 78).⁷⁹⁷

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Dreptul prevăzut în ECPR de a evita suferința și durerea nenesecare nu este prevăzut expres în legislația română privind sistemul de sănătate; cu toate acestea, dreptul stipulat în Cartă poate reprezenta un instrument important pentru avocații interesați de litigare strategică sau legal advocacy, care doresc să promoveze cât mai mult acest drept la nivelul instanțelor și autorităților naționale. Astfel, chiar dacă un avocat, având un caz de supunere a pacientului la suferințe nenesecare, își bazează argumentele în principal pe norme juridice interne, acesta poate să încadreze aceste argumente sub dreptul prevăzut în ECPR de a evita suferința și durerea nenesecare, în scopul de a convinge instanța să reitereze această perspectivă în hotărârea ce o va da.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația privind Dreptul de evitare a suferinței și durerii nenesecare, raportat la standardele internaționale prevăzute în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.12 Dreptul la tratament personalizat

A) DREPTUL LA TRATAMENT PERSONALIZAT AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare individ are dreptul la programe de diagnostic și tratament adaptate pe cât de mult posibil nevoilor individuale.

Serviciile de sănătate trebuie să garanteze, în acest scop, programe flexibile, orientate pe cât de mult posibil

797. Traducere realizată de Consiliul Superior al Magistraturii și Institutul European Român.

către individ, și pentru care criteriile economice nu trebuie să prevaleze asupra dreptului la îngrijire.

B) DREPTUL LA TRATAMENT PERSONALIZAT AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ **Constituția României din 1991, revizuită în 2002**

Constituția nu face nicio referire la dreptul pacientului la tratament personalizat.

Legislație

▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Dreptul la tratament personalizat este menționat în legislația română doar în relație cu mediul în care este tratat pacientul, nu cu tratamentul în sine. Astfel, legea drepturilor pacientului la **Capitolul VI Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale, Articolul 32**, prevede următoarele: ... *La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.*

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

▶ **Hotărârea Guvernului nr. 562/2009 pentru aprobarea Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate**

Strategia de descentralizare în sistemul de sănătate aprobată prin HG nr. 562/2009 prevede că unul dintre rezultatele procesului de descentralizare este „Centrarea sistemului pe cetățean” concretizată prin următoarele: *Sistemul de sănătate românesc trebuie să devină unul care ajută oamenii să fie mai sănătoși, un sistem corect, în care oamenii să aibă încredere și care este acolo când e nevoie de el. Modul în care serviciile de sănătate sunt furnizate în cadrul sistemului trebuie personalizat.*

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

- La **Articolul 24**, referitor la *Caracterul nemediat al relației medic-pacient*, se prevede: *Cu excepția unor situații obiectiv excepționale și imposibil de înlăturat, orice decizie medicală se va baza în primul rând pe examinarea personală și nemediată a pacientului de către medicul respectiv. (Nota autorului: Această formulare poate fi interpretată ca o prevedere referitoare la tratamentul personalizat.)*

▶ **Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**

- **Articolul 39** prevede că: *Persoanele cu tulburări psihice beneficiază de asistență medicală și de îngrijiri de sănătate de aceeași calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi și adaptate cerințelor lor de sănătate. (Nota autorului: Prin această prevedere este menționat dreptul la tratament în funcție de nevoile specifice ale pacienților.)*

E) ALTE SURSE RELEVANTE

► **Regulamentul de organizare și funcționare al Centrului Național Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie Copii „Dr. Nicolae Robănescu” București din 06.08.2013**

Acest regulament intern al Centrului Național Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie Copii conține prevederi legate de tratamentul personalizat al pacienților săi:

- **Articolul 4, alin. 5:** *Tratamentul de recuperare este personalizat în funcție de particularitățile diagnosticului fiecărui copil.*
- **Articolul 16, alin. 2:** *Tratamentul este personalizat în funcție de copil la nivelul său funcțional, de patologie, de înțelegere.*

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Copiii și adulții cu autism din România pot beneficia de asistență de specialitate și de anumite terapii gratuite, în cadrul celor 40 de centre de consiliere și asistență pentru persoane cu autism deschise în 35 dintre județele țării și în București. Aceste centre au fost înființate prin proiectul „Și ei trebuie să aibă o șansă!”, de Fundația Romanian Angel Appeal, în parteneriat cu Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice – Direcția Protecția Copilului și cu Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București. Aceste centre au fost deschise în luna martie 2012 și oferă intervenții personalizate fiecărui beneficiar, în funcție de vârstă și de modul în care este afectat de tulburarea de spectru autist. Psihologii și/sau psihopedagogii din cadrul celor 40 de centre sunt instruiți să lucreze cu persoane cu autism. Ei evaluează fiecare pacient în parte, împreună cu familia, și realizează un plan de acțiune pe termen mediu și lung, în funcție de nevoi. Sesiunile de lucru pot fi individuale și de grup. În prezent, 568 de persoane cu vârste între 2 și 50 de ani beneficiază de asistență în cele 40 de centre.

2. Exemplu de încălcare

Pacientul X în vârstă de 37 de ani a mers la cabinetul stomatologic pentru o intervenție la o lucrare dentară făcută cu jumătate de an înainte⁷⁹⁸. Medicul i-a administrat prima doză de anestezic. În timpul intervenției, deoarece pacientul acuza în continuare dureri, stomatologul a mai folosit încă două doze de anestezic, considerind pe baza experienței anterioare că acestea nu-i pot face rău. După aproximativ o oră pacientul a ieșit din cabinet, dar nu a reușit să facă prea mulți pași că i s-a făcut rău. A fost solicitat medicul primar din cabinetul alăturat care i-a luat tensiunea, constatând că avea o valoare de 270 mmHg. Pacientul a fost oxigenat și s-a chemat serviciul de ambulanță, dar până la sosirea acestuia, pacientul deja intrase în hemipareză pe partea stângă și abia mai putea vorbi. Pacientul a fost transportat la Spitalul de Neurochirurgie, dar până acolo a intrat în stare de inconștiență. Acolo a fost diagnosticat cu accident vascular cerebral. Bărbatul are acum o hemipareză, iar partea stângă a corpului nu o poate mișca. Pacientul suferă de hipertensiune arterială și insuficiență renală, dar medicul stomatolog nu l-a întrebat pe pacient dacă mai are alte boli și nu i-a măsurat tensiunea. Medicul ar fi trebuit să ia în considerare particularitățile pacientului și să adapteze tratamentul în consecință.

798. Ziarul de Iași. 28.05.2008 În coma la ușa stomatologului <http://www.ziaruldeiasi.ro/local/in-coma-la-usa-stomatologului~ni4pra>

3. Cazuri concrete

Pacientul M.M., în vârstă de 65 de ani, a fost adus la Spitalul Județean de Urgență Slatina cu ambulanța în stare de agitație psihomotorie accentuată⁷⁹⁹. Medicul de gardă de la Unitatea Primiri Urgențe, fără să îi facă vreo investigație, îl trimite la Secția de Psihiatrie a spitalului cu diagnosticul „stare de ebrietate; agitație psihomotorie”. Bărbatul decedează la aproximativ nouă ore după ce a fost trimis de la UPU la Psihiatrie, însă acolo cadrele medicale i-au făcut un test de alcoolemie și au constatat că bolnavul nu băuse alcool. Faptul a fost confirmat și în urma necropsiei, care a relevat și că barbatul suferea de afecțiuni pulmonare și cardiace, acestea fiind și cele care i-au provocat moartea. Conform certificatului medical constatator al decesului, cauza directă care a provocat decesul victimei a fost „insuficiența cardio-respiratorie acută declanșată de o pneumonie acută interstițială”. Medicul de gardă a fost suspus investigației de către Comisia de Disciplină a Spitalului, și apoi concediat. Ulterior el a dat spitalul în judecată dar a pierdut cazul iar acum nu mai lucrează ca medic. În plus, medicul este sub cercetare penală pentru a clarifica faptele și a determina dacă acestea atrag raspunderea penală.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Deși dreptul la tratament personalizat este formulat într-o manieră generală, avocații care au dosare privind încălcarea acestui drept trebuie să identifice pe cât de mult posibil aplicarea acestui drept la faptele specifice ale cazului. De exemplu, avocații ar trebui să vadă standardele de practică medicală pentru a stabili atribuțiile medicului de a verifica și lua în considerare antecedentele pacientului înainte de prescrierea tratamentului. E posibil ca acest tip de atribuții să nu apară în textele de legi, ci mai degrabă în manualele de pregătire medicală.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația referitoare la standardele relevante Dreptului la tratament personalizat de la Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate și Dreptul la nondiscriminare și egalitate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.13 Dreptul de a formula plângere

A) DREPTUL DE A FORMULA PLÂNGERE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Orice persoană are dreptul de a formula plângere ori de câte ori a suferit un prejudiciu, precum și dreptul de a primi un răspuns sau orice altă reacție ca urmare a formulării acesteia.

Serviciile de sănătate trebuie să garanteze exercițiul acestui drept, oferind (cu ajutorul terțelor părți) pacienților informații despre drepturile lor, permițându-le să recunoască încălcări ale acestora și să își formalizeze plângerile. O plângere trebuie să fie urmată de un răspuns scris exhaustiv, pregătit de autoritățile din domeniul sănătății într-o perioadă de timp determinată.

Plângerile trebuie să fie făcute conform unor proceduri standardizate și să fie facilitate de organisme independente și/sau organizații neguvernamentale și nu pot aduce atingere dreptului pacienților de a introduce acțiuni în justiție sau de a urma proceduri alternative de soluționare a disputelor.

799. Eveniment de Olt 19 februarie 2012. Medicul Fulga cercetat pentru ucidere din culpa <http://www.evenimentdeolt.ro/eveniment-new/eveniment/medicul-fulga--cercetat-pentru-ucidere-din-culp-a124521e6e8f4458a206c715dfbafac>

B) DREPTUL DE A FORMULA PLÂNGERE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► **Constituția României din 1991, revizuită în 2003**

Dreptul la petiționare este recunoscut oricărei persoane, atât în Constituție, cât și în restul legislației. Constituția garantează accesul liber la justiție al oricărui cetățean sau organizație înființată în mod legal. Dreptul pacientului de a formula o plângere cu privire la un act sau serviciu medical se circumscrie dreptului general de a formula petiții autorităților publice prevăzut în Constituție

- **Articolul 51** privind dreptul de petiționare stabilește următoarele:
 - (1) *Cetățenii au dreptul să se adreseze autorităților publice prin petiții formulate numai în numele semnatarilor.*
 - (2) *Organizațiile legal constituite au dreptul să adreseze petiții exclusiv în numele colectivelor pe care le reprezintă.*
 - (3) *Exercitarea dreptului de petiționare este scutită de taxă.*
 - (4) *Autoritățile publice au obligația să răspundă la petiții în termenele și în condițiile stabilite potrivit legii.*
- **Articolul 21** privind accesul liber la justiție:
 - (1) *Orice persoană se poate adresa justiției pentru apărarea drepturilor, a libertăților și a intereselor sale legitime.*
 - (2) *Nici o lege nu poate îngreuna exercitarea acestui drept.*
 - (3) *Părțile au dreptul la un proces echitabil și la soluționarea cauzelor într-un termen rezonabil.*
 - (4) *Jurisdicțiile speciale administrative sunt facultative și gratuite.*
- **Articolul 24** garantează dreptul la apărare:
 - (1) *Dreptul la apărare este garantat.*
 - (2) *În tot cursul procesului, părțile au dreptul să fie asistate de un avocat, ales sau numit din oficiu.*

Legislație

Dreptul de a formula plângere este reglementat în legislația în materie sub aspectul atragerii răspunderii persoanelor și a entităților responsabile pentru prejudiciul cauzat pacientului. În aceste prevederi este recunoscut implicit și dreptul pacientului de a formula o cerere în justiție/plângere în acest sens.

Sistemul legal românesc reglementează trei tipuri de răspundere în situația în care pacientul își exercită dreptul de a se plânge pentru un act sau serviciu medical, respectiv, (I) răspunderea civilă, care privește repararea prejudiciului cauzat, (II) răspunderea penală, în situația în care în urma actului sau serviciului medical fapta poate fi considerată infracțiune, și (III) răspunderea disciplinară a persoanelor responsabile de actul sau serviciul medical furnizat în mod necorepunzător.

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Legea reglementează în **Titlul XVI răspunderea civilă**, și în **Titlul XII, Capitolul III, Secțiunea 6, răspunderea disciplinară** a personalului medical și a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

A. RĂSPUNDEREA CIVILĂ

● **Articolul 653:**

- stabilește că *personalul medical* se referă la medic, medic dentist, farmacist, asistent medical și moașa care acordă servicii medicale;
- definește *malpraxisul* ca eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice;
- stabilește răspunderea civilă a personalului medical pentru prejudicii produse prin:
 - eroare, neglijență, imprudență sau cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei, prin acte individuale în cadrul procedurilor de prevenție, diagnostic sau tratament;
 - nerespectarea reglementărilor prezentului titlu privind confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale;
 - în exercitarea profesiei și atunci când își depășește limitele competenței, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are competența necesară.
- stabilește în mod expres că răspunderea civilă a personalului medical nu înlătură angajarea răspunderii penale, dacă fapta care a cauzat prejudiciul constituie infracțiune conform legii.

● **Articolul 654:**

- stabilește că persoanele implicate în actul medical vor răspunde proporțional cu gradul de vinovăție al fiecăreia, stabilit de către instanța judecătorească;
- stabilește cazurile în care personalul medical nu va fi ținut răspunzător pentru acte comise în exercitarea profesiei, mai precis:
 - când acestea se datorează condițiilor de lucru, dotării insuficiente cu echipament de diagnostic și tratament, infecțiilor nosocomiale, efectelor adverse, complicațiilor și riscurilor în general acceptate ale metodelor de investigație și tratament, viciilor ascunse ale materialelor sanitare, echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicale și sanitare folosite;
 - când acționează cu bună-credință în situații de urgență, cu respectarea competenței acordate.

● **Articolul 655:**

- stabilește răspunderea civilă de drept comun⁸⁰⁰ a unităților sanitare publice sau private, în calitate de furnizori de servicii medicale pentru prejudiciile produse în activitatea de prevenție, diagnostic sau tratament;
- stabilește că furnizorii sunt răspunzători pentru prejudicii în situația în care acestea sunt consecința:
 - infecțiilor nosocomiale, cu excepția cazului când se dovedește o cauză externă ce nu a putut fi controlată de către instituție;
 - defectelor cunoscute ale dispozitivelor și aparaturii medicale folosite în mod abuziv, fără a fi reparate;
 - folosirii materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, substanțelor medicamentoase și sanitare, după expirarea perioadei de garanție sau a termenului de valabilitate a acestora, după caz;
 - acceptării de echipamente și dispozitive medicale, materiale sanitare, substanțe medicamentoase și sanitare de la furnizori, fără asigurarea prevăzută de lege, precum și subcontractarea de servicii medicale sau nemedicale de la furnizori fără asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.
- prevede că unitățile medicale răspund în condițiile legii civile pentru prejudiciile produse de personalul medical angajat, în solidar cu acesta⁸⁰¹.

800. Articolul 1349 și următoarele privind răspunderea civilă prevăzute în Codul Civil.

801. Articolul 1372 și următoarele prevăzute în Codul Civil.

- **Articolul 656** atrage răspunderea civilă a unităților sanitare publice sau private, pentru prejudiciile cauzate în mod direct sau indirect pacienților și care sunt rezultatul nerespectării reglementărilor interne ale unității sanitare.
- **Articolul 657** prevede că unitățile sanitare publice sau private, furnizoare de servicii medicale, și producătorii de echipamente și dispozitive medicale, substanțe medicamentoase și materiale sanitare răspund conform legislației civile pentru prejudicii care au fost generate în mod direct sau indirect de viciile ascunse ale echipamentelor și dispozitivelor medicale, substanțelor medicamentoase și materialelor sanitare, în perioada de garanție/valabilitate.
- **Articolul 658** stabilește că vor răspunde pentru situațiile antemenționate și furnizorii de servicii medicale sau nemedicale, subcontractate de către unitățile sanitare publice sau private, în cazul prejudiciilor aduse pacienților în mod direct sau indirect, ca urmare a serviciilor prestate.
- **Articolul 659** prevede răspunderea furnizorilor de servicii medicale sau nemedicale, subcontractate de către unitățile sanitare publice sau private furnizoare de servicii medicale, în cazul prejudiciilor aduse pacienților în mod direct sau indirect, ca urmare a serviciilor prestate.
- **Articolul 667** prevede obligația medicilor de a avea încheiată o poliță de asigurare valabilă pentru cazuri de malpraxis și impune regula conform căreia o copie de pe asigurare va fi prezentată înainte de încheierea contractului de muncă, fiind o condiție obligatorie pentru angajare.
- **Articolul 668:**
 - stabilește dreptul persoanelor despre care se constată că au fost supuse unui act de malpraxis medical să fie despăgubite pentru prejudiciile de care asigurații răspund, precum și pentru cheltuielile de judecată ale persoanei prejudiciate prin actul medical;
 - prevede că asigurarea de răspundere civilă va cuprinde toate tipurile de tratamente medicale ce se efectuează în specialitatea și competența profesională a asiguratului și în gama de servicii medicale oferite de unitățile de profil.
- **Articolul 673:**
 - stabilește că despăgubirile se pot stabili pe cale amiabilă, în cazurile în care rezultă cu certitudine răspunderea civilă a asiguratului;
 - în cazul în care părțile - asigurat, asigurător și persoana prejudiciată - cad de acord sau nu, este certă culpa asiguratului, despăgubirile se vor plăti numai în baza hotărârii definitive a instanței judecătorești competente.
- **Articolele 679 și 683:**
 - reglementează existența, la nivelul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, a Comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis (Comisia);
 - prevăd rolul Comisiei de a stabili prin decizie, dacă în cauză a fost sau nu o situație de malpraxis; decizia se comunică tuturor persoanelor implicate, inclusiv asiguratorului, în termen de 5 zile calendaristice.
- **Articolul 681** identifică persoanele care pot depune plângeri în fața Comisiei, mai precis:
 - persoana care se consideră victima unui act de malpraxis sau, după caz, reprezentantul legal al acesteia;
 - succesorii persoanei decedate ca urmare a unui act de malpraxis imputabil unei activități de prevenție, diagnostic și tratament.
- **Articolul 684:**
 - prevede dreptul asiguratorului sau al oricăreia dintre părțile implicate de a contesta la instanța de judecată competentă decizia Comisiei;
 - termenul de contestare este de 15 zile de la data comunicării deciziei, iar acțiunea se depune la judecătoria din circumscripția locului unde a avut loc actul de malpraxis (**Articolul 687**);

- stipulează că procedura stabilirii cazurilor de malpraxis nu împiedică liberul acces la justiție potrivit dreptului comun.
- **Articolul 688** prevede termenul înăuntrul căruia poate fi introdusă o acțiune de drept comun contra unui act de malpraxis - 3 ani de la producerea prejudiciului, cu excepția faptelor ce reprezintă infracțiuni (caz în care se aplică prescripțiile specifice dreptului penal).

B. RĂSPUNDERE DISCIPLINARĂ

- **Articolul 450** conține prevederea generală conform căreia medicul răspunde disciplinar pentru nerespectarea următoarelor reglementări:
 - legile și regulamentele profesiei medicale
 - Codul de deontologie medicală și regulile de bună practică profesională
 - Statutul Colegiului Medicilor din România
 - deciziile obligatorii adoptate de organele de conducere ale Colegiului Medicilor din România, precum și pentru orice fapte săvârșite în legătură cu profesia, care sunt de natură să prejudicieze onoarea și prestigiul profesiei sau ale Colegiului Medicilor din România
- **Articolul 451:**
 - stabilește dreptul oricărei persoane interesate de a depune o plângere împotriva unui medic;
 - plângerea împotriva unui medic se depune la colegiul al cărui membru este medicul;
 - în cazul medicilor cetățeni ai unui stat membru al UE, ai unui stat aparținând SEE sau ai Confederației Elvețiene, plângerea se depune la colegiul în a cărui rază medicul își desfășoară activitatea;
 - împotriva deciziei de respingere a plângerii persoana care a făcut plângerea poate depune contestație la colegiul a cărui decizie se contestă.
- **Articolul 456:**
 - decizia pronunțată se comunică medicului sancționat și Biroului executiv al Colegiului Medicilor din România; Persoana fizică sau juridică care a făcut sesizarea va fi informată cu privire la soluționarea cauzei de către comisia de disciplină;
 - În termen de 15 zile de la comunicare, medicul sancționat, persoana care a făcut sesizarea, Ministerul Sănătății, președintele colegiului teritorial sau președintele Colegiului Medicilor din România poate contesta decizia pronunțată de comisia de disciplină a colegiului teritorial.

C. ALTE PREVEDERI RELEVANTE INCLUSE ÎN LEGEA NR. 95/2006 PRIVIND REFORMA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, REPUBLICATĂ

- **Articolul 913** prevede următoarele reguli privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere:
 - pacienții având calitatea de asigurați în sistemul public de sănătate, în situația în care casele de asigurări de sănătate, nu le aprobă cererile privind autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere sau rambursarea propriu-zisă, au dreptul să facă o contestație la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana asigurată;
 - contestația va fi trimisă la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana asigurată în termen de 15 zile de la primirea refuzului, iar Fondul trebuie să răspundă în termen de 15 zile de la înregistrarea contestației;
 - Ulterior comunicării răspunsului la contestație sau la expirarea termenului de răspuns, asiguratul se poate adresa instanței de contencios administrativ potrivit prevederilor Legii nr. 554/2004, cu modificările și completările ulterioare. (Nota autorului: Răspunsul Fondului la contestația

pacientului poate fi atacat mai departe la instanțele de contencios administrativ, conform unei legi distincte, Legea 554/2004. La fel, pacientul se va adresa direct instanței de contencios administrativ la expirarea celor 15 zile de la înregistrarea contestației pacientului.)

► **Codul civil**

Codul civil cuprinde prevederi generale asupra:

- Dreptul persoanelor la viață, sănătate și integritate (Cartea I, Titlul II, Capitolul II, Secțiunea II)
- Protecția drepturilor nepatrimoniale (Cartea I, Titlul V)
- Răspunderea civilă (Cartea V, Capitolul IV)

Cartea I, Titlul II, Capitolul II, Secțiunea II conține următoarele prevederi:

- garantarea și protecția vieții, sănătății și integrității fizice și psihice a oricărei persoane (**Articolul 61, alin.1**);
- prevalența interesului și binelui ființei umane asupra interesului unic al societății sau al științei (**Articolul 61, alin. 2**);
- interzicerea oricăror intervenții medicale asupra caracterelor genetice având drept scop modificarea descendenței persoanei, cu excepția celor care privesc prevenirea și tratamentul maladiilor genetice; interzicerea oricărei intervenții având drept scop crearea unei ființe umane genetic identice unei alte ființe umane vii sau moarte, precum și crearea de embrioni umani în scopuri de cercetare (**Articolul 63, alin. 1 și 2**)
- inviolabilitatea corpului uman (**Articolul 64, alin. 1**);
- interzicerea experiențelor, testelor, prelevărilor, tratamentelor sau altor intervenții în scop terapeutic ori în scop de cercetare științifică decât în cazurile și în condițiile expres și limitativ prevăzute de lege (**Articolul 67**);
- prelevarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană de la donatori în viață se fac exclusiv în cazurile și condițiile prevăzute de lege, cu acordul scris, liber, prealabil și expres al acestora și numai după ce au fost informați, în prealabil, asupra riscurilor intervenției (**Articolul 68**);
- sesizarea instanței judecătorești pentru a împiedica sau a face să înceteze orice atingere ilicită adusă integrității corpului uman, precum și pentru a dispune repararea daunelor materiale și morale suferite (**Articolul 69**).

Cartea I, Titlul V privind apărarea drepturilor nepatrimoniale:

- pentru apărarea drepturilor nepatrimoniale, persoana poate cere oricând instanței (**Articolul 253, alin.1**):
 - interzicerea săvârșirii faptei ilicite, dacă aceasta este iminentă;
 - încetarea încălcării și interzicerea pentru viitor, dacă aceasta durează încă;
 - constatarea caracterului ilicit al faptei săvârșite, dacă tulburarea pe care a produs-o subzistă.
- persoana care a suferit o încălcare a unor drepturi nepatrimoniale poate cere instanței să îl oblige pe autorul faptei să îndeplinească orice măsuri socotite necesare de către instanță spre a ajunge la restabilirea dreptului atins, cum sunt (**Articolul 253, alin.3**):
 - obligarea autorului, pe cheltuiala sa, la publicarea hotărârii de condamnare; (*Nota autorului: în fiecare caz în parte, instanța stabilește modul în care se realizează publicarea; aceasta poate fi, de exemplu, un ziar de largă circulație sau un loc public.*)
 - orice alte măsuri necesare pentru încetarea faptei ilicite sau pentru repararea prejudiciului cauzat.
- prevede că persoana prejudiciată poate cere despăgubiri sau, după caz, o reparație patrimonială pentru prejudiciul, chiar nepatrimonial, ce i-a fost cauzat, dacă vătămarea este imputabilă autorului faptei prejudiciabile; în aceste cazuri, dreptul la acțiune este supus prescripției extinctive (**Articolul 253, alin. 4**);
- persoana care susține încălcarea drepturilor sale nepatrimoniale poate să ceară instanței judecătorești luarea unor măsuri provizorii (**Articolul 255, alin. 2, literele a și b**), cum ar fi interzicerea încălcării sau încetarea ei provizorie sau luarea măsurilor necesare pentru a asigura conservarea probelor;
- recunoaște dreptul soțului supraviețuitor, oricăreia dintre rudele în linie dreaptă ale persoanei decedate, precum și al oricăreia dintre rudele sale colaterale până la gradul al patrulea inclusiv, de a

introduce acțiunea pentru restabilirea dreptului nepatrimonial al persoanei decedate (**Articolul 256, alin. 1**).

Cartea V, Capitolul IV include următoarele prevederi privind răspunderea civilă:

- orice persoană are îndatorirea să respecte regulile de conduită pe care legea sau obiceiul locului le impune și să nu aducă atingere, prin acțiunile ori inacțiunile sale, drepturilor sau intereselor legitime ale altor persoane (**Articolul 1349, alin. 1**);
- în cazurile anume prevăzute de lege, o persoană este obligată să repare prejudiciul cauzat de fapta altuia, de lucrurile ori animalele aflate sub paza sa (**Articolul 1349**);
- orice persoană trebuie să își execute obligațiile pe care le-a contractat, iar atunci când fără justificare, nu își îndeplinește această îndatorire, ea este răspunzătoare de prejudiciul cauzat celeilalte părți și este obligată să repare acest prejudiciu (**Articolul 1350**);
- în caz de vătămare a integrității corporale sau a sănătății, poate fi acordată și o despăgubire pentru restrângerea posibilităților de viață familială și socială (**Articolul 1391, alin. 1**);
- instanța judecătorească va putea, de asemenea, să acorde despăgubiri ascendenților, descendenților, fraților, surorilor și soțului, pentru durerea încercată prin moartea victimei, precum și oricărei alte persoane care, la rândul ei, ar putea dovedi existența unui asemenea prejudiciu (**Articolul 1391, alin. 2**);
- cel care a făcut cheltuieli pentru îngrijirea sănătății victimei sau, în caz de deces al acesteia, pentru înmormântare are dreptul la înapoierea lor de la cel care răspunde pentru fapta ce a prilejuit aceste cheltuieli (**Articolul 1392**);
- prejudiciul se repară integral, dacă prin lege nu se prevede altfel; despăgubirea trebuie să cuprindă pierderea suferită de cel prejudiciat, câștigul pe care în condiții obișnuite el ar fi putut să îl realizeze și de care a fost lipsit, precum și cheltuielile pe care le-a făcut pentru evitarea sau limitarea prejudiciului (**Articolul 1385, alin. 1 și 3**);
- se vor putea acorda despăgubiri și pentru un prejudiciu viitor dacă producerea lui este neîndoielnică; dacă fapta ilicită a determinat și pierderea șansei de a obține un avantaj sau de a evita o pagubă, reparația va fi proporțională cu probabilitatea obținerii avantajului ori, după caz, a evitării pagubei, ținând cont de împrejurări și de situația concretă a victimei (**Articolul 1385, alin. 2 și 4**).

► Codul penal

Personalul medical poate răspunde penal dacă fapta care a cauzat prejudiciul reprezintă o infracțiune conform legislației penale. Pacientul are posibilitatea să solicite repararea prejudiciului printr-o acțiune promovată în cadrul procesului penal⁸⁰². Deși majoritatea prevederilor din codul penal sunt aplicabile tuturor persoanelor, există o serie de infracțiuni care au relevanță în contextul furnizării asistenței medicale. Acestea sunt:

- Uciderea la cererea victimei (**Articolul 190**)
- Determinarea sau înlesnirea sinuciderii (**Articolul 191**)
- Uciderea din culpă (**Articolul 192**)
- Lovirea sau alte violențe (**Articolul 193**)
- Vătămarea corporală (**Articolul 194**)
- Lovirile sau vătămarile cauzatoare de moarte (**Articolul 195**)
- Vătămarea corporală din culpă (**Articolul 196**). Acțiunea penală pentru această infracțiune se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate (**alin. 6**)
- Întrepruperea cursului sarcinii (**Articolul 201**)
- Vătămarea fătului (**Articolul 202**)
- Lăsarea fără ajutor a unei persoane aflate în dificultate (**Articolul 203**)

802. A se vedea Art. 19 și următoarele din Codul de procedură penală.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- ▶ **Normele metodologice din 14 martie 2007 de aplicare a titlului XV Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**

Normele stabilesc în **Articolul 14** două căi alternative pentru persoanele prejudiciate prin fapte de malpraxis, acestea putându-se adresa fie: (1) Comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis, fie (2) instanței judecătorești competente. *(Nota autorului: persoana prejudiciată se poate adresa atât Comisiei, cât și instanței, în același timp)*

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

- ▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

Codul deontologic reglementează principiile conform cărora se desfășoară judecarea cauzelor deontologice (**Capitolul VIII**). Acestea se referă la celeritatea soluționării cauzei (**Articolul 54**), prezumția de nevinovăție (**Articolul 55**), imparțialitatea persoanelor care judecă respectiva cauză (**Articolul 56**), contradictorialitatea (**Articolul 57**), expertiza (**Articolul 58**) și procedura audierilor în fața Comisiei (**Articolul 59**).

Codul nu reglementează procedura administrativă (s.n aceasta este stabilită în Statutul fiecărui colegiu în parte – al medicilor, medicilor dentiști, farmaciștilor), ci oferă anumite reguli generale ce trebuie avute în vedere de către forurile competente în soluționarea plângerilor sau sesizărilor formulate împotriva membrilor colegiilor din care fac parte medicii sau farmaciștii.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

- ▶ **Statutul Colegiului Medicilor din România**

Statutul stabilește reguli procedurale în situația în care a fost formulată o plângere împotriva unui medic (**Capitolul VI**).

Statutul nu prevede expres dreptul pacientului de a sesiza organele profesionale competente în cazuri privind răspunderea disciplinată a medicilor, însă **Articolul 101** recunoaște dreptul persoanei care a trimis o plângere privind un posibil act de malpraxis al unui medic să atace decizia Comisiei de disciplină la Comisia Superioară de Disciplină.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Pacientul s-a adresat Comisiei de disciplină a colegiului medicilor X astfel încât să fie declanșată procedura atragerii răspunderii disciplinare a medicului Y care i-a oferit îngrijiri medicale în urma cărora starea de sănătate a pacientului s-a agravat și a fost nevoit să fie operat într-un stat membru al Uniunii Europene. Comisia a luat cazul sub observare, a dispus audierea persoanelor în cauză, anume a medicului curant și a personalului medical auxiliar, a solicitat opinia unui expert în domeniu și, în termen legal s-a pronunțat, sancționând medicul în cauză prin raportare la culpa efectivă a acestuia și a dispozițiilor legale aplicabile.

2. Exemplet de încălcare

Pacientul X a formulat o cerere de chemare în judecată a medicului Y având ca obiect pretenții, în temeiul răspunderii civile delictuale. Instanța de judecată a respins acțiunea pacientului la primul termen de judecată invocând din oficiu excepția neîndeplinirii procedurii administrative prealabile.

3. Cazuri concrete

La momentul redactării prezentului Ghid nu se cunosc cauze privind domeniul sănătății care să aibă ca și obiect încălcarea dreptului persoanei de a sesiza fie organele competente în atragerea răspunderii disciplinare a personalului medical și a furnizorilor de servicii medicale, fie în mod direct instanța de judecată.

Cu toate acestea, au existat cazuri în care prin raportare la dispoziții legale speciale a fost încălcat dreptul persoanei la accesul liber la justiție.

- Astfel, prin sentința penală nr. 304/2008 a Judecătorei Craiova având ca obiect plângere împotriva soluției procurorului, instanța a stabilit că deși Codul de Procedură Penală nu cuprinde și ipoteza în care învinutul formulează plângere împotriva soluției dispuse de procuror, acest drept îi este recunoscut învinutului de dispozițiile Articolului 21 alin.1 din Constituția României potrivit căreia orice persoană se poate adresa justiției pentru apărarea drepturilor, libertăților și a intereselor sale legitime, precum și de Articolul 6 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale. În consecință, instanța a admis plângerea inculpatului.

De asemenea, cu privire la neconstituționalitatea anumitor dispoziții legale care prevăd parcurgerea unei proceduri prealabile sesizării instanței s-a pronunțat Curtea Constituțională.

- Astfel, prin Decizia 266/2014 Curtea a admis excepția de neconstituționalitate și a statuat că prevederile Articolului 2 alin.1 și 1 ind.2 din Legea nr.192/2006⁸⁰³ privind medierea și organizarea profesiei de mediator sunt neconstituționale⁸⁰⁴.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Pentru recuperarea prejudiciului cauzat pacientului printr-un act medical, avocatul acestuia trebuie să aibă în vedere, în primul rând situația de fapt concretă și ulterior să analizeze posibilele acțiuni pe care le are la îndemână pentru apărarea intereselor clientului său.
- Există trei modalități prin care avocatul poate solicita în numele pacientului său repararea prejudiciului cauzat, respectiv (I) pe cale amiabilă, prin negociere directă fie cu persoana responsabilă în cauză, fie cu asigurătorul acesteia, (II) prin intermediul instanței de judecată printr-o acțiune civilă, (III) în cadrul acțiunii civile din cadrul procesului penal, dacă fapta săvârșită de personalul medical constituie infracțiune conform legii.
- Este important de reținut faptul că pentru recuperarea prejudiciului cauzat pacientului nu trebuie parcursă nicio altă procedură administrativă prealabilă, înainte de introducerea unei acțiuni în justiție.
- Sesizarea comisiilor de disciplină și/sau de malpraxis, conform legii, este un drept al pacientului și nu o obligație ca și condiție prealabilă sesizării instanțelor de judecată.
- În situația unui litigiu avocatul trebuie totuși să ceară efectuarea unei expertize de specialitate, pentru a putea fi stabilită culpa medicală, iar în practică așa se și procedează. (Nota autorului: Codul de

803. Art. 2. - (1) Dacă legea nu prevede altfel, părțile, persoane fizice sau persoane juridice, sunt obligate să participe la ședința de informare privind avantajele medierii, inclusiv, dacă este cazul, după declanșarea unui proces în fața instanțelor competente, în vederea soluționării pe această cale a conflictelor în materie civilă, de familie, precum și în alte materii, în condițiile prevăzute de lege. [...].(12) Instanța va respinge cererea de chemare în judecată ca inadmisibilă în caz de neîndeplinire de către reclamant a obligației de a participa la ședința de informare privind medierea, anterior introducerii cererii de chemare în judecată, sau după declanșarea procesului până la termenul dat de instanță în acest scop, pentru litigiile în materiile prevăzute de art. 601 alin. (1) lit. a) -f).

804. La momentul redactării prezentului Ghid Decizia Curții nu a fost încă publicată în Monitorul Oficial al României și pe cale de consecință nu putea reda raționamentul Curții. Până la momentul publicării, dispozițiile legii constatate ca fiind neconstituționale sunt suspendate.

procedură civilă nu impune reguli privind folosirea anumitor probe. Utilizarea expertizei medicale nu este o obligație, ci mai mult o strategie pentru avocat pentru a se asigura că instanța are la dispoziție informații și concluzii de specialitate legate de caz. Procesul se poate desfășura și fără realizarea unei expertize, dacă părțile nu sunt de acord cu acest lucru, însă instanța nu va putea să stabilească adevărul medical fără concluziile unui expert în domeniu)

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

Vă rugăm să parcurgeți informația relevantă pentru Dreptul de a depune plângere oferită la Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.14 Dreptul la despăgubiri

A) DREPTUL LA DESPĂGUBIRI AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Fiecare persoană are dreptul de a primi suficiente despăgubiri într-un termen rezonabil de scurt, oricând aceasta suferă o vătămare fizică, morală sau psihică printr-un tratament medical.

Serviciile medicale trebuie să garanteze despăgubirea, indiferent de gravitatea vătămării și cauza ei (de la așteptare excesiv de lungă până la un caz de malpraxis), chiar atunci când răspunderea nu a fost în cele din urmă determinată în mod absolut.

B) DREPTUL LA DESPĂGUBIRI AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIE / LEGEA INTERNĂ

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 52** garantează dreptul la un remediu atunci când persoana a fost vătămată prin acțiunea unei autorități publice⁸⁰⁵. Totuși, această prevedere este limitată la “autorități publice”.
- **Articolul 21** garantează dreptul la acces la justiție, pentru apărarea drepturilor, libertăților și intereselor legitime ale persoanei.

Legislație

► Codul civil

Articolele 1349-1395 din Codul civil prevăd condițiile pentru angajarea răspunderii civile delictuale. Despăgubirile care pot fi acordate sunt pentru daune materiale și/sau daune nepatrimoniale. În particular:

- **Articolul 1387** descrie despăgubirile care se acordă pentru vătămarea integrității corporale și a sănătății; aceste vătămări constau în pierderea venitului care ar fi rezultat din muncă datorită

805. Articolul 34 Dreptul la ocrotirea sănătății

(1) Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.

(2) Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice.

(3) Organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei se stabilesc potrivit legii.

pierderii capacității de muncă a persoanei, cheltuielile cu îngrijirile medicale și cheltuielile datorate nevoii de a îmbunătăți condițiile de viață ale persoane, precum și orice altă vătămare materială;

- pentru daunele nepatrimoniale, **Articolul 1391** prevede că atunci când există o vătămare a integrității corporale sau a sănătății persoanei, curtea poate acorda despăgubiri pentru limitarea posibilităților de a trăi o viață de familie și o viață socială ca în trecut. Se prevede de asemenea posibilitatea de a acorda despăgubiri pentru familia persoanei decedate pentru suferința cauzată de moartea persoanei.

► **Codul de procedură penală**

În cadrul legal românesc, răspunderea penală nu este incompatibilă cu răspunderea civilă. Într-un proces penal, persoana vătămată are dreptul să se constituie ca parte civilă, iar organele de urmărire penală și cele judiciare au obligația de a informa partea vătămată despre acest drept.

- **Articolul 19** Obiectul și exercitarea acțiunii civile:
 - (1) *Acțiunea civilă exercitată în cadrul procesului penal are ca obiect repararea prejudiciului material sau moral produs prin săvârșirea infracțiunii.*
 - (2) *Acțiunea civilă se exercită de persoana vătămată sau de succesorii acesteia, care se constituie parte civilă împotriva inculpatului și, după caz, a părții responsabile civilmente.*
 - (3) *Când persoana vătămată este lipsită de capacitate de exercițiu sau are capacitate de exercițiu restrânsă, acțiunea civilă se exercită în numele acesteia de procuror, în condițiile Articolului 20 alin. 1 și 2. Reprezentantul legal al persoanei vătămate lipsite de capacitate de exercițiu are dreptul de a exercita acțiunea civilă în numele acesteia.*
 - (4) *Acțiunea civilă se soluționează în cadrul procesului penal, dacă prin aceasta nu se depășește durata rezonabilă a procesului.*
 - (5) *Repararea prejudiciului material și moral se face potrivit dispozițiilor legii civile.*

Alte prevederi relevante din Codul de procedură penală privind răspunderea civilă pot fi găsite la **Articolele de la 20 la 28**.

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

- **Articolele de la 667 la 678** reglementează obligativitatea asigurării de răspundere civilă pentru personalul medical, precum și principalele reguli pentru despăgubirea persoanelor vătămate de acte de malpraxis. În esență, profesioniștii din domeniul medical sunt obligați să încheie o asigurare de răspundere civilă pentru a acoperi prejudiciile create prin acte de malpraxis.
- **Articolul 669, alin. 1:** *Despăgubirile se acordă pentru sumele pe care asiguratul este obligat să le plătească cu titlu de dezdăunare și cheltuieli de judecată persoanei sau persoanelor păgubite prin aplicarea unei asistențe medicale neadecvate, care poate avea drept efect inclusiv vătămarea corporală ori decesul.*
- **Articolele de la 679 la 685** prevăd regulile pentru stabilirea răspunderii civile a personalului medical.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- **Normele metodologice din 14 martie 2007 de aplicare a titlului XV Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu au fost identificate prevederi relevante în codurile deontologice ale furnizorilor.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Pacientul X a decis să se supună unei operații chirurgicale de bypass gastric în vederea pierderii în greutate la recomandarea medicului Z. Ulterior operației pacientul a suferit complicații post-operatorii severe care nu au fost diagnosticate și tratate corect și în timp util. Pacientul a considerat că a suferit o deteriorare semnificativă a stării de sănătate, care a împiedicat-o să își desfășoare activitatea profesională timp de șase luni. Pacientul, prin avocat, a informat doctorul că urmează să introducă o acțiune civilă pentru acoperirea prejudiciului creat prin intervenția medicală. X va cere instanței 300.000 lei daune materiale. Astfel, pacientul a trimis cererea de chemare în judecată la Judecătoria Z (competentă în primă instanță) și a învederat dovezile privind prejudiciul (raport medical de expertiză, înscrisuri emise de angajator privind absența acesteia de la serviciu și martori care să relateze greutatea pe care le suferă zilnic din cauza intervenției medicale). La proces, medicul a recunoscut erorile pe care le-a comis în timpul intervenției medicale și a achiesat la pretențiile pacientei (conform regulilor Codului de procedură civilă privind achiesarea, la Articolul 463). Astfel că Judecătoria Z a pronunțat o decizie finală, iar reclamanta a primit 200.000 lei în urma evaluării prejudiciului realizată de către instanță. Conform Articolului 662 al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, despăgubirile pot fi plătite în urma unei decizii finale a instanței. Pacientul, după ce a primit decizia finală a instanței, a primit despăgubirile de la asiguratorul privat al medicului.

2. Exemplu de încălcare

Doamna B este o femeie însărcinată care s-a adresat doctorului H, un medic obstetrician, să o asiste în timpul nașterii. Dna B a decis că va avea o naștere pe cale naturală. Când a auzit această opțiune, medicul nu a luat în considerare anumite aspecte esențiale ce țin de conformația fizică a doamnei B, cum ar fi dimensiunea mică a pelvisului, dimensiunea mare a fătului și alte date importante privind riscurile asociate sarcinii lui B. În timpul nașterii, fătul a fost vătămat grav. Celelalte manevre realizate în timpul nașterii i-au provocat pacientei multiple rupturi de col uterin. Drept urmare, pacienta a depus plângere penală împotriva doctorului pentru vătămare corporală (Articolul 194 Cod penal) și vătămarea fătului (Articolul 202 Cod penal) și a dorit de asemenea să se constituie ca parte civilă în procesul penal, solicitând despăgubiri de 500.000 lei. Pacienta a trimis plângerea penală, însă organele de cercetare penală au întârziat înregistrarea plângerii și realizarea urmăririi penale. Pe perioade lungi de timp nu s-au realizat acte de urmărire penală și nu au existat inițiative din partea organelor de urmărire penală pentru a afla adevărul și a stabili răspunderea medicului. Atunci când erau întrebate de către pacientă despre desfășurarea urmăririi penale, organele competente răspundeau într-o manieră stereotipă, anume că „au luat toate măsurile necesare”. Această situație a dus la prescrierea răspunderii penale a medicului, iar doamna B a primit o soluție de clasare din partea procurorului. Ca atare, doamna B a pierdut și posibilitatea de a solicita despăgubiri civile pentru acoperirea prejudiciului creat prin încălcarea drepturilor sale.

3. Cazuri concrete

Dna O.S. se afla în săptămâna a 37-a de sarcină când a fost internată la Spitalul C, sub supravegherea Dr. L.M., cu o serie de simptome îngrijorătoare (metroragii ușoare, hipertensiune arterială). Medicul a făcut o ecografie și a decis că cea mai bună opțiune este realizarea unei cezariene care a și fost programată pentru a doua zi. Ultima monitorizare a stării de sănătate a pacientei a avut loc în acea noapte în jurul orei 23:00. Dna O.S. nu a fost supravegheată deloc pe timpul nopții, deși exista un medic de gardă, Dr. P.C. A doua zi de dimineață, în jurul orei 6, asistenta medicală care monitoriza

pacienta a observat lipsa bătăilor cordului fetal și a chemat medicul de gardă, Dr. M.C. Acest medic a realizat o ecografie și, conform susținerilor dnei O.S. a refuzat să îi ofere acesteia informații. La ora 7:45, medicul personal al dnei O.S., Dr. L.M. a venit la spital și, observând lipsa bătăilor cordului fetal a procedat la inducerea travaliului, însă fătul era deja mort. Dna O.S. s-a plâns la Colegiul Medicilor, care a stabilit că medicii implicați în tratarea ei au încălcat standardele profesionale și a decis să emită o sancțiune disciplinară contra Dr. L.M. (interdicția exercitării profesiei pe o durată de 6 luni și obligarea la parcurgerea unor cursuri în domeniul obstetricii în următoarele 6 luni) și contra Dr. P.C. (muștrare). Reclamanta a introdus și o acțiune în despăgubiri la Judecătoria Sector 1, argumentând că medicii au produs prejudiciul deoarece nu au respectat standardele profesionale în cazul pacientelor însărcinate care au simptomele manifestate de dna O.S.. Pacienta a afirmat că i-a fost pusă în pericol viața și că a fost supusă la suferințe fizice și psihice. Din raportul Colegiului Medicilor de la dosar, instanța a observat că în urma investigațiilor medicale făcute pacientei O.S. la internarea acesteia, operația de cezariană ar fi trebuit să fie făcută imediat, nu în ziua următoare. Mai mult, medicul șef de secție avea obligația să consulte direct pacienții nou internați – instanța observând că Dr. P.C. nu a îndeplinit această obligație, ci s-a mulțumit cu prezentarea orală a cazului făcută de Dr. L.M. Instanța a constatat, de asemenea, că Dr. P.C. a încălcat standardele profesionale legate de supravegherea personalului medical din subordine care nu a monitorizat semnele vitale ale pacientei în timpul nopții. Instanța a constatat și că Dr. M.C. este răspunzător pentru că nu a oferit pacientei informații după ce a aflat că fătul nu mai prezintă bătăi ale inimii și pentru că nu a oferit pacientei sprijin moral, ci a așteptat întoarcerea Dr. L.M. la ora 7:45 dimineața. În fața unui caz grav, Dr. P.C. și M.C. erau de gardă și ar fi trebuit să ia măsurile de urgență de inducere a travaliului și informarea pacientei. Cât privește prejudiciul moral creat prin decesul fătului, acesta este evident. În plus, instanța a subliniat că suferința psihică a fost exacerbată de dezinformarea din partea medicului, după realizarea intervențiilor medicale. Drept urmare, instanța a admis cererea reclamantei întemeiate pe Codul civil și a ordonat personalului medical al spitalului să plătească despăgubiri morale în valoare de 200.000 lei, pe care instanța le-a considerat juste⁸⁰⁶. Hotărârea instanței a fost atacată de către părți și în acest moment cauza este în stare de rejudecare de către instanța de apel, după ce hotărârea a fost casată cu trimitere de către instanța de recurs la data de 6 mai 2015.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Pentru a cere despăgubiri, avocatul trebuie să prezinte instanței dovezi privind existența prejudiciului creat prin actul medical necorespunzător. În anumite cazuri, prejudiciul este unul subînțeles, și atunci avocatul nu trebuie să prezinte probe suplimentare – în special în cazul prejudiciului moral. Spre exemplu, în cazul menționat mai sus la „Cazuri concrete”, prima instanță a afirmat că, pentru ca evaluarea prejudiciului moral să nu fie pur subiectiv, instanța trebuie să observe suferința morală și fizică pe care în mod rezonabil persoana le-a resimțit în urma decesului fătului său.
- Atunci când se cer daune materiale, avocații trebuie să depună toate eforturile pentru a prezenta instanței cât mai multe probe (documente medicale, rapoarte de expertiză, adeverințe privind pierderea capacității de muncă, certificate medico-legale sau chiar declarații ale martorilor) care să caracterizeze prejudiciul suferit de pacient. Aceste dovezi nu trebuie să arate doar că prejudiciul este cert, ci trebuie să ajute la determinarea întinderii prejudiciului, iar cererea privind despăgubirea trebuie să fie proporțională cu prejudiciul suferit. Instanța are ultimul cuvânt în legătură cu dimensiunea despăgubirilor acordate, indiferent de suma cerută de reclamant.
- Atunci când se ia decizia realizării unor expertize în proces, avocații trebuie să îi informeze temeinic pe clienții lor cu privire la costul acestor expertize și să solicite aceste expertize numai după ce primesc un răspuns afirmativ ferm din partea clienților lor. Această precauție este necesară deoarece partea reprezentată de avocat poate să cadă în pretențiile celeilalte părți, și atunci va trebui să achite cheltuielile de judecată.

806. Judecătoria Sectorului 1 București, Sentința Civilă nr. 11541 din 26 iunie 2013, publicată în Roxana Maria Călin, *Malpraxis: Răspunderea medicului și a furnizorilor de servicii medicale*, 2014.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

A se vedea discuțiile privind standardele internaționale și regionale relevante Dreptului la despăgubiri în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.15 Alte drepturi ale pacienților în România

DREPTUL LA DEMNITATE

A) DREPTUL LA DEMNITATE NU ESTE ABORDAT SEPARAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR)

Dreptul la demnitate nu este abordat separat în Carta Europeană a Drepturilor Pacienților (ECPR), dar este în mod particular important în contextul românesc datorită prevederilor specifice referitoare la inviolabilitatea demnității umane (prevăzute în Articolul 1 al Cartei Libertăților Fundamentale a UE precum și datorită existenței unor prevederi exprese în legislația națională).

B) DREPTUL LA DEMNITATE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- În **Articolul 1, alin. 3**, Constituția recunoaște demnitatea umană ca una dintre valorile fundamentale constituționale: *România este stat de drept, democratic și social, în care demnitatea omului, drepturile și libertățile cetățenilor, libera dezvoltare a personalității umane, dreptatea și pluralismul politic reprezintă valori supreme, în spiritul tradițiilor democratice ale poporului român și idealurilor Revoluției din decembrie 1989, și sunt garantate.*

Legislație

▶ Noul Cod Civil, 2009, Articolul 58 și Articolul 72 prevăd drepturile persoanei și dreptul la demnitate:

- **Articolul 58:** *(1) Orice persoană are dreptul la viață, la sănătate, la integritate fizică și psihică, la demnitate, la propria imagine, la respectarea vieții private, precum și alte asemenea drepturi recunoscute de lege. (2) Aceste drepturi nu sunt transmisibile.*
- **Articolul 72, alin. 1:** *Orice persoană are dreptul la respectarea demnității sale.*

▶ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015

- **Articolul 380** referitor la principiile de bază aplicabile în cazul luării deciziilor care includ nediscriminarea pacienților și respectul pentru demnitatea umană: *Deciziile și hotărârile cu caracter medical vor fi luate avându-se în vedere interesul și drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului și sănătatea publică.*

- ▶ **Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată**
 - **Articolul 15** protejează dreptul la demnitate al persoanei. Textul articolului interzice încălcarea demnității pe motiv *rasă, naționalitate, etnie, religie, categorie socială sau la o categorie defavorizată ori de convingerile, sexul sau orientarea sexuală a acestuia* și califică această încălcare drept o contravenție – cu excepția cazului în care încălcarea se înscrie în sfera dreptului penal⁸⁰⁷.
- ▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**
 - **Articolul 3** menționează faptul că pacientul are dreptul să *fie respectat ca persoană fără nicio discriminare*, însă nu prevede și un mecanism adecvat pentru sancționarea încălcării acestui drept.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Nu a fost identificată legislație secundară relevantă pentru dreptul la demnitate

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

- ▶ **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**
 - **Articolele 3 și 7** prevăd respectul pentru demnitatea umană și specificitatea relației medic-pacient⁸⁰⁸
- ▶ **Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**
 - **Articolul 3, lit. g, Articolele 4, 5, 42, și 44** discută obligația de a respecta demnitatea pacienților în diferite circumstanțe (persoane bolnave, persoane cu tulburări de sănătate mintală, persoane private de libertate)⁸⁰⁹.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

807. Art. 15: *Constituie contravenție, conform prezentei ordonanțe, dacă fapta nu intră sub incidența legii penale, orice comportament manifestat în public, având caracter de propagandă naționalist-șovină, de instigare la ură rasială sau națională, ori acel comportament care are ca scop sau vizează atingerea demnității ori crearea unei atmosfere de intimidare, ostile, degradante, umilitoare sau ofensatoare, îndreptat împotriva unei persoane, unui grup de persoane sau unei comunități și legat de apartenența acestora la o anumită rasă, naționalitate, etnie, religie, categorie socială sau la o categorie defavorizată ori de convingerile, sexul sau orientarea sexuală a acestuia.*

808. Art. 3: *În toate situațiile actul profesional, în oricare formă sau modalitate s-ar desfășura, se va face cu respectarea strictă a demnității umane ca valoare fundamentală a corpului profesional.*

Art. 7: *Relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință.*

809. Art. 3: *Principiile fundamentale în baza cărora se exercită profesia de asistent medical generalist, profesia de moașă și profesia de asistent medical pe teritoriul României sunt următoarele:... g) asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali trebuie să se comporte cu cinste și demnitate profesională și să nu prejudicieze în niciun fel profesia sau să submineze încrederea pacientului.*

Art. 4: *Asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical trebuie să evite în exercitarea profesiei atitudinile ce aduc atingere onoarei profesiei și să evite tot ceea ce este incompatibil cu demnitatea și moralitatea individuală și profesională.*

Art. 5: *Asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical au obligația să manifeste o conduită ireproșabilă față de bolnav, respectând întotdeauna demnitatea acestuia.*

Art. 42: *Orice persoană care suferă de tulburări psihice trebuie tratată cu omenie și respectul demnității umane și trebuie să fie apărată împotriva oricăror forme de exploatare economică, sexuală sau de altă natură, împotriva tratamentelor vătămătoare și degradante. Nu este admisă nicio discriminare bazată pe o tulburare psihică.*

Art. 44: *Asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical care îngrijesc un pacient privat de libertate le este interzis să aducă atingere integrității fizice, psihice sau demnității acestuia.*

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Exemplul 1: A., o tânără seropozitivă a mers pentru prima dată la cabinetul unui stomatolog solicitând asistența medicală. Ea a informat dentistul în legătură cu statutul ei sero-positiv. Când a auzit-o asistenta care lucra cu medicul a făcut câteva comentarii neplăcute. Doctorul a criticat asistenta, explicându-i că toți pacienții au dreptul la îngrijiri medicale și că ar trebui de fapt să îi fie recunoscători lui A. deoarece le-a comunicat situația ei medicală și a canalizat apoi discuția pe problemele medicale ale lui A. Când a tratat-o, medicul a folosit precauțiunile universale și a tratat pacienta cu politețe și grijă.

Exemplul 2: C. are 42 de ani și este lesbiană, nu a întreținut niciodată relații sexuale cu un bărbat. Ea a mers la un ginecolog după o perioadă în care a suferit de dureri. După primele cinci minute de discuție cu medicul, în condițiile în care acesta punea întrebări în legătură cu viața ei sexuală și ea ezita să răspundă la întrebări, a decis să îi explice situația ei. Medicul i-a replicat că și-ar dori să fi avut încredere în el de la început deoarece activitatea ei sexuală constituia un factor relevant în investigațiile medicale necesare pentru stabilirea unui diagnostic. A menționat și că el are o obligație de a respecta confidențialitatea și că speră să poată construi o relație de încredere ca în orice altă relație medic-pacient.

2. Exemplu de încălcări

D. era o tânără femeie de etnie romă dintr-o comunitate tradițională unde în timpul unei furtuni cablurile electrice s-au rupt și au picat pe pământ. Din păcate, D. se afla în apropierea locului unde a picat cablul electric și a fost electrocutată. Familia ei a dus-o la cel mai apropiat spital unde i s-a refuzat accesul, doctorii pretinzând că nu au competența să facă față unui caz atât de grav. A fost luată și dusă mai departe la un alt spital unde, în cele din urmă, a fost admisă în secția de urgențe. Cum situația ei se înrăutățea doctorii și asistentele din spital au început să țipe la cei care o aduseseră, numindu-i “țigani mizerabili, iresponsabili” și “criminali.” Membrii familiei au încercat să explice că au fost respinși de primul spital și de aceea au ajuns atât de târziu, dar doctorii au decis să cheme poliția pentru a-i da afară pe membrii familiei din spital.

3. Cazuri concrete

Într-un caz din 2009, o organizație neguvernamentală care protejează drepturile romilor a depus o plângere la CNCD pentru a arăta că doamna B., o tânără de etnie romă care era însărcinată în 2 luni a mers la secția de obstetrică-ginecologie a spitalului Târgu Neamț pentru a fi consultată. Doctorul X. a consultat-o și i-a spus că în ciuda durerilor este bine și a trimis-o acasă avertizând-o: “așa sunteți voi, țigani”. Două zile mai târziu a mers din nou cu dureri la spital și doctorul X. era din nou de gardă. Doctorul a refuzat să o consulte și a preluat doar alți pacienți care nu erau romi. Seara, femeia a revenit la spital și din nou medicul a refuzat să o consulte, dar a trimis-o la o asistentă care i-a făcut o injecție. Când a mers la un cabinet privat pentru un consult a doua zi a aflat că avea o sarcină extra-uterină care se oprișe în evoluție. A revenit la spitalul public unde același medic i-a dat o rețetă dar a și amenințat-o spunându-i “Pleacă sau iau bățul” și a avertizat asistentele “Nu mai primiți țigani. Luați-i la bătaie cu mătura atunci când îi vedeți pe scări”. CNCD a sancționat medicul cu un avertisment, fără a aplica o amendă și făcând doar o recomandare medicului de a se abține de la astfel de comportamente. Nu mai erau disponibile alte remedii în caz.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Deși nu este precizat expres în legislația românească, încălcarea dreptului la demnitate se bazează de cele mai multe ori pe recunoașterea unicității naturii umane (CCR, Decizia nr. 1.109 din 8 septembrie 2009) sau ca o “calitate inalienabilă a persoanei umane”, recunoscută de Curtea Constituțională ca

“o valoare intrinsecă a ființei umane”, “o valoare fundamentală a statului de drept” (CCR, Decizia nr. 1.576 din 7 decembrie 2011). Curtea Constituțională a statuat că dreptul la demnitate implică atât o obligație pozitivă a statului (care include printre altele protecția sporită pentru persoanele vulnerabile - CCR, Decizia nr. 1594 din 14 decembrie 2011) cât și o obligație negativă corelată respectului și protecției vieții private sau a dreptului persoanei de a decide în legătură cu propria viață.

- Acțiunea care are ca obiect încălcarea dreptului la demnitate poate fi formulată ca o acțiune civilă cu solicitarea de daune materiale și morale fie de către pacient, fie de persoanele interesate. Alte remedii pe care le poate solicita persoana a cărei demnitate a fost încălcată pot fi: a) scuze publice, b) dreptul la replică, c) publicarea unei declarații de corectare a informației denigratoare sau incorecte.
- În cazurile în care încălcarea dreptului la demnitate include și un tratament cu caracter discriminatoriu, pe lângă formularea unei plângeri în dreptul civil, petentul se mai poate plânge și Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării în baza legislației anti-discriminare. Într-un astfel de caz, constatarea încălcării dreptului la demnitate va duce la stabilirea unei sancțiuni administrative – avertisment sau amendă.⁸¹⁰
- Atât în fața instanțelor cât și în fața CNCD, reclamantul poate solicita ca datele de identificare să fie confidențiale și ca audierile să aibă loc în cameră, pentru a limita efectele negative ale încălcării dreptului la demnitate și pentru a proteja onoarea și reputația persoanei.
- Plângerile pot fi formulate atât împotriva unor persoane fizice cât și a unor persoane juridice (de exemplu medici și spitale, jurnaliști și edituri) dacă există o legătură între aceste entități (drepturi de autor, relații de angajare sau publicație care asigură diseminarea informației).

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

A se vedea discuția referitoare la Dreptul la viață și respectul pentru demnitate în timpul acordării de îngrijiri medicale în contextul Dreptului la viață ilustrat de Capitolele 2 și 3 din acest ghid. De asemenea este relevant și Articolul 1 al Cartei Libertăților Fundamentale a UE.

810. A se vedea Capitolul 8 referitor la proceduri și remedii disponibile.

DREPTUL LA NEDISCRIMINARE

A) DREPTUL LA NEDISCRIMINARE NU ESTE MENȚIONAT SEPARAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR (ECPR) FIIND MENȚIONAT EXCLUSIV ÎN PREAMBUL ȘI ÎN CONTEXTUL DREPTULUI LA ACCES.

Cu toate acestea, dreptul la nediscriminare este un drept extrem de important în contextul românesc datorită prevederilor specifice referitoare la egalitate și nediscriminare incluse în Articolul 21 al Cartei Libertăților Fundamentale a UE, precum și în legislația românească. Este important de menționat că discriminarea, inclusiv discriminarea în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate, poate fi sancționată contravențional, dacă nu este calificată ca infracțiune, (de exemplu, abuz în serviciu cu încălcarea unor drepturi). Nediscriminarea este importantă ca drept în sine dar și ca temă de interes care operează transversal și care ar trebui evaluată atunci când se face analiza aplicării altor drepturi în contextul accesului la servicii medicale, inclusiv al tratamentului pe durata internării. Dreptul la nediscriminare în accesul la servicii de sănătate este prevăzut expres în Directiva 43/2000/EC (*Directiva privind egalitatea rasială*), care este transpusă în legislația română în Ordonanța nr. 137/2000.

B) DREPTUL LA NEDISCRIMINARE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 4, alin. 2** prevede principiul egalității: *România este patria comună și indivizibilă a tuturor cetățenilor săi, fără deosebire de rasă, de naționalitate, de origine etnică, de limbă, de religie, de sex, de opinie, de apartenență politică, de avere sau de origine socială.*

▶ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015

- **Articolele 380 și 663** privind principiile aplicabile în luarea deciziilor medicale includ principiul nediscriminării. **Articolul 663, alin. 2** se aplică în mod specific medicilor, medicilor dentiști, asistenților medicali și moșșelor și le interzice să refuze furnizarea de servicii medicale pe criterii etnice, religioase, de orientare sexuală sau alte criterii discriminatoare⁸¹¹.

▶ Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată

- **Articolul 2** listează criteriile protejate împotriva discriminării și în **Articolul 10, lit. b** prevede interdicția discriminării în accesul la serviciile medicale (spre exemplu, în alegerea unui medic de familie, în asistența medicală, asigurările de sănătate, primul ajutor și servicii de salvare, precum și alte servicii).
- **Articolul 2, alin. 1** include orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege în domeniul public. Comportamentul discriminator poate fi activ sau pasiv și atrage răspunderea

811. Pentru Articolul 380 a se vedea supra.

contravențională, mai puțin atunci când se înscrie în sfera infracțiunilor, conform Articolului 2, alin.2 (a se vedea notele practice pentru avocați de mai jos). (Nota autorului: Pentru a constata existența unei fapte de discriminare, instanțele naționale sau CNCD vor analiza existența tratamentului diferențiat sau defavorabil cu privire la dreptul la sănătate, tratament care este aplicat pe baza unui criteriu protejat: rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice.)

► **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

- **Articolul 1** definește discriminarea în contextul acestei legi și listează criteriile protejate - discriminare este **distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale**⁸¹².
- **Articolul 3** menționează că pacientul are dreptul să fie respectat ca persoană fără nicio discriminare, însă nu prevede și un mecanism prin care să se aplice sancțiuni adecvate pentru încălcarea acestor prevederi.

► **Codul Penal**

- **Articolul 297** sancționează abuzul în serviciu, acțiunea funcționarului care în exercitarea atribuțiilor sale de lucru, în exercitarea atribuțiilor de serviciu, îngreuează exercitarea unui drept al unei persoane ori creează pentru aceasta o situație de inferioritate pe teme de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, orientare sexuală, apartenență politică, avere, vârstă, dizabilitate, boală cronică necontagioasă sau infecție HIV/SIDA. Această infracțiune este sancționabilă cu pedeapsa închisorii de la doi la șapte ani și interzicerea unei funcții publice.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Nu a fost identificată legislație secundară relevantă pentru dreptul la nediscriminare.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► **Codul de deontologie medicală din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România**

- **Articolul 2** stabilește principiul nediscriminării în cazul actului medical inclusiv în ceea ce privește starea de sănătate sau șansele de vindecare ale pacientului⁸¹³.

► **Hotărârea nr. 2 din 9 iulie 2009 a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**

- **Articolele 3, litera e, Articolele 21, 42 și 46** prevăd obligația la nediscriminare, atât în cazul tuturor pacienților, cât și în cazul unor pacienți aflați în situații speciale⁸¹⁴.

812. Art. 1 Legea 46/2003 definește ca discriminare distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

813. Art. 2 – Actul profesional și întreaga activitate a medicului se va exercita, respectiv desfășura, fără niciun fel de discriminare inclusiv în ceea ce privește starea de sănătate sau șansele de vindecare ale pacientului.

814. Art. 3: *Principiile fundamentale în baza cărora se exercită profesia de asistent medical generalist, profesia de moașă și profesia de asistent medical pe teritoriul României sunt următoarele:...* e) acordarea serviciilor se va face la cele mai înalte standarde de calitate posibile, pe baza unui nivel înalt de competențe, aptitudini practice Art. 21: *Asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical, în exercitarea profesiei, nu pot face discriminări pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii*

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante cu privire la acest drept.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

A se vedea ambele cazuri de respectare a drepturilor menționate supra în contextul dreptului la demnitate.

O unitate medicală a adoptat clauze de nediscriminare în regulamentul intern al acesteia, atât în ceea ce privește proprii angajați cât și în ceea ce-i privește pe pacienții lor. Acest regulament intern prevede atât interdicția ca personalul medical să nu discrimineze, cât și sancțiuni concrete pentru personalul medical care afișează un comportament discriminator și un mecanism de plângeri pentru pacienții care se consideră victime ale discriminării.

2. Exemple de încălcări

Exemplul 1: Refuzarea accesului la instituții medicale sau la servicii medicale, retele de tratament, hărțuirea pacienților sau a familiilor lor pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu, săvârșite de personalul medical sau de personalul auxiliar va fi sancționat ca discriminare dacă nu este calificat drept faptă penală, în funcție de gravitatea faptei.

Exemplul 2: Plasarea unui afiș pe care scrie „HIV/SIDA” pe ușa salonului în care se află copiii infectați cu HIV într-un spital mare sau marcarea cu litere mari, vizibile a statutului seropozitiv al unui pacient pe foaia sa medicală au fost considerate de CNCD ca o încălcare a dreptului la nediscriminare.⁸¹⁵ (*Nota autorului: acesta este un exemplu de caz adus în fața CNCD în care nu a existat o hotărâre, ci doar investigația și avertismentul.*)

Exemplul 3: Procurorii au inițiat urmărirea penală în 2014 împotriva unui medic care a fost acuzat că refuza furnizarea de sânge necesar pentru transfuzii în baza etniei pacienților sau a originii lor sociale (dat fiind faptul că erau săraci). La data scrierii acestui ghid, nu sunt alte informații disponibile privind rezultatul investigațiilor.

3. Cazuri concrete

Exemplul 1: În două cazuri inițiate de organizația ACCEPT împotriva Ministerului Sănătății pentru Institutul Național de Hematologie în 2005 și 2007, CNCD a decis cu privire la interesul legitim de sănătate publică și siguranța sângelui din perspectiva măsurilor propuse de Ministerul Sănătății de excludere permanentă a bărbaților homosexuali de la donarea de sânge. Această excludere totală și automată a fost considerată atât inadecvată cât și inutilă.⁸¹⁶

Un argument similar, mult mai dezvoltat a fost prezentat în iulie 2014 de Avocatul General Mengozzi

naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, a condiției sociale față de pacienți.

Art. 42: *Orice persoană care suferă de tulburări psihice trebuie tratată cu omenie și respectul demnității umane și trebuie să fie apărată împotriva oricăror forme de exploatare economică, sexuală sau de altă natură, împotriva tratamentelor vătămătoare și degradante. Nu este admisă nicio discriminare bazată pe o tulburare psihică.*

Art. 46, alin. 1: *Pacienții infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA au dreptul la îngrijire și tratament medical în mod nediscriminatoriu, asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical fiind obligați să asigure îngrijirile de sănătate și tratamentele prescrise acestor pacienți.*

815. CNCD, K.E. v. Spitalul Arad (06.04.2004)

816. CNCD, ACCEPT c. Ministerul Sănătății pentru Institutul Național de Hematologie, Hotărârea 337, (21.11.2005) și ACCEPT c. Ministerul Sănătății, Hotărârea 260, (29.08.2007).

În concluziile formulate în cazul *Leger* (Cauza C-528/13) al Curții de Justiție a Uniunii Europene,⁸¹⁷ în care aplicantul a fost împiedicat să doneze sânge dată fiind interdicția stabilită de legea franceză pentru bărbații care au relații sexuale cu bărbați.

Exemplul 2: În 2009, Romani CRISS (ONG care promovează drepturile romilor) a depus o plângere la CNCD în numele unui copil rom și a mamei sale care au fost segregati după internarea în spitalul Timișoara și care au fost tratați în mod discriminatoriu în perioada internării datorită etniei lor. CNCD a considerat că în cazul respectiv nu a existat o situație de discriminare.⁸¹⁸ Romani CRISS a atacat decizia CNCD în fața Curții de Apel care a reevaluat probele depuse și a decis anularea deciziei CNCD și obligarea instituției la reanalizarea probelor.⁸¹⁹

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Petițiile referitoare la discriminare pot fi formulate fie în instanțele civile în baza răspunderii civile (caz în care remediile solicitate pot fi acordarea de despăgubiri și restabilirea situației anterioare discriminării sau anularea situației create prin discriminare, potrivit dreptului comun) sau în fața instituției naționale pentru egalitate, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării în cadrul unei proceduri speciale stabilită de legislația anti-discriminare, caz în care sancțiunea poate fi amenda sau avertismentul. Cele două căi nu se exclud reciproc și pot fi inițiate în mod paralel. Acțiunea în fața CNCD nu are un efect suspensiv în ceea ce privește termenul de prescripție pentru acțiunea în instanță.
- Pentru a constata existența unei fapte de discriminare, instanțele naționale sau CNCD vor analiza existența tratamentului diferențiat sau defavorabil cu privire la dreptul la sănătate, tratament care este aplicat pe baza unui criteriu protejat: rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice.
- Alte remedii care pot fi solicitate în cazurile de discriminare pot include: scuzele publice, publicarea unui articol în care să fie prezentată decizia CNCD sau a instanței și să fie contracarate informațiile degradante sau incorecte într-un jurnal local sau național.
- Înregistrările video și audio precum și datele statistice pot fi folosite pentru a demonstra existența discriminării directe sau indirecte.
- În cazurile de discriminare sarcina probei trece de la reclamant la partea reclamată. Astfel, odată ce reclamantul a oferit informațiile necesare pentru a conchide că există un caz *prima facie*, instanța poate prezuma că discriminarea a avut loc și este rolul părții reclamate să demonteze această inferință. Reclamantul trebuie să indice faptele care arată tratamentul defavorabil care a afectat, afectează sau poate afecta un drept, care se datorează apartenenței la un criteriu protejat. Pârâtul trebuie să ofere

817. Concluziile Avocatului General Paolo Mengozzi prezentată pe 17 iulie 2014 în C528/13 *Geoffrey Léger* contre *Ministre des Affaires sociales et de la Santé* contre *Établissement français du sang* disponibilă la: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=155166&pageIndex=0&doclang=FR&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=623869>. Instanța franceză a solicitat în întrebarea trimisă Curții de la Luxemburg dacă interdicția absolută din Franța (identică cu cea din cazurile românești) este compatibilă cu Directiva 2004/33 care exclude permanent de la donare persoanele al căror "comportament sexual" le pune în o situație de risc mărit de contractare a unor boli infecțioase grave. În opinia sa, Avocatul General sugerează că termenul "comportament sexual", din perspectiva Directivei 2004/33, trebuie să fie în legătură cu un anumit comportament specific sau o practică concretă. Simplul fapt că un bărbat are relații sexuale cu un alt bărbat fără luarea în considerare a circumstanțelor actului respectiv, nu poate fi considerat ca un comportament care ar justifica excluderea permanentă din perspectiva Directivei. Avocatul General menționează că Statele Membre sunt libere să adopte forme de control mai stricte decât cele stabilite de Directivă în ceea ce privește serviciile de donare a sângelui dar că astfel de restricții nu trebuie să amenințe drepturile și libertățile fundamentale. În contextul specific al interdicției valabile în Franța, Avocatul General a subliniat că măsura urmării interesul legitim de reducere a riscului de contaminare și de promovare a unui nivel înalt de protecție a sănătății publice. Cu toate acestea, el a fost mai puțin convins că natura interdicției – o interdicție absolută care se aplica pe viață tuturor bărbaților care au avut relații sexuale cu bărbați – era fie necesară, fie proporțională. Avocatul General a subliniat și că în cadrul regimului actual Franța aplică interdicția într-un mod arbitrar și disproportionat.

818. CNCD, *Romani CRISS v. Spitalul Clinic de Urgență Timișoara*, Hotărârea 873 din 15.10.2008.

819. Curtea de Apel București, Secția a VIII-a de Contencios Administrativ și Fiscal, sentința nr/ 3173 din 7.07.2010.

probe credibile care să demonstreze că aceste fapte nu constituie discriminare sau că ele au fost realizate în baza unei justificări legitime permise de legislație în cazul discriminării indirecte.

- Atât în fața instanțelor civile cât și în fața CNCD reclamantul poate să solicite menținerea confidențialității în ceea ce privește datele private și poate cere ca audierile să aibă loc fără accesul publicului, pentru a limita efectele negative pe care încălcarea dreptului le-ar putea avea.
- Plângerile pot fi formulate atât împotriva unor persoane fizice cât și împotriva unor persoane juridice (medici și spitale, jurnaliști și publicații sau case de editură) atâta timp cât există o legătură între aceste entități (contracte de colaborare, contracte de muncă, contracte de prestări de servicii).
- În baza Articolului 28 din OG 137/2000 ONGurile au calitate procesuală activă.⁸²⁰
- Cazurile formulate în baza legislației anti-discriminare sunt scutite de taxa de timbru.

H) TRIMITERI LA DREPTUL INTERNAȚIONAL ȘI REGIONAL RELEVANT

A se vedea discuțiile referitoare la Dreptul la nediscriminare și egalitate ilustrate în capitolele 2 și 3 supra. De asemenea sunt relevante Articolele 20 și 21 ale Cartei Libertăților Fundamentale a UE.

820. Art. 28 (1) Organizațiile neguvernamentale care au ca scop protecția drepturilor omului sau care au interes legitim în combaterea discriminării au calitate procesuală activă în cazul în care discriminare a se manifestă în domeniul lor de activitate și aduce atingere unei comunități sau unui grup de persoane. (2) Organizațiile prevăzute la alin. (1) au calitate procesuală activă și în cazul în care discriminarea aduce atingere unei persoane fizice, la cererea acesteia din urmă.

6.2 Responsabilitățile pacienților

În România, responsabilitățile pacienților nu sunt prevăzute explicit în nicio lege. Nici Legea drepturilor pacientului nu prevede și o secțiune de responsabilități. În schimb, există câteva reglementări privind obligațiile persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În câteva cazuri responsabilitățile anumitor pacienți sunt prevăzute expres prin lege. De cele mai multe ori, responsabilitățile pacienților pot fi doar interpretate ca existând implicit în prevederi care reglementează anumite contexte de asistență medicală. Analizând legislația în vigoare, s-au identificat trei categorii de responsabilități ale pacientului: responsabilități față de propria stare de sănătate, responsabilități față de protecția sănătății publice și responsabilități legate de sistemul de sănătate. Este de menționat că în majoritatea cazurilor se vorbește de „asigurat”, și nu de „pacient”, în condițiile în care nu toți pacienții sunt asigurați, deși conform legii, asigurarea este o obligație pentru toți cetățenii români cu domiciliu în România.

6.2.1 Responsabilitățile pacienților față de propria stare de sănătate

A) RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR FAȚĂ DE PROPRIA STARE DE SĂNĂTATE AȘA CUM SUNT PREVĂZUTE ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

- ▶ **Constituția României din 1991, revizuită în 2003** nu face nicio referire la responsabilitățile pe care le au pacienții sau indivizii–potențial pacienți legate de îmbunătățirea, promovarea sau menținerea propriei stări de sănătate.

Legislație

- ▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**
 - **Titlul VIII – Asigurările sociale de sănătate, Articolul 231** prevede obligațiile asiguraților. Printre acestea se regăsesc unele obligații care responsabilizează pacientul față de propria sa stare de sănătate, și anume: înscrierea pe lista unui medic de familie, anunțarea medicului când apar schimbări în starea sa de sănătate, prezentarea la controalele profilactice, respectarea tratamentului și indicațiilor medicului.
 - **Titlul XII – Exerțarea profesiei de medic, Articolul 382** prevede în mod indirect responsabilități ale pacientului față de tratamentul pe care îl are de urmat. Astfel:
 - alineatul (1) prevede responsabilitatea pacientului pentru efectuarea sau neefectuarea unei intervenții medicale recomandată de medic – *Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-și exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului și dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală.*
 - alineatul (2) prevede responsabilitatea pacientului privind conformarea față de actul medical – *Responsabilitatea medicală încetează în situația în care pacientul nu respectă prescripția sau recomandarea medicală.*
- ▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**
Asumarea responsabilității de către pacient cu privire la acceptarea sau neacceptarea intervențiilor

medicale recomandate de medic este prevăzută în această lege. Articolul 13 prevede dreptul pacientului de a refuza sau de a opri o intervenție medicală, cu asumarea, în scris, a răspunderii pentru decizia sa, evident, în condițiile în care consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale îi sunt explicate pacientului.

B) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► Hotărârea Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor

- **Articolul 39** al acestei hotărâri prevede obligația lucrătorilor de a se prezenta la examenele medicale de supraveghere a sănătății la locul de muncă, iar **Articolul 16, alin. 2** prevede obligația de a prezenta, în momentul angajării, copia dosarului medical întocmit de serviciul de medicina muncii de la locul de muncă anterior.

C) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu s-au identificat surse relevante care să conțină prevederi referitoare la acest subiect.

D) ALTE SURSE RELEVANTE

Instituțiile sanitare, în special spitalele, au propriile regulamente sau coduri de conduită pentru pacienții lor, acestea conținând, pe lângă obligațiile prevăzute în lege, și prevederi referitoare la responsabilitatea pacienților față de propria stare de sănătate, cum ar fi: respectarea regimului alimentar, informarea completă a personalului medical asupra stării de sănătate și a tratamentelor sau recomandărilor prescrise de alți medici din afara spitalului, interdicția de a părăsi incinta spitalului fără aviz medical pe durata spitalizării.

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemplu de conformare

Pacientul X este adus de serviciul medical de urgență la spital, cu o simptomatologie care descrie un abdomen acut chirurgical. Pacientul este consultat la camera de gardă unde i se recoltează și un prim set de analize. În urma stabilirii diagnosticului prezumtiv, pacientului i se administrează tratamentul de urgență adecvat și i se recomandă internarea și intervenția chirurgicală. Medicul îi explică pacientului toate consecințele și riscurile la care se supune ne-acceptând internarea și intervenția și îi solicită să își asume responsabilitatea prin semnătură în caz de refuz. Pacientul acceptă internarea și intervenția chirurgicală, înțelegând că în lipsa intervenției chirurgicale viața îi este în pericol.

2. Exemplu de încălcare

Un tânăr de 27 de ani, care în urmă cu câteva zile a avut un accident de circulație, a fost internat la Spitalul J. cu politraumatism (traumatism craniofacial, fractură de femur, fractură de gambă) și ruptură de splină. Având în vedere că este vorba de niște operații succesive care urmează să se facă, echipa medicală consideră că ar fi nevoie de sânge. Bolnavul este conștient, vorbește și nu acceptă o transfuzie de sânge nici el, nici familia, din motive religioase. La scurt timp pacientul a intrat în comă. Familia, prezentă la spital pe durata intervenției, în continuare nu acceptă transfuzia. Din cauza lipsei de sânge starea pacientului s-a agravat. Medicii nu au cum să salveze pacientul în această situație în care pacientul a refuzat să-și dea consimțământul pentru tratamentul necesar.

3. Cazuri concrete

În urma pierderii vederii la ochiul drept, pacientul M a dat în judecată doctorul X de la Spitalul Județean Bistrița, acuzând că și-a pierdut vederea în urma intervenției suferită la acel spital. Pacientul M a fost internat în Secția de oftalmologie a Spitalului Județean Bistrița, cu diagnosticul de cataractă complicată la ochiul drept. Această boală poate cauza orbire. Pacientul a suferit o intervenție chirurgicală efectuată de medicul X. Totodată, pacientul prezenta și multiple alte diagnostice colaterale în sfera aparatului cardiovascular. La controlul efectuat postoperator la 2 săptămâni, medicul a constatat mici formațiuni care ar fi putut masca o posibilă dezlipire de retină. Astfel, i-a prescris tratament și i-a recomandat efectuarea unei ecografii oculare, într-un alt spital oftalmologic, deoarece Spitalul Județean nu avea ecograf de uz oftalmologic. Pacientul urma să revină cu rezultatele, iar în funcție de acestea să se stabilească tratamentul în continuare, până la cedarea completă a edemului corneean, pentru a i se putea implanta cristalinul artificial. Medicul X a dovedit acest lucru cu scrisoarea medicală. Pacientul nu a urmat recomandările medicului, ci s-a adresat ulterior altei unități medicale suferind o intervenție chirurgicală ulterioară. Acțiunea a fost respinsă ca nefondată deoarece nu s-a dovedit existența raportului de cauzalitate între intervenția chirurgicală efectuată de medicul X și rezultatul negativ, din cauza intervenției chirurgicale ulterioare a altui medic⁸²¹.

F) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- În cadrul legal românesc, două din elementele esențiale ale răspunderii civile sunt vinovăția și existența prejudiciului care rezultă din comportamentul interzis de lege. Conform Codului civil (Articolul 1.371), dacă există o culpă comună între persoana trasă la răspundere și persoana care a suferit prejudiciul, atunci persoana trasă la răspundere este obligată să acopere doar partea din prejudiciu pe care aceasta l-a cauzat, nu și partea din prejudiciu cauzată sau exacerbată prin comportamentul celui vătămat. Această prevedere este relevantă în cauze complexe unde, spre exemplu, parte din prejudiciu a fost provocată de cadrul medical, dar altă parte a prejudiciului rezultă din comportamentul pacientului de a nu se conforma responsabilităților privind propria stare de sănătate (de exemplu, nu a urmat tratamentul medicamentos prescris după operație). În aceste cazuri, avocatul pacientului trebuie să arate în mod clar care este limita efectelor comportamentului fiecărei părți și prejudiciile cauzate, precum și să ofere instanței probe temeinice pentru a ajuta instanța să înțeleagă că, totuși, cadrul medical pârât rămâne răspunzător pentru parte din prejudiciu.

6.2.2 Responsabilități față de protecția sănătății publice

A) RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR FAȚĂ DE PROTECȚIA SĂNĂȚII PUBLICE AȘA CUM SUNT PREVĂZUTE ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

- ▶ **Constituția României** nu face nicio referire privitoare la responsabilitățile pacienților sau a cetățenilor legate de sănătatea publică.

Legislație

- ▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**
 - **Articolul 3** conține o prevedere referitoare la rolul indivizilor privind protecția sănătății publice, respectiv: *Protecția sănătății publice constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice.*

821. Lege AZ (2015), Legea de la A la Z, Jurisprudență și spețe de drept civil, (<http://legeaz.net/spete-civil/respingere-actiune-in-raspundere-civila-257-2012>, Accessed on 31 August 2015)

► **Legea nr. 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA**

Legea 584/2002 prevede responsabilități specifice pentru persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA în scopul prevenirii contaminării altor persoane și răspândirii infecției. **Articolul 8** al acestei legi, prevede obligativitatea pacienților cu HIV/SIDA de a anunța medicul curant sau stomatolog cu privire la statusul lor (alin. 3) și răspund în fața legii pentru transmiterea voluntară a infecției, dacă își cunosc statusul de HIV pozitiv și transmiterea se produce din motive imputabile lor (alin. 4). (Nota autorului: *Infectat cu HIV înseamnă că pacientul este purtător de virus, dar nu are boala. Acest status poate să nu fie periculos pentru pacient, dar extrem de periculos pentru ceilalți. Mai mult, persoana poate să nu știe că este infectată cu HIV, atât timp cât nu prezintă niciun simptom și nu a efectuat nicio analiză de sânge. Acest lucru ar putea fi utilizat în absolvirea unui pacient de responsabilitățile prevăzute în legea 584. Bolnav de SIDA înseamnă că pacientul a dezvoltat boala, ceea ce presupune existența unor simptome și în consecință crește probabilitatea ca pacientul să consulte medicul și să își afle statutul de sănătate.*)

B) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Ordinul nr. 1016/2007 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor**

Pacienții din rândul persoanelor private de libertate au aceleași drepturi și obligații ca și ceilalți pacienți din România. Astfel, în ordinul care reglementează asigurarea asistenței medicale pentru aceste persoane, se regăsesc prevederile din alte legi. De exemplu, **Articolul 103** din Ordinul 125/2012 prevede obligația pacienților care își știu statutul HIV/SIDA pozitiv să notifice acest lucru medicului sau dentistului. Răspunderea penală pentru transmiterea voluntară a HIV/SIDA este de asemenea menționată, în conformitate cu reglementările Legii 548/2002. De asemenea, printre obligațiile persoanelor private de libertate se regăsește respectarea regulilor de igienă individuală și colectivă, măsură ce contribuie la menținerea stării de sănătate a colectivității din care acestea fac parte.

C) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu s-au identificat surse relevante care să conțină prevederi referitoare la acest subiect.

D) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu s-au identificat alte surse relevante care să conțină prevederi referitoare la acest subiect.

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Exemplul 1: Un pacient care trăiește de 17 ani cu virusul HIV, răspunde unui interviu într-o publicație mass-media locală: „Am avut mari probleme cu dantura. Am încercat la mai mulți medici la noi în oraș, dar toți m-au refuzat politicos când le-am spus că sunt infectat cu HIV. M-am dus în orașul X, unde au fost niște caravane care tratau pacienți cu SIDA și acolo am cunoscut un medic dispus să mă trateze și la care merg în continuare.” (Nota autorului: *acest exemplu de complianță față de responsabilitatea pacientului de a proteja sănătatea publică prin notificarea medicului curant asupra faptului că este purtător de HIV, poate fi în egală măsură un exemplu de încălcare a dreptului pacientului la tratament de către medicii care l-au refuzat când au aflat că e HIV pozitiv.*)

Exemplul 2: Doamna C. trăiește cu HIV încă din copilărie, când a luat virusul dintr-un spital public prin utilizarea de ace nesterile. În septembrie 2013, doamna C a rămas gravidă și a dorit o consultație la ginecolog pentru a afla care sunt riscurile sarcinii sale și care ar fi metoda recomandată de a naște în situația sa. Ea a mers la Doctorul H. și după o discuție preliminară despre evoluția sarcinii sale, ea l-a anunțat pe doctor că este purtătoare HIV. Doctorul H. a informat imediat pacienta că există mai multe măsuri de precauție pentru a reduce riscul transmiterii virusului de la mama la făt, și că cea mai bună metodă de a naște este operația cezariană.

2. Exemplu de încălcare

O celebritate din lumea muzicii a avut contacte sexuale neprotejate cu mai mulți parteneri, dintre care unul a fost infectat cu virusul HIV. Artista a declarat că știa de 10 ani că e HIV pozitivă dar a ținut secretă starea sa de sănătate de frica repercursiunilor pe care le-ar fi avut asupra carierei sale dacă s-ar fi aflat că este purtătoare virusului HIV.

3. Cazuri concrete

Cazul 1: Un bărbat din Botoșani a fost condamnat la 14 ani de închisoare după ce s-a dovedit că și-a infectat intenționat soția cu virusul HIV⁸²². De asemenea, bărbatul va trebui să plătească daune morale și civile în valoare de 12.700 de lei foștilor socri și copilului său, precum și o prestație lunară pentru acesta, în valoare de de 600 de lei, până la împlinirea vârstei majoratului. Bărbatul și-a cunoscut soția în 2009 și s-au căsătorit în luna iunie 2010. Cei doi s-au hotărât să-și oficializeze relația când fetița cuplului avea deja vârsta de trei luni. La doar trei luni după nuntă, la sfârșitul lunii august, femeia a murit, răpusă de SIDA. Părinții femeii au pus la dispoziția procuraturii un bilet în care bărbatul i-a spus soției sale că este infectat cu HIV și că, foarte probabil, a luat și ea boala. Procurorii de la Parchetul de pe lângă Tribunalul Botoșani au stabilit că pacienta știa încă din luna mai 2010 că viitorul soț este bolnav de SIDA. Mai mult, femeia a acceptat să își inducă în eroare medicul de familie însărcinat cu întocmirea certificatului prenuptial solicitat de Oficiul Stării Civile. Ancheta arată că femeia era conștientă de faptul că a luat virusul dar a preferat să prezinte medicului un buletin de analiză favorabil. Femeia decedată a fost cercetată penal pentru uz de fals și instigare la fals intelectual. Întrucât decesul a intervenit, s-a dispus neînceperea urmăririi penale față de făptuitoare.

Cazul 2: 2014, un tânăr F din orașul S din România a decedat. Urmare a decesului său, prietena acestuia a aflat că era HIV pozitiv. Imediat s-a creat o stare de panică în oraș, deoarece F a întreținut multiple relații sexuale neprotejate cu fete care nu știau de starea lui F. Fetele au avut la rândul lor relații sexuale cu alte persoane și în comunitate există o temere crescută de a nu fi luat virusul, iar ca urmare cazul a devenit un subiect fierbinte în presa scrisă și pe canalele TV. În octombrie 2014, procurorul a început urmărirea penală pentru ucidere cu intenție prin transmiterea HIV. Conform celor relatate de presă⁸²³, procurorul a audiat mai mulți membri ai comunității, inclusiv părinții lui F pentru a afla dacă știau de starea tânărului. În 2015 investigația era în curs și nu s-au putut obține informații privind rezultatul.

F) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Într-un caz ce privește răspândirea bolilor infecțioase/contagioase, identificarea sursei infecției poate fi o etapă importantă, pentru a preveni și reduce efectele bolii și, eventual pentru a identifica persoana care să fie trasă la răspundere.

822. Ziare.com 3 februarie 2012 Condamnat la 14 ani de închisoare pentru că și-a infectat soția cu HIV <http://www.ziare.com/stiri/inchisoare/condamnat-la-14-ani-de-inchisoare-pentru-ca-si-a-infectat-sotia-cu-hiv-1148808>

823. Mediafax, Audieri la Parchet în cazul tânărului din Segarcea care ar fi infectat cu HIV mai multe persoane, 27 October 2014, available at: <http://www.mediafax.ro/social/audieri-la-parchet-in-cazul-tanarului-din-segarcea-care-ar-fi-infectat-cu-hiv-mai-multe-persoane-13470333>

6.2.3 Responsabilități legate de sistemul de sănătate

A) RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR FAȚĂ DE SISTEMUL DE SĂNĂTATE AȘA CUM SUNT PREVĂZUTE ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

- ▶ **Constituția României** nu face nicio referire privitoare la responsabilitățile pacienților sau a indivizilor-potențial pacienți legate de funcționarea sistemului de sănătate.

Legislație

- ▶ **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Titlul VIII – Asigurările sociale de sănătate, Articolul 231 prevede obligațiile asiguraților. Unele dintre acestea se referă la obligațiile asiguratului în raport cu furnizorii de servicii (să se înscrie pe lista unui medic de familie, să anunțe medicul când apar schimbări în starea sa de sănătate, să se prezinte la controalele profilactice, să respecte tratamentul și indicațiile medicului, să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar) altele, la obligațiile pe care le are în raport cu terțul plătitor – casa de asigurări sociale de sănătate (să anunțe casa de asigurări asupra modificărilor referitoare la încadrarea într-o anumită categorie de asigurați, să achite contribuția la fond și suma reprezentând coplata/contribuția personală, să prezinte furnizorilor documentele justificative care atestă calitatea de asigurat).

Tot la **Titlul VIII**, există o serie de articole care reglementează obligațiile bănești pe care asigurații le datorează Fondului Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). Având în vedere caracterul obligatoriu al sistemului de asigurări sociale de sănătate, teoretic, toată populația României trebuie să fie asigurată și să plătească o contribuție lunară. În realitate, unele categorii de populație, sunt asigurate fără plata contribuției, iar altele sunt asigurate cu plata contribuției din alte surse (**Articolul 224**). Există și o categorie de pacienți neasigurați, fie din cauză că nu intră în categoria celor pentru care asigurarea este obligatorie (cetățeni străini care locuiesc în România), fie din cauză că nu plătesc obligațiile la FNUASS. Aceștia nu pot face dovada calității de asigurat, și atunci primesc gratuit doar servicii din pachetul minimal sau plătesc în întregime serviciile consumate, altele decât cele cuprinse în pachetul minimal. Pachetul de beneficii este descris în Ordinul comun emis de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății, care aprobă normele de aplicare a Contractului-cadru asupra condițiilor de furnizare a serviciilor de sănătate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Acesta este elaborat periodic.

B) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- ▶ **Ordin nr. 345/2006 privind aprobarea modelului contractului de asigurări sociale de sănătate**

Obligațiile persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt stabilite în detaliu prin ordinul 345/2006 privind aprobarea modelului contractului de asigurări sociale de sănătate semnat de Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sociale Sănătate. Acest model, prezentat în anexa ordinului 345/2006 este utilizat de casele județene de asigurări de sănătate pentru contractele încheiate cu asigurații, direct sau prin angajator. Pe lângă obligațiile deja menționate în legea 95/2006, ordinul mai include prevederi legate de corectitudinea concediilor și indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate obținute (asiguratul are obligația de a accepta controlul casei de asigurări cu privire la modul de acordare al acestora), listele de așteptare (asiguratul trebuie să respecte programarea pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de bază, conform listelor de așteptare), și respectarea circuitului pacientului (prezentarea la medicul din ambulatoriul de

specialitate sau la spital se face doar după ce a consultat medicul de familie, cu excepția urgențelor și a afecțiunilor care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, stabilite prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia).

C) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu s-au identificat prevederi referitoare la responsabilitățile pacienților față de sistemul de sănătate în codurile de etică ale furnizorilor.

D) ALTE SURSE RELEVANTE

Instituțiile sanitare, în special spitalele, au propriile regulamente sau coduri de conduită pentru pacienții lor, acestea conținând, pe lângă obligațiile prevăzute de lege, și prevederi referitoare la comportamentul pacienților în incinta unității, unde trebuie să respecte regulamentele interne ale instituțiilor respective, și prevederi procedurale privind internarea, externarea, transferul sau alte procese la care participă pacienții.

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de Conformare

Pacientul X, 32 de ani, liber profesionist, este adus de sistemul medical de urgență la spital, cu suspiciune de infarct miocardic acut. La spital, în unitatea de primiri urgențe i se confirmă diagnosticul prin examenul clinic și electrocardiogramă, apoi pacientul este transportat în unitatea de supraveghere coronariană unde se începe monitorizarea și tratamentul specific al infarctului de miocard acut. Pacientul rămâne 48 ore în unitatea de coronarieni fiind un caz necomplicat, după care se recomandă transferul în unul din saloanele de urmărire postinfarct miocardic. La efectuarea formelor de internare, se constată că pacientul nu este asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România sau dintr-o altă țară din Uniunea Europeană, pentru că nu și-a plătit contribuția de asigurări de sănătate în ultimii doi ani. I se comunică pacientului, că tratamentul efectuat în urgență a fost administrat în cadrul pachetului minimal de servicii care se acordă pentru persoanele neasigurate, dar pentru continuarea tratamentului în spital, trebuie să plătească. Pacientul își plătește contribuția restantă și se adresează din nou spitalului pentru continuarea tratamentului, făcând dovada contribuției plătite la zi.

2. Exemple de Încălcare

Pacientă în vârstă de 68 de ani, pensionară, dar care este angajată temporar de asociația de locatari prin contract de servicii, în care este stipulat că își va plăti singură datoriile către stat și face venituri și din chirii, nu plătește contribuțiile pentru sănătate corespunzătoare veniturilor suplimentare și utilizează serviciile medicului de familie și serviciile de spital făcând dovada de asigurat doar pe baza cuponului de pensii. *(Nota autorului: Pensionarii cu venit sub un anumit nivel sunt asigurați cu plata din alte surse, și anume de la bugetul asigurărilor sociale. Dacă venitul lor depășește limita impusă de lege, sau mai au venituri și din alte surse, ei trebuie să plătească contribuția de asigurări de sănătate ca procent din venitul suplimentar, cum prevede legea.)*

3. Cazuri concrete

În jur de 300 de persoane au dat în judecată Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Maramureș în urma somațiilor primite privind sumele datorate Fondului National Unic de Asigurări Sociale de Sanatate. Acestea sunt persoane fizice autorizate, care prestează profesii liberale precum medici, notari, avocați, cei care au obținut venituri din drepturi de proprietate intelectuală, din drepturi de autor etc. Sumele pe care le aveau de plătit persoanele care au primit somații de la CAS sunt cuprinse între 50 de lei și câteva zeci de mii de lei. La datoriile vechi se plătesc penalizări și dobânzi de întârziere, care, în multe cazuri, sunt mai mari decât restanțele inițiale. Mulți dintre cei somați să-și achite datoriile nici nu știau că au de plătit ceva la fondul de sănătate. 99,9% dintre sentințe au fost în favoarea Casei Județene de Asigurări de Sănătate.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Serviciile de sănătate acoperite de diferitele pachete de asigurări de sănătate sunt cuprinse de o manieră generală în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Cu toate acestea, când vine vorba de intervenții medicale specifice, precum teste, operații, consultări etc, autoritatea care cunoaște cel mai bine care servicii sunt acoperite este Casa de Asigurări de Sănătate. Dacă avocații au neclarități privind acoperirea unui anumit serviciu medical, una dintre metodele practice de a obține această informație este de a trimite solicitări de informații publice la CNAS, pe baza Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informații de interes public.

7.1 Drepturile furnizorilor de servicii medicale (în special ale medicilor/personalului medical)

7.1.1 Dreptul la condiții de muncă decente

7.1.2 Dreptul la libera asociere

7.1.3 Dreptul la un proces echitabil

7.1.4 Dreptul de a desfășura activități profesionale

7.2 Obligațiile furnizorilor de servicii medicale

7.2.1 Obligația de a oferi tratament medical de urgență

7

Drepturile și obligațiile furnizorilor de servicii medicale

7.1 Drepturile furnizorilor de servicii medicale (în special ale medicilor/personalului medical)

Această secțiune se concentrează pe drepturile furnizorilor de servicii medicale, inclusiv dreptul la condiții de muncă decente, dreptul la libera asociere, dreptul la un proces echitabil și alte drepturi specifice la nivel național. Conceptul de drepturi ale omului aplicate în contextul îngrijirii pacientului se referă la aplicarea principiilor generale de drepturile omului față de toți actorii implicați în furnizarea serviciilor de sănătate și recunoaște interdependența dintre drepturile pacienților și cele ale furnizorilor. Personalul medical nu poate oferi pacienților o îngrijire adecvată decât dacă drepturile lor sunt de asemenea respectate și pot lucra în condiții sigure și demne. Pentru fiecare drept descris în această secțiune, este oferită și o scurtă explicație despre modul în care dreptul se aplică furnizorilor de servicii de sănătate; se oferă o analiză a temeiului de drept din legislația țării, reglementări și coduri deontologice; sunt menționate exemple de conformitate și încălcări, precum și note practice pentru avocați în contextul litigiilor pentru protejarea acestor drepturi.

7.1.1 Dreptul la condiții de muncă decente

A) PERSONALUL MEDICAL SE BUCURĂ DE DREPTUL DE A BENEFICIA DE CONDIȚII DE MUNCĂ DECENTE ȘI DE DREPTURI PREVĂZUTE DE LEGISLAȚIA RELEVANTĂ PRIVIND SĂNĂTATEA ÎN MUNCĂ.

Nota autorului: Dreptul la condiții de muncă decente este strâns legat de dreptul pacientului la siguranță

B) DREPTUL LA CONDIȚII DE MUNCĂ DECENTE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 41** din Constituția României stabilește dreptul salariaților la măsuri de protecție socială, măsuri care privesc între altele și dreptul la securitate și sănătate în muncă. Pentru a-și apăra interesele, inclusiv sub aspectul condițiilor de muncă, salariații au dreptul la grevă (**Articolul 43**). Condițiile și limitele exercitării acestui drept sunt stabilite prin lege.

Legislație

Dreptul la condiții de muncă decente este stabilit și prin alte dispoziții legale, în mod detaliat, după cum urmează:

▶ Legea nr. 53/2003 privind Codul Muncii

Codul nu definește noțiunea de „condiții decente de muncă” sau „condiții corespunzătoare de muncă”, însă impune anumite obligații angajatorului în legătură cu aceste drepturi, cât și drepturi ale angajaților.

- **Articolul 6** stabilește că salariații beneficiază de condiții de muncă adecvate activității desfășurate, de protecție socială, de securitate și sănătate în muncă, precum și de respectarea demnității și a conștiinței lor, fără nicio discriminare.
- **Articolul 39, alin.1, litera i)** recunoaște dreptul salariaților de a lua parte la determinarea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă.
- **Articolul 40, alin.2, literele a) și b)** stabilesc obligațiile angajatorului:

- să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;
- să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice avute în vedere la elaborarea normelor de muncă și condițiile corespunzătoare de muncă.

De asemenea, Codul reglementează în **Titlul V** securitatea și sănătatea în muncă a salariaților:

- prevede obligația angajatorului să asigure securitatea și sănătatea salariaților în toate aspectele legate de muncă (**Articolul 175, alin.1**);
- afirmă că normele și normativele de protecție a muncii pot stabili (**Articolul 176, para.2**): măsuri generale de protecție a muncii pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, aplicabile tuturor angajatorilor; măsuri de protecție a muncii, specifice pentru anumite profesii sau anumite activități; măsuri de protecție specifice, aplicabile anumitor categorii de personal; dispoziții referitoare la organizarea și funcționarea unor organisme speciale de asigurare a securității și sănătății în muncă;
- prevede obligația angajatorului de a lua măsurile necesare pentru protejarea securității și sănătății salariaților (**Articolul 177, alin.1**);
- impune obligația angajatorului să răspundă de organizarea activității de asigurare a sănătății și securității în muncă și să prevadă în mod obligatoriu reguli privind securitatea și sănătatea în muncă în regulamentele interne (**Articolul 178, alin.1 și 2**);
- prevede obligația angajatorului să asigure toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii (**Articolul 179**);
- stabilește obligația angajatorului să organizeze instruirea angajaților săi în domeniul securității și sănătății în muncă (**Articolul 180**).

► **Legea nr. 319/2006 privind sănătatea și securitatea în muncă**

Conform prevederilor acestei legi, anagajatorul (public sau privat) are obligații suplimentare privind sănătatea și securitatea în muncă, respectiv:

- să asigure securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă **(Articolul 6)**;
- să ia măsurile necesare pentru: asigurarea securității și protecția sănătății lucrătorilor; prevenirea riscurilor profesionale; informarea și instruirea lucrătorilor; asigurarea cadrului organizatoric și a mijloacelor necesare securității și sănătății în muncă **(Articolul 7)**;
- să ia măsurile necesare pentru acordarea primului ajutor, stingerea incendiilor și evacuarea lucrătorilor, adaptate naturii activităților și mărimii întreprinderii și/sau unității, ținând seama de alte persoane prezente și să stabilească legăturile necesare cu serviciile specializate, îndeosebi în ceea ce privește primul ajutor, serviciul medical de urgență, salvare și pompieri **(Articolul 10, alin.1)**;
- să ia măsurile necesare în cazul unui pericol iminent⁸²⁴ **(Articolul 11)**;
- să realizeze și să fie în posesia unei evaluări a riscurilor pentru securitatea și sănătatea în muncă, inclusiv pentru acele grupuri sensibile la riscuri specifice și să decidă asupra măsurilor de protecție care trebuie luate și, după caz, asupra echipamentului de protecție care trebuie utilizat **(Articolul 12, alin.1, lit. a și b)**;
- să asigure condițiile⁸²⁵ de securitate și sănătate în muncă și pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale **(Articolul 13)**;
- să ofere alimentația de protecție gratuit persoanelor care lucrează în condiții de muncă ce impun acest lucru **(Articolul 14)**;
- să acorde gratuit materialele igienico-sanitare **(Articolul 15)**;
- să asigure condiții pentru ca fiecare lucrător să primească o instruire suficientă și adecvată în domeniul securității și sănătății în muncă, în special sub formă de informații și instrucțiuni de lucru, specifice locului de muncă și postului său **(Articolul 20)**.

824. Acestea sunt: (I) să informeze, cât mai curând posibil, toți lucrătorii care sunt sau pot fi expuși unui pericol grav și iminent despre riscurile implicate de acest pericol, precum și despre măsurile luate ori care trebuie să fie luate pentru protecția lor; (II) să ia măsuri și să furnizeze instrucțiuni pentru a da lucrătorilor posibilitatea să oprească lucrul și/sau să părăsească imediat locul de muncă și să se îndrepte spre o zonă sigură, în caz de pericol grav și iminent; și (III) să nu impună lucrătorilor reluarea lucrului în situația în care încă există un pericol grav și iminent, în afara cazurilor excepționale și pentru motive justificate.

825. Aceste măsuri sunt: să adopte soluții conforme prevederilor legale în vigoare privind securitatea și sănătatea în muncă, prin a căror aplicare să fie eliminate sau diminuate riscurile de accidentare și de îmbolnăvire profesională a lucrătorilor; să întocmească un plan de prevenire și protecție compus din măsuri tehnice, sanitare, organizatorice și de altă natură, bazat pe evaluarea riscurilor, pe care să îl aplice corespunzător condițiilor de muncă specifice unității; să obțină autorizația de funcționare din punctul de vedere al securității și sănătății în muncă, înainte de începerea oricărei activități, conform prevederilor legale; să stabilească pentru lucrători, prin fișa postului, atribuțiile și răspunderile ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă, corespunzător funcțiilor exercitate; să elaboreze instrucțiuni proprii, în spiritul prezentei legi, pentru completarea și/sau aplicarea reglementărilor de securitate și sănătate în muncă, ținând seama de particularitățile activităților și ale locurilor de muncă aflate în responsabilitatea lor; să asigure și să controleze cunoașterea și aplicarea de către toți lucrătorii a măsurilor prevăzute în planul de prevenire și de protecție stabilit, precum și a prevederilor legale în domeniul securității și sănătății în muncă, prin lucrătorii desemnați, prin propria competență sau prin servicii externe; să ia măsuri pentru asigurarea de materiale necesare informării și instruirii lucrătorilor, cum ar fi afișe, pliante, filme și diafilme cu privire la securitatea și sănătatea în muncă; să asigure informarea fiecărei persoane, anterior angajării în muncă, asupra riscurilor la care aceasta este expusă la locul de muncă, precum și asupra măsurilor de prevenire și de protecție necesare; să ia măsuri pentru autorizarea exercitării meseriilor și a profesiilor prevăzute de legislația specifică; să angajeze numai persoane care, în urma examenului medical și, după caz, a testării psihologice a aptitudinilor, corespund sarcinii de muncă pe care urmează să o execute și să asigure controlul medical periodic și, după caz, controlul psihologic periodic, ulterior angajării; să țină evidența zonelor cu risc ridicat și specific; să asigure funcționarea permanentă și corectă a sistemelor și dispozitivelor de protecție, a aparaturii de măsură și control, precum și a instalațiilor de captare, reținere și neutralizare a substanțelor nocive degajate în desfășurarea proceselor tehnologice; să asigure echipamente de muncă fără pericol pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor; să acorde obligatoriu echipament individual de protecție nou, în cazul degradării sau al pierderii calităților de protecție.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ**► Hotărârea Guvernului nr. 1091/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru locul de muncă**

HG stabilește cerințele minime de securitate și sănătate pentru locul de muncă, cerințe specificate în concret în **Anexele I și II** la aceasta. HG se va aplica pe deplin alături de dispozițiile Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006 fără a aduce atingere prevederilor mai restrictive și/sau specifice din HG 1091/2006 (**Articolul 3**).

HG stabilește în sarcina angajatorului, în scopul asigurării securității și sănătății lucrătorilor, obligația de a lua măsuri în sensul (I) păstrării în permanență a căilor de acces libere, (II) întreținerii tehnice a locului de muncă și a echipamentelor și dispozitivelor, în special a celor menționate în anexele nr. 1 și 2 din hotărâre, (III) remedierii imediate a neconformităților constatate și susceptibile de a afecta securitatea și sănătatea lucrătorilor, (IV) curățării cu regularitate a echipamentelor și a dispozitivelor de la locul de muncă, (V) întreținerii și verificării echipamentelor și dispozitivelor de securitate destinate prevenirii sau eliminării pericolelor (**Articolul 8**).

Angajatorul trebuie să informeze salariații și/sau pe reprezentanții acestora cu privire la toate măsurile luate în domeniul sănătății și securității la locul de muncă (**Articolul 10**).

Mai precis, angajatorul trebuie să informeze personalul care lucrează în condiții de izolare cu privire la (I) manevrarea echipamentului de muncă, starea acestuia (fiabilitate și accesibilitate); (II) riscurile de accidentare și modul de acțiune în caz de apariție a acestora; (III) comportamentul adecvat în cazul producerii unei avarii sau al apariției unei situații critice; (IV) utilizarea echipamentului individual de protecție; (V) primul ajutor; (vi) utilizarea sistemului de supraveghere și de legătură cu exteriorul (**Articolul 11**).

În același timp, stabilește obligația angajatorului la consultarea și participarea lucrătorilor și/sau a reprezentanților acestora cu privire la problemele de sănătate și securitate în muncă (**Articolul 12**).

► Hotărârea Guvernului nr. 1092/2006 privind protecția lucrătorilor împotriva riscurilor legate de expunerea la agenți biologici în muncă

Prevederile HG 1092/2006 se aplică pentru toate activitățile în care lucrătorii, datorită activității profesionale, sunt expuși sau riscă să fie expuși la agenți biologici (**Articolul 7**).

Hotărârea stabilește obligații specifice pentru angajatori, precum:

- să determine natura, nivelul și durata de expunere, pentru a se putea evalua orice risc pentru sănătatea și securitatea lucrătorilor și pentru a se putea stabili măsurile ce trebuie luate (**Articolul 8**);
- să evite utilizarea unui agent biologic periculos, înlocuindu-l printr-un agent biologic care, în funcție de condițiile de utilizare și de stadiul actual al cunoștințelor, nu este periculos sau este mai puțin periculos pentru sănătatea lucrătorilor (**Articolul 11**);
- să ia alte măsuri pentru protecția lucrătorilor⁸²⁶ (**Articolul 15**);
- să asigure dezinfectarea și curățarea sau, la nevoie, distrugerea echipamentului de protecție care poate fi contaminat de agenți biologici (**Articolul 16**);

Hotărârea stabilește obligații specifice pentru angajatori, mai ales pentru serviciile medicale și veterinare:

826. Acestea sunt: să asigure condițiile corespunzătoare ca lucrătorii să nu servească masa și să nu bea în zonele de lucru unde există riscul de contaminare cu agenți biologici; să furnizeze lucrătorilor îmbrăcăminte de protecție adecvată sau alte tipuri de îmbrăcăminte specială adecvată; să asigure lucrătorilor spații dotate cu instalații igienico-sanitare adecvate, care pot include soluții/picături pentru ochi și/sau substanțe antiseptice pentru piele; să aibă în vedere ca echipamentul individual de protecție să fie: așezat corect într-un loc stabilit separat de celelalte haine; verificat și curățat, dacă este posibil, înainte și, în orice caz, după fiecare utilizare; reparat sau schimbat înaintea unei noi utilizări, în cazul în care prezintă defecțiuni; să stabilească proceduri privind prelevarea, manipularea și tratarea eșantioanelor de origine umană sau animală.

- **Articolul 31:** Angajatorul trebuie să evalueze riscurile profesionale, acordând unora dintre ele o atenție deosebită⁸²⁷; angajatorul trebuie să ia măsurile corespunzătoare pentru a asigura protecția sanitară și securitatea lucrătorilor⁸²⁸;
- **Articolul 32:** angajatorul trebuie să aleagă măsuri de izolare dintre cele prezentate în coloana A din **anexa nr. 5**, în scopul reducerii la minimum a riscului de infecție în serviciile de izolare sau în secțiile de carantină unde se găesc pacienți umani ori animale care sunt sau ar putea fi contaminați cu agenți biologici din grupele 3 și 4 din aceeași anexă.

Recomandări practice pentru supravegherea medicală a lucrătorilor se regăsesc în **Anexa nr. IV** la hotărâre⁸²⁹. O importanță deosebită poate fi acordată și **Anexei nr. V** – Indicații privind măsurile și nivelurile de izolare, și care trebuie să fie aplicate în funcție de natura activităților, evaluarea riscurilor pentru lucrător și natura agentului biologic implicat, fiind prezentate într-un tabel.

- ▶ **Ordinul nr. 1479/2010 privind aprobarea Regulamentului pentru compunerea și portul echipamentului individual de protecție de mare vizibilitate al personalului de intervenție din cadrul serviciilor de ambulanță județene și al Serviciului de Ambulanță București - Ilfov, a normelor privind echiparea acestor categorii de personal, precum și a regulilor pentru aplicarea acestora**

Conform dispozițiilor **Articolului 4** din Ordin, echipamentul individual de protecție este unic și obligatoriu pentru personalul de intervenție din cadrul serviciilor de ambulanță județene și al Serviciului de Ambulanță București - Ilfov în timpul programului normal sau prelungit de lucru. De uniformă beneficiază următoarele categorii de personal din cadrul serviciului de ambulanță: medic, asistent, ambulanțier, conducător auto. (**Articolul 1** din Norme).

- ▶ **Ordinul nr. 508/2002 privind aprobarea Normelor generale de protecție a muncii - Ministerul Muncii și Solidarității Sociale**

Normele cuprind principiile generale de prevenire a accidentelor de muncă și bolilor profesionale precum și direcțiile generale de aplicare a acestora și constituie cadrul general pentru elaborarea normelor specifice și a instrucțiunilor proprii de securitate a muncii (**Articolul 1**).

Normele sunt obligatorii și sunt aplicabile în toate sectoarele de activitate de pe teritoriul României, atât publice cât și private (industriale, agricole, comerciale, administrative, de servicii, educaționale, culturale, de recreere etc.), tuturor persoanelor fizice sau juridice, române sau străine, ce desfășoară activități pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de lege, atât în calitate de angajator, cât și în calitate de angajat, precum și ucenicilor, elevilor și studenților în perioada efectuării practicii profesionale, cu excepția celor care au drept obiect activități casnice (**Articolul 2** din Norme).

- **Articolul 5, alin.4** din Norme stabilește obligația angajatorilor de a elabora instrucțiuni proprii de securitate a muncii, care au ca scop detalierea și particularizarea prevederilor din normele generale, specifice, a standardelor și a altor reglementări din domeniu, în funcție de particularitățile domeniului.

Normele tratează în detaliu: organizarea protecției muncii la nivelul angajatorilor (**Titlul II**)⁸³⁰; sarcinile

827. Acestea sunt: (I) incertitudinile legate de prezența agenților biologici în organismul pacienților sau al animalelor, precum și în probele sau produsele biologice care rezultă de la aceștia; (II) pericolul pe care îl constituie agenții biologici care sunt sau ar putea fi prezenți în organismul pacienților ori la animale, precum și în probele prelevate de la aceștia; (III) riscurile inerente datorate naturii activității.

828. Mai precis: (I) specificarea procedeelelor corespunzătoare de decontaminare și de dezinfecție; (II) punerea în practică a procedeelelor care permit manipularea și eliminarea fără riscuri a deșeurilor contaminate.

829. De pildă, supravegherea medicală a lucrătorilor trebuie să fie asigurată conform practicilor și principiilor medicinei muncii și trebuie să includă cel puțin următoarele măsuri: (I) înregistrarea antecedentelor medicale și profesionale ale fiecărui lucrător, (II) o evaluare personalizată a stării de sănătate a lucrătorilor, (III) dacă este cazul, o supraveghere biologică pentru depistarea efectelor precoce și reversibile. Se pot dispune și alte teste pentru fiecare lucrător supus unei supravegheri medicale, în lumina celor mai recente cunoștințe ale medicinei muncii.

830. Aceasta se referă la: obligațiile angajatorului privind securitatea și sănătatea în muncă; obligațiile și drepturile angajaților privind securitatea și sănătatea în muncă; principii și criteriile de organizare; organizarea compartimentului de protecție a muncii; organizarea Comitetului de Securitate și Sănătate în Muncă; pregătirea și instruirea personalului; pregătirea și instruirea personalului; metode și mijloace de propagandă; dotarea cu echipament individual de protecție și echipament individual de lucru; acordarea materialelor igienico-sanitare și a alimentației de protecție.

de muncă (**Titlul III**)⁸³¹; clădiri și alte construcții (**Titlul IV**)⁸³²; echipamente tehnice (**Titlul V**); mediul de muncă (**Titlul VI**).

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Codul de deontologie medicală nu prevede dispoziții cu privire la dreptul la condiții decente de muncă.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Spitalul de cardiologie T.M asigură angajaților săi, medici cardiologi, toate echipamentele necesare pentru ca aceștia să poată efectua unele dintre cele mai complexe operații pe cord. De asemenea, medicilor chirurgi precum și personalului medical auxiliar le sunt asigurate echipamentele de protecție corespunzătoare.

2. Exemple de încălcare

Deși s-a demarat procedura achiziției publice pentru dotarea corespunzătoare a secției de primire urgențe din cadrul Spitalului municipal X, iar lucrarea de execuție a fost achitată, managementul Spitalului a uitat să achiziționeze și consumabilele necesare echipamentelor cumpărate, fapt care le face inutilizabile.

3. Cazuri concrete

La momentul redactării prezentului Ghid nu a fost descoperită jurisprudență relevantă privind în mod concret raportul dintre personalul medical și unitatea spitalicească angajatoare având ca obiect conflicte de muncă privind asigurarea condițiilor decente de muncă.

Pe de altă parte, există o vastă jurisprudență relativ la obligația angajatorului de a asigura angajaților săi condiții de securitate la locul de muncă și de a-și instrui personalul cu privire la aparatura folosită. Astfel, membrii personalului medical se pot adresa instanțelor competente cu soluționarea unui conflict de muncă rezultând din încălcarea obligațiilor angajatorului privind securitatea și sănătatea în muncă, având în vedere calitatea de salariat al acestora. (*Nota autorului: medicii pot acționa în instanță spitalele pe baza reglementărilor speciale din Codul muncii și alte legi dacă medicii au încheiat un contract de muncă împreună cu angajatorul, nu și alte tipuri de contracte*).

Astfel, vom reda mai jos câteva dintre soluțiile instanțelor relativ la dreptul la condiții de muncă decente care, cu o singură excepție în care reclamantii erau medici, abordează principiile juridice relevante acestui drept, indiferent de domeniul de muncă:

Tribunalul Prahova – Sentința nr. 102/03.03.2009 – anulare act administrativ⁸³³:

- Instanța a reținut în fapt că reclamantii F.V și P.O, ambii medici, au fost sancționați disciplinar de către forurile profesionale competente;

831. Acest Titlu se referă la: conceperea și repartizarea sarcinilor de muncă; organizarea timpului de muncă și de odihnă, munca în schimburi; efortul fizic; efortul mental; munca femeilor; munca tinerilor.

832. Acest Titlu se referă la: obligații generale ale proiectantului, executantului, beneficiarului; amplasarea clădirilor, depozitelor și a altor tipuri de construcții; căi de circulație; înălțimea clădirilor, dimensionarea suprafețelor și a volumului de lucru; instalații tehnico-utilitare; dotări social-sanitare, puncte de prim ajutor, necesarul de apă potabilă, colectarea și îndepărtarea reziduurilor; loc de muncă.

833. Acest caz este tratat pe larg la Capitolul 6, Dreptul la respectarea timpului pacienților, la secțiunea Cazuri concrete.

- Instanța a respins cererea reclamantilor și a menținut sancțiunile aplicate, având în vedere faptul că din probatoriul administrat a rezultat că reclamantii se fac vinovați de încălcarea mai multor norme deontologice;
- Cu toate acestea, instanța a luat în considerare și cele reținute de Comisia Superioară de Disciplină în sensul că atitudinea deontologică a medicilor și conduita terapeutică a acestora s-au datorat și condițiilor organizatorice precare în privința asistenței neurochirurgicale de urgență la nivelul spitalului, precum și datorită lipsei unui neurochirurg de gardă.

Curtea de Apel Iași - Decizie nr. 164/2008 din 25 martie 2008 - Accident de muncă:

- Din cauza lipsei instructajului, salariatul s-a accidentat la una dintre mașinile angajatorului distrugându-și ambele mâini. Instanța a considerat că în cazul analizat, culpa pentru producerea accidentului de muncă aparține exclusiv angajatorului, în primul rând pentru că nu a luat măsuri pentru asigurarea securității și sănătății în muncă, iar în al doilea rând pentru că nu și-a îndeplinit obligația legală de a-și instrui personalul (inclusiv pe reclamant) cu privire la modalitatea de folosire a utilajelor.

Judecătoria Pașcani - Sentință penală nr. 327/2010 din 15 noiembrie 2010 – Accident de muncă:

- Instanța a reținut că au fost încălcate dispozițiile legale privind sănătatea și securitatea în muncă conform cărora (I) *angajatorul trebuie să asigure condiții pentru ca fiecare lucrător să primească o instruire suficientă și adecvată în domeniul securității și sănătății în muncă, în special sub formă de informații și instrucțiuni de muncă, specifice locului de muncă și postului său și (II) angajatorul de asemenea nu a evaluat riscurile de accidentare și îmbolnăvire profesională, generate de activitățile desfășurate și nu a stabilit măsurile de securitate și sănătate în muncă corespunzător riscurilor identificate;*
- Instanța a conchis că din ansamblul cercetărilor efectuate în cauză rezultă cu certitudine că instruirea insuficientă a victimei este cauza directă care a dus la producerea evenimentului, ceea ce constituie indicii ale existenței infracțiunii prevăzute de art. 37 al. 2 din Legea 319/2006, anume *neluarea vreuneia dintre măsurile legale de securitate și sănătate în muncă de către persoana care avea îndatorirea de a lua aceste măsuri, dacă se creează un pericol grav și iminent de producere a unui accident de muncă sau de îmbolnăvire profesională și pe cale de consecință a dispus începerea urmăririi penale față de numitul C. N., administrator al SC XYZ București Sucursala Iași.*

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Într-un litigiu specific în domeniul malpraxisului, avocatul care apără medicul poate invoca în fața instanței aspecte legate de obligațiile angajatorului (spitalul, spre exemplu) de a garanta condiții de muncă decente. Astfel, avocatul, în funcție de situația de fapt, poate argumenta că prejudiciul nu a fost cauzat de comportamentul neglijent al medicului, ci ca urmare a încălcării de către angajator a dreptului la muncă în condiții decente. Astfel, dacă se stabilește o legătură de cauzalitate între nerespectarea obligațiilor de către spital și prejudiciul suferit de pacient, medicul este exonerat de răspundere civilă delictuală. De exemplu, poate constitui o obligație legală a spitalului aceea de a verifica măsura în care mesele de operație sunt funcționale și adecvate, și nu o obligație a medicului chirurg. În plus, avocații pot verifica îndatoririle specifice ale fiecărei unități sanitare prevăzute în regulamentele interne ale acesteia.

H) REFERINȚE INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE PRIVIND DREPTUL ANALIZAT

Dreptul de a beneficia de condiții de muncă decente este stabilit și în:

- Articolul 7 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (a se vedea Dreptul la salariu corespunzător și la condiții de muncă în Capitolul 2),

- Sub aspect internațional și regional a se vedea Dreptul la muncă în condiții decente în Capitolul 2, respectiv Capitolul 3.

7.1.2 Dreptul la libera asociere

A) DREPTUL PERSONALULUI MEDICAL DE A FORMA, DE A ADERA ȘI DE A CONDUCE ASOCIAȚII PROFESIONALE ESTE ESENȚIAL PENTRU CA ACESTA SĂ ÎȘI POATĂ APĂRA DREPTURILE ȘI DE A PUTEA ÎN CONSECINȚĂ SĂ ASIGURE PACIENȚILOR SERVICII MEDICALE CORESPUNZĂTOARE.

B) DREPTUL LA LIBERA ASOCIERE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

▶ Constituția României din 1991, revizuită în 2003

- **Articolul 40** din Constituția României garantează dreptul cetățenilor de a se asocia liber, în partide politice, în sindicate, în patronate și în alte forme de asociere.
- De asemenea, Constituția consacră dreptul salariaților la grevă (**Articolul 43**) pentru apărarea intereselor profesionale, economice și sociale, deci implicit și cu privire la dreptul la libera asociere, dacă acest drept le-ar fi îngădit.

Legislație

▶ Legea nr. 62/2011 privind dialogul social

Potrivit **Articolului 3** din lege, persoanele încadrate cu contract individual de muncă, funcționarii publici și funcționarii publici cu statut special în condițiile legii, membrii cooperatori și agricultorii încadrați în muncă au dreptul, fără nicio îngădire sau autorizare prealabilă, să constituie și/sau să adere la un sindicat. Nicio persoană nu poate fi constrânsă să facă sau să nu facă parte, să se retragă sau să nu se retragă dintr-o organizație sindicală.

▶ Legea nr. 53/2003 privind Codul Muncii

Codul Muncii stabilește expres la **Articolul 7**, dreptul salariaților și angajatorilor de a se asocia liber pentru apărarea drepturilor și promovarea intereselor lor profesionale, economice și sociale.

▶ Legea nr. 31/1990 a societăților

Legea nr. 31/1990 reprezintă legea cadru în materia societăților constituite în scopul desfășurării unor activități comerciale. Conform **Articolului 1** al Legii, în vederea desfășurării de activități cu scop lucrativ, persoanele fizice și persoanele juridice se pot asocia și pot constitui societăți cu personalitate juridică. Serviciile medicale pot fi furnizate inclusiv prin unități medicale înființate în baza Legii nr. 31/1990⁸³⁴. Ulterior înființării, pentru a funcționa în condiții de legalitate reprezentanții legali ai unităților medicale respective, personal sau prin mandatar, trebuie să obțină avizele și autorizările necesare⁸³⁵.

834. Art. 1 din Norma metodologică privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale din 26.02.2003.

835. Conform Art. 172, alin. 8, coroborat cu Art. 173 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, spitalul privat este supus procedurii de avizare de către Ministerul Sănătății. După obținerea avizului, spitalul intră în procedura de acreditare. Pentru autorizarea funcționării unităților medicale, altele decât spitalele, se vor avea în vedere dispozițiile Ordinului nr. 153/2003 al Ministrului Sănătății și Familiei pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale. De asemenea, se va consulta și website-ul Ministerului Sănătății, secțiunea autorizații <http://www.ms.ro/?pag=25>.

► **Ordonanța Guvernului nr. 26/2000 privind asociațiile și fundațiile**

OG 26/2000 stabilește dreptul persoanelor fizice și juridice care urmăresc desfășurarea unor activități de interes general sau în interesul unor colectivități ori, după caz, în interesul lor personal nepatrimonial, de a constitui asociații ori fundații (**Articolul 1**). OG 26/2000 este o expresie a dreptului fundamental al dreptului la asociere, reglementând înființarea, funcționarea și încetarea existenței unei asociații sau fundații.

► **Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale**

Dreptul la libera asociere a medicilor este asigurat și prin reglementarea modalității în care aceștia își pot exercita profesia. Astfel, serviciile medicale în regim ambulatoriu se realizează prin intermediul cabinetelor medicale, al unităților medicale cu personalitate juridică înființate în temeiul Legii nr. 31/1990 privind societățile ori al cabinetelor medicale din structura unor organizații nonprofit, fundații și asociații cu activități medicale, asociații profesionale, culte religioase și lăcașe de cult religios, după caz⁸³⁶. Ordonanța nr. 124/1998 stabilește ca forme de exercitare a profesiei de medic cabinetul medical individual, cabinete medicale grupate sau asociate, societatea civilă medicală⁸³⁷. Relativ la dreptul analizat, urmează să fie prezentate formele asociative de exercitare a profesiei de medic, anume cabinetele medicale grupate, asociate și societatea civilă medicală.

- **Articolul 2, alin. 2 și 3** prevăd că orice cabinet individual se poate grupa cu alte cabinete pentru a crea facilități economice comune, fiecare cabinet păstrându-și individualitatea în relațiile cu terții. De asemenea, cabinetele se pot asocia formând cabinetele medicale asociate în scop de exercitare în comun a activității și al asigurării accesului permanent al pacienților la servicii medicale complete. Ca și în cazul cabinetelor grupate, asocierea nu dă naștere unei noi persoane juridice, medicii titulari din cabinetele medicale asociate intrând în relații cu terții în numele asocierii din care fac parte, cu păstrarea drepturilor și a responsabilităților individuale prevăzute de lege. Însă, spre deosebire de cabinetele grupate, la cabinetele asociate clientela aparține asocierii.
- **Alin.4 al Articolului 2** prevede dreptul medicilor (cel puțin doi) de a se asocia în scopul constituirii unei societăți civile medicale.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► **Normă metodologică din 26 februarie 2003 privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale**

Aceste norme conțin prevederi detaliate despre modul în care trebuie aplicate reglementările din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Codul de deontologie medicală nu prevede dispoziții cu privire la dreptul la libera asociere.

E) ALTE DISPOZIȚII LEGALE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte prevederi relevante față de dreptul la libera asociere.

836. Ministerul Sănătății și Familiei - Normă metodologică din 26 februarie 2003 privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, Art. 1.

837. Art. 1 din Ordonanță, coroborat cu Art. 6 din Norma metodologică din 26 februarie 2003 privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

În România s-a constituit și funcționează legal Camera Federativă a Sindicatelor Medicilor din România, și reprezintă o organizație a medicilor și a profesioniștilor din sistemul de sănătate cu studii superioare cu activitate conexă actului medical, care are ca obiective apărarea intereselor economice, sociale, profesionale, culturale și sportive ale membrilor săi. *(Nota autorului: Până acum nu au fost raportate plângeri privind încălcarea drepturilor acestei organizații, în sensul vreunei ingerințe privind legala constituire și funcționare a acesteia.)*

2. Exemple de încălcare

Mai mulți medici specializați în cardiologie au dorit să constituie o asociație în scopul promovării educației în rândul populației cu privire la afecțiuni ale inimii și modalități de prevenire a acestora. Deși înregistrarea s-a făcut în mod legal, Colegiul Medicilor din România a solicitat dizolvarea asociației pe motiv că la nivel național există deja înființate asemenea asociații și că prin activitatea asociației nou constituite este afectată imaginea colegiului, care la rândul său este parte într-o asociație cu profil similar.

3. Cazuri concrete

La momentul redactării prezentului Ghid nu s-a găsit jurisprudență relevantă privind încălcarea dreptului personalului medical de a se asocia liber.

Decizie a Curții Constituționale nr. 939/2012

Cu toate acestea, Curtea Constituțională a României a fost sesizată cu o excepție de neconstituționalitate privind dispozițiile **Articolului 3, alin.2** din Legea dialogului social nr. 62/2011. Excepția a fost ridicată de recurentul Sindicatul „Speranța” din Orăștie în cadrul soluționării unui recurs civil.

În motivarea excepției de neconstituționalitate, autorul acesteia susține că dispozițiile de lege criticate contravin Articolului 53 din Constituție, întrucât permit înființarea unui sindicat cu un număr de 15 salariați și se impune stabilirea unor condiții mai restrictive pentru înființarea unui sindicat.

Analizând excepția ridicată, Curtea a stabilit următoarele:

- Acest drept fundamental, social-politic, care nu este însă un drept absolut, se exercită prin participare la constituirea asociațiilor sau prin aderare la asociații existente. Înseși prevederile constituționale stabilesc anumite limite ale dreptului de asociere, care privesc 3 aspecte: a) scopurile și activitatea; b) membrii; c) caracterul asociației, rezultând din modul său de constituire. Legea poate institui anumite condiții obligatorii privind constituirea și desfășurarea activității asociațiilor;
- Cu privire la impunerea prin lege a unui număr minim de membri pentru constituirea unui sindicat, Curtea a constatat că această prevedere se încadrează în condițiile pe care legea le poate impune potrivit prevederilor art. 9 din Constituție. *Stabilirea numărului minim de membri constituanți se impune pentru a se asigura organizației sindicale constituite o reprezentativitate minimă în vederea desfășurării activităților specifice de apărare a drepturilor și intereselor membrilor săi;*
- În consecință Curtea a respins excepția de neconstituționalitate ridicată de autor.

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Pentru situația în care există o ingerință a dreptului la libera asociere, avocatul poate să își construiască argumentele având în vedere în primul rând dispozițiile constituționale și jurisprudența Curții Constituționale în acest sens, precum și pe cea a Curții Europene a Drepturilor Omului, iar în subsidiar, dispozițiile legale aplicabile privind legala constituire și funcționare a unei entități rezultate ca urmare a exercitării dreptului la libera asociere. Această notă practică se bazează pe prevederile constituționale

conform cărora au prioritate instrumentele și jurisprudența internațională de drepturile omului față de legislația națională, dacă aceasta din urmă oferă o protecție a drepturilor omului mai scăzută. În plus, dacă o anumită prevedere din legislația internă este, în opinia avocatului, neconstituțională, atunci acesta poate ridica o excepție de neconstituționalitate direct în fața instanței care judecă respectivul proces.

H) REFERINȚE INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE PRIVIND DREPTUL ANALIZAT

Sub aspect internațional și regional a se vedea Dreptul la libera asociere în Capitolul 2, respectiv Capitolul 3.

7.1.3 Dreptul la un proces echitabil

A) PERSONALUL DIN DOMENIUL MEDICAL, PRIN PRISMA PROFESIEI, ESTE SUBIECT AL UNOR DIVERSE PROCEDURI CIVILE ȘI ADMINISTRATIVE – MĂSURI DISCIPLINARE, PROCESE DE MALPRACTIS - ȘI PE CALE DE CONSECINȚĂ AU DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ȘI LA DREPTUL LA REPLICĂ.

B) DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Constituția stabilește la **Articolul 21** dreptul la acces liber la justiție, conform căruia orice persoană se poate adresa justiției pentru apărarea drepturilor, a libertăților și a intereselor sale legitime, fără nicio ingerință. Părțile au dreptul la un proces echitabil și la soluționarea cauzelor într-un termen rezonabil.

Deopotrivă **Articolul 24** din Constituție garantează dreptul la apărare, în sensul că în tot cursul unui proces, părțile au dreptul să fie asistate de un avocat, ales sau numit din oficiu. Dreptul la apărare este o parte esențială a dreptului la un proces echitabil, drept fundamental stabilit și de Articolul 6 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului, precum și în Titlul VI al Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene⁸³⁸.

Tot în legătură cu dreptul la un proces echitabil este și dreptul de petiționare, garantat de Constituție, conform căruia cetățenii au dreptul să se adreseze autorităților publice prin petiții, cu obligația corelativă a acestora din urmă să răspundă la petiții în termenele și în condițiile stabilite potrivit legii (**Articolul 51** din Constituție).

Legislație

► Codul de procedură civilă

- **Articolul 6** din CPC, statuează cu valoare de principiu fundamental dreptul la un proces echitabil,

838. Constituția statuează că dispozițiile constituționale privind drepturile și libertățile cetățenilor vor fi interpretate și aplicate în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu celelalte tratate la care România este parte, iar dacă există neconcordanțe între pactele și tratatele privitoare la drepturile fundamentale ale omului, la care România este parte, și legile interne, au prioritate reglementările internaționale, cu excepția cazului în care Constituția sau legile interne conțin dispoziții mai favorabile (**Articolul 20 din Constituție**).

În termen optim și previzibil. Conform acestui articol, orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în termen optim și previzibil, de către o instanță independentă, imparțială și stabilită de lege. În acest scop, instanța este datoare să dispună toate măsurile permise de lege și să asigure desfășurarea cu celeritate a judecării. Aceleași dispoziții sunt aplicabile deopotrivă și în faza executării silite.

► **Codul de procedură penală**

CPP reglementează principiile generale în conformitate cu care trebuie să se desfășoare orice proces penal. Astfel, sunt garantate caracterul echitabil și termenul rezonabil al procesului penal (**Articolul 8**), în sensul că organele judiciare au obligația de a desfășura urmărirea penală și judecata cu respectarea garanțiilor procesuale și a drepturilor părților și ale subiecților procesuali, astfel încât să fie constatate la timp și în mod complet faptele care constituie infracțiuni, *nicio persoană nevinovată să nu fie trasă la răspundere penală*, iar orice persoană care a săvârșit o infracțiune să fie pedepsită potrivit legii, într-un termen rezonabil.

Relevante în privința dreptului la un proces echitabil sunt și garantarea dreptului la apărare precum și a prezumției de nevinovăție (**Articolele 4 și 10**), fără acestea neputând fi conceput dreptul la un proces echitabil în ansamblul său.

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Nu există un text de lege în legislația cadru în domeniu prin care să se stabilească în mod concret dreptul la un proces echitabil. Cu toate acestea, dispozițiile legii speciale, cum este și Legea 95/2006, se completează cu cele ale legii generale, respectiv ale CPC sau CPP, după caz.

- **Articolul 653, alin.5** stabilește că răspunderea civilă a personalului medical guvernată de Legea nr. 95/2006 nu exclude răspunderea penală dacă fapta care a cauzat prejudiciului constituie infracțiune conform legislației penale. Așa cum s-a indicat mai sus, normele procesuale penale conțin garanții privind dreptul la un proces echitabil.

În situația în care este angajată răspunderea disciplinară a personalului medical (aici, a medicilor) acesta poate ataca hotărârea Colegiului din care face parte, la Comisia Superioară de disciplină. Ulterior, medicul poate contesta și decizia acestei din urmă comisii formulând în acest scop o acțiune în anulare, la secția de contencios administrativ a tribunalului în a cărui rază își desfășoară activitatea (**Articolul 456 alin. 4, Articolul 459**). În proces vor fi incidente dispozițiile Codului de procedură civilă, și astfel implicit și cele privind dreptul la un proces echitabil.

Privind dreptul la rezolvarea cauzei în termen rezonabil, Legea nr. 95/2006 stabilește în **Articolul 682, alin.3, teza II** un termen pentru Comisia de Malpraxis de a pronunța o decizie în cel mult 3 luni de la data sesizării. (*Nota editorului: Legea nr. 95/2006 nu prevede nicio sancțiune pentru nerespectarea termenului de 3 luni*)

► **Legea nr. 53/2003 privind Codul Muncii**

Conflictele de muncă dintre angajați și angajatori și care se referă la încheierea, executarea, modificarea, suspendarea și încetarea contractelor individuale de muncă, se soluționează de către instanțele competente în regim de urgență (**Articolul 271**). Astfel, termenele de judecată nu pot fi mai mari de 15 zile, iar procedura de citare a părților se consideră legal îndeplinită chiar și atunci când se realizează cu cel puțin 24 de ore înainte de termenul de judecată.

Deși dreptul la un proces echitabil nu este prevăzut în mod expres în Codul Muncii, prevederile **Articolului 275** care prevăd normele speciale pentru judecarea litigiilor de dreptul muncii vor fi completate cu prevederile Codului de procedură civilă, deci implicit cu cele legate de dreptul la un proces echitabil.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

► Statut din 10 februarie 2009 al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

Statutul din 2009 prevede dreptul membrilor Ordinului de a fi judecați *pe baza prezumției de nevinovăție* de către organele competente ale Ordinului pentru abaterile deontologice și disciplinare (**Articolul 13, litera k**). De asemenea, statutul prevede tipurile de sancțiuni disciplinare ce pot fi aplicate membrilor (**Articolul 40**), precum și faptele ce constituie abateri disciplinare (**Articolul 39**). Astfel, sunt garantate previzibilitatea și legalitatea procedurilor disciplinare.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

► Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România

Codul de deontologie medicală nu specifică expres dreptul la un proces echitabil, însă cuprinde un întreg capitol (**Capitolul VIII**) privind judecarea cauzelor care atrag răspunderea disciplinară a medicilor și care stabilește regulile aplicabile în cazul în care se analizează încălcarea de către medici a regulilor de deontologie profesională:

- Trebuie să se țină cont de principiul celerității, iar persoanele desemnate cu cercetarea faptei sunt obligate să acționeze cu maximă diligență și imparțialitate, netergiversând sau prelungind realizarea atribuțiilor ce le revin (**Articolul 54**);
- Pe tot parcursul judecării cauzelor medicul beneficiază de prezumția de nevinovăție (**Articolul 55**), în sensul că până la rămânerea definitivă a unei hotărâri judecătorești de condamnare, persoana în cauză este nevinovată⁸³⁹;
- Persoana desemnată cu cercetarea faptei reclamate ori membrii comisiei de disciplină trebuie să fie imparțiali în soluționarea cauzei deduse lor (**Articolul 56**);
- Cercetarea și analiza realizate de comisia de disciplină se vor desfășura cu respectarea principiului contradictorialității, ceea ce înseamnă că fiecare parte implicată are dreptul de a-și exprima poziția în fața comisiei. Această poziție poate fi exprimată și în scris (**Articolul 57**). (*Nota autorului: Codurile deontologice ale celorlalte profesii din domeniul medical nu conțin prevederi privind garanțiile din cadrul procedurilor disciplinare.*)

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Spitalul X în calitate de angajator al medicului Y a desființat contractul individual de muncă al acestuia din urmă, în urma unei cercetări disciplinare. Deși medicul a solicitat să fie asistat de un avocat în cadrul procedurii cercetării disciplinare, reprezentanții angajatorului au susținut că acest lucru nu este necesar, întrucât se vor discuta chestiuni tehnice, specifice profesiei de medic. Ulterior, după ce a fost concediat, medicul a intentat o acțiune în justiție împotriva angajatorului său, având în vedere că decizia de concediere a fost nelegală. Instanța a acordat termen scurt și a soluționat cauza cu precădere, dând câștig de cauză reclamantului, în sensul că a constatat că decizia de concediere este nelegală întrucât medicul nu a beneficiat de asistență juridică, deși solicitase în mod expres acest lucru, fiind astfel încălcat dreptul la apărare, și implicit dreptul la un proces echitabil.

2. Exemple de încălcare

Medicul X a fost sancționat de Comisia de disciplină. Fiind nemulțumit de decizia acesteia a formulat

839. Art. 23 al. (11) din Constituția României.

contestație la Comisia Superioară de Disciplină. Această comisie a menținut sancțiunea fără însă a audia în cauză și medicul, pentru a cunoaște punctul de vedere al acestuia.

3. Cazuri concrete

Sub aspectul jurisprudenței relative la dreptul individului la un proces echitabil trebuie menționat că nu de puține ori, instanțele de control judiciar au constatat încălcarea acestuia. Cu toate acestea, la acest moment nu s-a găsit nicio hotărâre a unei instanțe de judecată prin care să se stabilească faptul că față de personalul medical, subiect procesual, ar fi fost încălcat dreptul acestuia la un proces echitabil.

Totuși, considerăm utilă citarea unor fragmente din considerentele instanțelor de judecată din diferite hotărâri, în sensul exemplificării actelor sau faptelor ce pot fi considerate ca încălcând dreptul la un proces echitabil. Având în vedere caracterul fundamental al acestui drept, rezultă că indiferent de situația de fapt din cauză, principiile legate de dreptul la un proces echitabil pot fi aplicate și cazurilor care implică personalul medical:

Curtea de Apel București - Decizie nr. 20/2008 - Nelegala citare și nepronunțarea instanței asupra unei cereri de amânare pentru lipsa de apărare, încălcări ale dreptului la un proces echitabil:

- “ [...] la dosar nu se află dovada de citare a părâtei cu copie de pe cererea de chemare în judecată. Deși în practica sentinței s-a menționat că procedura de citare a fost legal îndeplinită, aceasta nu face dovada îndeplinirii actului procedural, fiind necesară existența procesului verbal de citare, atât potrivit Codului de procedură civilă cât și prin Buletinul Insolvenței. [...] Dispozițiile art. 85 din C.pr. civ. stabilesc sub sancțiunea nulității absolute că judecătorul nu va putea judeca pricina decât după citarea sau înfățișarea părților, aceasta fiind o garanție a respectării dreptului la un proces echitabil al părții. Necesitatea citării părâtei și potrivit Codului de procedură civilă a fost stabilită și de Decizia Curții Constituționale nr.1137/4.12.2007.
- [...] pârâta a depus la Tribunal o cerere de amânare a judecării pentru lipsă de apărare, [...] ceea ce atrăgea obligația instanței de a se pronunța asupra sa. Or, din practica sentinței nu rezultă nici o mențiune cu privire la această cerere, ignorarea totală a unei cereri formulate de părți fiind un alt motiv de casare a sentinței [...] deoarece dreptul la apărare al părții este garantat de Constituția României prin dispozițiile art. 24, astfel că ignorarea unei cereri cu privire la acest drept atrage nulitatea hotărârii”;

Secția de Contencios Administrativ și Fiscal a ÎCCJ - Decizie nr. 460/2014 – obligația instanței de a motiva hotărârea, garanție a dreptului la un proces echitabil

- Potrivit art. 261 alin. (1) C. proc. Civ (Nota autorului: Codul de procedură civilă anterior), hotărârea instanței de fond trebuie să cuprindă între altele, motivele de fapt și de drept care au format convingerea instanței și cele pentru care au fost înlăturate susținerile părților. Acest text a consacrat principiul potrivit căruia hotărârile trebuie să fie motivate, [...] rolul textului fiind acela de a se asigura o bună administrare a justiției și pentru a se putea exercita controlul judiciar de către instanțele superioare;
- De altfel, chiar CEDO (vezi cauza Albina împotriva României, cauza Gheorghe împotriva României) subliniază rolul pe care motivarea unei hotărâri îl are pentru respectarea art. 6 parag. 1 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului și arată că dreptul la un proces echitabil nu poate fi considerat efectiv decât dacă susținerile părților sunt examinate de către instanță, aceasta având obligația de a proceda la un examen efectiv al mijloacelor, argumentelor și elementelor de probă sau cel puțin de a le aprecia;
- A nu motiva o hotărâre și a nu prezenta argumentele pentru care au fost înlăturate susținerile părților, echivalează cu o necercetare a fondului cauzei.

Secția Civilă a ÎCCJ - Decizie nr. 4902/2013 – motivarea hotărârii, garanție a dreptului la un proces echitabil

- Ipotezele în care se poate ajunge la o nemotivare, în sensul dispozițiilor legale precizate, sunt dintre cele mai diferite: existența unei contradicții între considerentele hotărârii, în sensul că din unele

rezultă netemeinicia acțiunii, iar din altele faptul că acțiunea este fondată; contrarietatea flagrantă dintre dispozitiv și considerente, cum este cazul admiterii acțiunii prin dispozitiv și justificarea în considerente a soluției de respingere a cererii de chemare în judecată; nemotivarea soluției din dispozitiv ori motivarea insuficientă a acesteia, ori prezentarea în exclusivitate a unor considerente străine de natura pricinii;

- Aceasta nu înseamnă, însă, cum pretind recurenții, că instanța este obligată să răspundă fiecărui argument folosit de părți în dezvoltarea unui motiv de apel și nici chiar fiecărui motiv în parte, atunci când mai multe motive de apel au un element comun determinant, fie pentru admiterea, fie pentru respingerea lor împreună, fiind suficient ca instanța, în analiza lor, să le grupeze și discute împreună, importantă fiind numai obligația de a nu lăsa necercetate toate motivele căii de atac deduse analizei instanței de control judiciar;

- [...] nemotivarea sau insuficienta motivare a hotărârilor judecătorești - este, de asemenea, în sensul constatării încălcării dreptului la un proces echitabil, consacrat de art. 6 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului, în cazul neanalizării problemelor invocate în recurs [...] sau nepronunțarea asupra unui argument decisiv pentru soluționarea cauzei [...] în care Curtea a reiterat faptul că obligația instanțelor de a proceda la o analiză efectivă a cauzei presupune ca partea lezată să poată să se aștepte la un răspuns specific și explicit la mijloacele decisive pentru soluționarea procedurii respective [...]. Or, în speță, opus susținerilor recurenților, instanța de apel a arătat motivele de fapt și de drept ce i-au format convingerea, [...].

Secția Penală a ÎCCJ - Decizie nr. 2817/2013 – prezumția de nevinovăție

- Presumția de nevinovăție face ca sarcina probei să revină organului de urmărire penală și instanței de judecată (*eius inbumbit probatio qui dicit, non qui negat*). Chiar dacă prezumția de nevinovăție este una relativă, în cauză, în urma administrării tuturor probelor necesare soluționării cauzei, s-a ajuns la o îndoială asupra vinovăției inculpatului, respectiv pe baza acestora nu se poate reține cu certitudine nici vinovăția nici nevinovăția acestuia;

- Or, în acest caz, îndoiala care rămâne este echivalentă cu o probă pozitivă de nevinovăție, potrivit principiului *in dubio pro reo*.

F) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- Articolul 6 din Convenția europeană a drepturilor omului este o prevedere de drepturile omului deseori invocată în fața instanțelor civile și penale din România, stipulând în același timp diferite garanții procesuale atât în domeniul civil cât și în cel penal. Profesioniștii din domeniul medical pot fi în situația de a fi implicați în proceduri disciplinare, penale sau civile, în care dreptul lor la un proces echitabil trebuie să fie respectat. Avocații trebuie să ia în considerare că, din perspectiva Curții Europene a Drepturilor Omului, legislația națională este tratată ca un element de fapt – nu ca un element de drept obligatoriu pentru Curte. Astfel, pot să existe situații în care cadrul legal național vede o anumită abatere drept o abatere disciplinară și nu una penală. Indiferent de modul în care legislația națională încadrează fapta, CtEDO va folosi propriile standarde de interpretare pentru a stabili dacă abaterile disciplinare sau contravenționale sunt, de fapt, abateri penale și trebuie să beneficieze de garanțiile de drepturile omului prevăzute de Articolul 6. În acest scop, Curtea a stabilit o evaluare în trei etape, mai precis ținând cont de (a) calificarea pe care legislația națională o conferă faptei, (b) natura concretă a faptei și (c) natura și nivelul de severitate al pedepsei impusă făptuitorului (a se vedea cauza *Engel și alții c Olandei*)⁸⁴⁰.

G) REFERINȚE INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE PRIVIND DREPTUL ANALIZAT

Referințe privind dreptul la un proces echitabil pot fi considerate:

840. Un manual pentru avocați privind interpretarea Articolului 6 din CEDO poate fi găsit pe situl web al INTERRIGHTS, aici: <http://www.interights.org/document/106/index.html>

- Art. 2(3) și 14(1) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice;
- Art. 6 și 13 ale Convenției Europene a Drepturilor Omului.
- Pot fi avute în vedere și dispoziții privind libertatea de exprimare,
- Art. 19(3) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, care limitează libertatea de exprimare în scopul protejării drepturilor și reputației altora;
- Art. 10(2) al Convenției Europene a Drepturilor Omului.

Sub aspect internațional și regional a se vedea Dreptul la un proces echitabil în Capitolele 2, respectiv 3.

7.1.4 Dreptul de a desfășura activități profesionale

A) DREPTUL DE A ÎNTRERINDE ACTIVITĂȚI PROFESIONALE ESTE ESENȚIAL PENTRU POSIBILITATEA PERSONALULUI MEDICAL DE A-ȘI EXERCITA PROFESIA.

B) DREPTUL DE A DESFĂȘURA ACTIVITĂȚI PROFESIONALE AȘA CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Dreptul la muncă și la alegerea profesiei este garantat de Constituție (**Articolul 41**), munca forțată fiind interzisă (**Articolul 42, alin.1**).

Astfel, dreptul la muncă nu poate fi îngrădit iar alegerea profesiei, a meseriei sau a ocupației, precum și a locului de muncă este liberă.

Legislație

► Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015

Legea nr. 95/2006 permite exercitarea profesiilor din domeniul medical fără discriminare, în următoarele condiții:

Titlul XII privind Exerțitarea profesiei de medic și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România prevede că:

- profesia de medic se poate exercita numai în condițiile acesteia și numai dacă persoana în cauză deține un titlu oficial de calificare în medicină, de către persoane care sunt cetățeni ai României, cetățeni ai unui stat membru al UE, ai unui stat aparținând SEE sau ai Confederației Elvețiene, soțul unui cetățean român, precum și descendenții și ascendenții în linie directă, aflați în întreținerea unui cetățean român, indiferent de cetățenia acestora, membrii de familie ai unui cetățean al Uniunii Europene, ai SEE sau ai Confederației Elvețiene, cetățenii statelor terțe beneficiari ai statutului de rezident permanent în România, beneficiari ai statutului de rezident pe termen lung acordat de către unul dintre statele Uniunii Europene, ale SEE sau Confederația Elvețiană (**Articolul 376, alin.1**);
- profesia de medic poate fi exercitată numai de medicul care:
 - nu a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic și pentru care nu a intervenit reabilitarea;
 - nu i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre

judecătorească sau disciplinară (**Articolul 388**);

- nu are calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori de distribuție de produse farmaceutice sau materiale sanitare;
- are starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea profesiei medicale (**Articolul 389**); (*Nota autorului: legea nu prevede expres cum se dovedește starea de sănătate; de obicei, pentru înregistrarea ca membru într-o anumită profesie, se cer documente din care să reiasă îndeplinirea condiției privind starea de sănătate*);
- pentru exercitarea profesiei de medic, persoana în cauză trebuie să îndeplinească anumite condiții impuse de lege, respectiv:
 - să dețină un titlu oficial de calificare în medicină;
 - să nu se găsească în vreunul dintre cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate prevăzute de lege la Articolele 388 și 389 menționate anterior;
 - să fie aptă din punct de vedere medical;
 - să fie membru al Colegiului Medicilor din România, cu excepția cazurilor de exercitarea profesiei cu caracter ocazional oferită cetățenilor statelor terțe, cu avizul Colegiului Medicilor din România.

Titlul XIII privind exercitarea profesiei de medic dentist și Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor Dentiști din România

- profesia de medic dentist se exercită, pe teritoriul României, în condiții similare cu exercitarea profesiei de medic (**Articolul 477**, a se vedea și **Titlul XII** mai sus);
- profesia de medic dentist poate fi exercitată numai de persoana care nu este nedemnă, mai precis de cel care nu a:
 - fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic dentist și pentru care nu a intervenit reabilitarea;
 - i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară (**Articolul 489**);
- profesia de medic dentist poate fi exercitată numai de persoana care nu este incompatibilă, mai precis:
 - nu are calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară;
 - nu exercită în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, de activități de producție, comerț sau prestări de servicii;
 - nu are o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri;
 - nu are starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii, atestată ca atare prin certificat medical eliberat de comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă;
 - nu folosește cu bună știință cunoștințele medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal (**Articolul 490**);
- profesia de medic dentist se exercită de persoanele care îndeplinesc următoarele condiții:
 - dețin un titlu oficial de calificare în medicina dentară;
 - nu se găsesc în vreunul dintre cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate prevăzute de lege (**în Articolele 489 și 490**);
 - sunt apti din punct de vedere medical pentru exercitarea profesiei de medic dentist;
 - sunt membri ai Colegiului Medicilor Dentiști din România sau, în caz de caz de prestare temporară sau ocazională de servicii, medicii dentiști respectivi au înștiințat Ministerul Sănătății cu privire la prestarea temporară sau ocazională de servicii medico-dentare pe teritoriul României și să fie înregistrați pe această perioadă la Colegiului Medicilor Dentiști din România.

Titlul XIV privind exercitarea profesiei de farmacist și organizarea și funcționarea Colegiului Farmaciștilor din România prevede că:

- profesia de farmacist se exercită, pe teritoriul României, în condiții similare cu exercitarea profesiei de medic (**Articolul 563**, a se vedea și **Titlul XII** mai sus);
- profesia de farmacist poate fi exercitată numai de persoana care nu este nedemnă, mai precis de cel care nu a:
 - fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de farmacist și pentru care nu a intervenit reabilitarea;
 - i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară (**Articolul 572**);
- profesia de farmacist poate fi exercitată numai de persoana care nu este incompatibilă, mai precis (**Articolul 573**):
 - nu are profesia de medic;
 - nu exercită oricare ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, conform Codului deontologic al farmacistului;
 - nu are starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea profesiei de farmacist; (*Nota autorului: această lege nu prevede expres ce tip de dovadă trebuie adusă privind starea de sănătate*)
- profesia de farmacist poate fi exercitată numai de persoanele care îndeplinesc următoarele condiții (**Articolul 570**):
 - dețin un titlu oficial de calificare în farmacie;
 - nu se găsesc în vreunul dintre cazurile de nedemnitare sau incompatibilitate prevăzute de lege;
 - sunt apți din punct de vedere medical pentru exercitarea profesiei de medic dentist;
 - sunt membri ai Colegiului Farmaciștilor din România.

► **Ordonanță de Urgență nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România** (*Nota autorului: Profesia de „asistent medical generalist” are o formare mai largă, pe când „asistent medical” are o specializare mai restrânsă – nutriție, laborator, balneologie etc.*)

Ordonanța stabilește în Capitolul I condițiile pentru exercitarea acestor profesii:

- profesia de asistent medical generalist, profesia de moașă și profesia de asistent medical se exercită de către persoanele fizice posesoare ale unui titlu oficial de calificare în aceste profesii, respectiv care sunt cetățeni ai statului român, cetățeni ai unui stat membru al Uniunii Europene, ai unui stat aparținând Spațiului Economic European sau ai Confederației Elvețiene, soțul unui cetățean român, precum și descendenții și ascendenții în linie directă, aflați în întreținerea unui cetățean român, indiferent de cetățenia acestora, membrii de familie ai unui cetățean al unuia dintre statele membre ale Uniunii Europene, aparținând Spațiului Economic European sau Confederației Elvețiene, cetățenii statelor terțe, beneficiari ai statutului de rezident permanent în România, beneficiarii statutului de rezident pe termen lung acordat de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, aparținând Spațiului Economic European sau Confederației Elvețiene (**Articolul 1**);
- este nedemn și nu poate exercita profesia de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical (**Articolul 14**):
 - asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical care au fost condamnați definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei;
 - asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical căruia i s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei;

- exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical este incompatibilă cu orice acțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical sau bunelor moravuri, conform Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical (**Articolul 15**)
- profesia de asistent medical generalist, moașă și asistent medical se exercită pe teritoriul României de persoanele care îndeplinesc următoarele condiții (**Articolul 12**):
 - sunt posesoare ale unui titlu oficial de calificare de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical;
 - nu se găsesc în vreunul dintre cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate prevăzute de prezenta ordonanță de urgență;
- sunt ași din punct de vedere medical pentru exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical;
- sunt membri ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, excepția existând în caz de prestare temporară sau ocazională de servicii, când asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali trebuie să înștiințeze Ministerul Sănătății Publice cu privire la prestarea temporară sau ocazională de servicii medicale pe teritoriul României și să fie înregistrați pe această perioadă la Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

Nu au fost identificate alte dispoziții legale relevante pentru dreptul analizat.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

Nu au fost identificate alte dispoziții legale relevante în mod direct față de dreptul analizat.

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Medicul X cetățean german a adus la cunoștința Colegiului Medicilor București faptul că își va exercita timp de două luni consecutiv, profesia, în specializarea cardiologie. Colegiul i-a solicitat un număr de documente, pe care medicul le-a depus întocmai. În termen legal, Colegiul a admis cererea medicului astfel încât acesta din urmă s-a bucurat de dreptul său de a desfășura activități profesionale fără nicio ingerință.

2. Exemple de încălcare

În exemplul anterior, dacă medicului i s-ar fi refuzat fără temei legal cererea de a profesa temporar pe teritoriul României, atunci dreptul său la a desfășura activități profesionale ar fi fost încălcat.

3. Cazuri concrete

La momentul redactării prezentului Ghid nu au fost găsite hotărâri ale instanțelor judecătorești cu privire la dreptul analizat.

F) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- În cazul medicilor aparținând statelor terțe față de UE, conform Legii nr. 95/2006 republicată, dreptul acestora de a exercita profesia de medic este legată de dreptul de ședere în România. Astfel că un avocat care reprezintă un medic ce intră în această categorie, al cărui drept de liberă practică este contestat în instanță, trebuie să analizeze în paralel și Ordonanța de Urgență nr. 194/2002 privind regimul străinilor în România, în special Capitolul IV privind prelungirea dreptului de ședere temporară și acordarea dreptului de ședere permanentă în România.

G) REFERINȚE INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE PRIVIND DREPTUL DE A DESFĂȘURA ACTIVITĂȚI PROFESIONALE

- Art. 6 al Pactului internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale;
- Comentariul 18 al Comisiei pentru drepturile economice, sociale și culturale, para. 4;
- Art. 1 al Cartei Sociale Europene.

7.2 Obligațiile furnizorilor de servicii medicale

7.2.1 Obligația de a oferi tratament medical de urgență

A) PERSONALUL MEDICAL ARE OBLIGAȚIA DE A ASIGURA ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ ORICĂREI PERSOANE INDIFERENT DACĂ ACEASTA POATE PLĂTI SAU NU PENTRU SERVICIILE FURNIZATE.

Obligația personalului medical, în special a medicilor de a asigura tratament medical de urgență este corelativă dreptului pacienților de a beneficia de servicii medicale în timp util. O dezvoltare amplă a acestui drept a fost redată în Capitolul 6. Cu toate acestea vom relua în cele ce urmează câteva elemente esențiale cuprinse în legislația relevantă care concretizează obligația medicilor de a asigura tratament medical de urgență.

B) OBLIGAȚIA DE A ASIGURA TRATAMENT MEDICAL DE URGENȚĂ AȘA CUM ESTE PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA / LEGISLAȚIA ROMÂNIEI

Constituție

► Constituția României din 1991, revizuită în 2003

Obligația medicilor de a acorda asistență medicală de urgență nu este în mod direct specificată în Constituție.

Cu toate acestea, **Articolul 34** (privind Dreptul la ocrotirea sănătății) stabilește că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, statul fiind obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice, precum și să stabilească prin lege organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei.

Legislație

► **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015**

Titlul IV din Legea nr. 95/2006 reglementează sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat (discutat în Capitolul 6 al acestui ghid). Legea stabilește atât obligații ale personalului medical privind acordarea serviciilor medicale în situații de urgență, precum și organizarea serviciilor de ambulanță public și privat, inclusiv asistența de urgență în caz de accidente colective, calamități și dezastre în faza prespitalicească.

Următoarele articole stabilesc în mod specific obligația furnizorilor de servicii de sănătate să acorde asistență medicală:

- **Articolul 6, lit. h), pct. 2)** stabilește principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică, inclusiv servicii de urgență în caz de dezastre și calamități;
- **Articolul 32** indică unitățile care acordă asistență medicală de urgență, respectiv de unități specializate de urgență și transport sanitar publice sau private, precum și prin structurile de primire a urgențelor, organizate în acest scop;
- **Articolul 67, lit. e)** stabilește obligația medicului de familie *de a asigura continuitatea asistenței medicale primare prin consultații de urgență înregistrate prin sistemul național de urgență, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie, precum și în regim de gardă, prin intermediul centrelor de permanență;*
- **Articolul 105 stabilește:**
 - nivelurile la care se acordă asistența publică de urgență prespitalicească, respectiv nivel rural, urban, județean/al municipiului București și regional; asistența publică de urgență prespitalicească se acordă la diferite niveluri de competență, începând cu primul ajutor calificat, asigurat de echipajele aflate la nivel rural, până la nivelul intervenției de salvare aeriană cu personal medical specializat, care operează la nivel regional (**alin. 1 și 2**);
 - spitalele unde se acordă îngrijiri de urgență, respectiv spitalele orașenești, municipale, județene și regionale și ale municipiului București, precum și ale ministerelor și instituțiilor publice cu rețele sanitare proprii (**alin. 5**);
 - în mod expres, că primul ajutor calificat și asistența medicală de urgență **se acordă fără nicio discriminare legată de, dar nu limitată la, venituri, sex, vârstă, etnie, religie, cetățenie sau apartenență politică, indiferent dacă pacientul are sau nu calitatea de asigurat medical (alin. 7)**;
 - obligația personalului medical și a celui paramedical instruit în primul ajutor calificat ca *în afara programului, indiferent de loc, să acorde primul ajutor, spontan sau la cerere, persoanelor aflate în pericol vital, până la preluarea acestora de către un echipaj de intervenție specializat (alin.8)*;
 - posibilitatea ca în cazuri deosebite, echipajele medicale publice de urgență, precum și echipajele de prim ajutor calificat să acorde asistență de urgență și în afara zonelor de responsabilitate, la solicitarea dispeceratelor de urgență (**para. 9**);
 - obligația organizatorilor de spectacole în aer liber, festivaluri și manifestări sportive să solicite asistența medicală de urgență, pe baza unor contracte încheiate cu serviciile private sau publice de urgență prespitalicească; altfel, evenimentele respective nu vor fi autorizate de către autoritățile competente (**alin. 10**);
- **Articolul 109** stabilește obligația spitalelor județene de urgență și a spitalelor regionale de urgență *de a accepta transferul pacienților aflați în stare critică, dacă spitalul sau centrul unde se află pacientul respectiv nu are resursele umane și/sau materiale necesare acordării asistenței de urgență în mod corespunzător și definitiv și dacă transferul este necesar în vederea salvării vieții pacientului;*

- **Articolul 111**

- Prevede obligația serviciilor medicale private de urgență *de a stabili orice pacient care sosit în serviciul respectiv în stare critică sau cu acuze ce ridică suspiciunea unei afecțiuni acute grave, indiferent de capacitatea financiară a acestuia de a achita costurile tratamentului și de calitatea sa de asigurat, acesta putând fi transportat la un spital public, în condiții corespunzătoare, numai după stabilizarea funcțiilor vitale și acordarea tratamentului de urgență (alin. 3);*
- Impune obligația spitalelor private să alerteze serviciile de urgență publice prin numărul unic pentru apeluri de urgență 112 și numărul unic pentru SMS-uri de urgență 113 (acest din urmă serviciu fiind pentru persoanele cu dizabilități de auz și/sau vorbire) în cazul în care nu au în structură servicii de gardă **(alin.4);**

- **Articolul 112, alin. 2** prevede scopul principal al serviciilor de ambulanță județene și al municipiului București, anume acordarea asistenței medicale de urgență și transportul medical asistat;

- **Articolul 124, alin. 1** se referă la autoritățile competente care coordonează răspunsul în fața accidentelor colective, calamităților și dezastrelor; aceste autorități includ inspectoratele județene pentru situații de urgență, respectiv al municipiului București, sau direct de Inspectoratul General pentru Situații de Urgență;

- **Articolul 168, alin. 1** stabilește obligația oricărui spital de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică; după stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul va asigura, după caz, transportul obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil; de asemenea, spitalele trebuie să fie în permanență pregătite pentru asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora;

- **Articolul 230, alin. 2, lit. i)** prevede dreptul asiguraților de a beneficia de servicii medicale de urgență;

- **Articolul 421, lit. c)** prevede obligația membrilor Colegiului Medicilor din România, ce decurge din calitatea lor specială de medici, să acorde, cu promptitudine și necondiționat, îngrijirile medicale de urgență, ca o îndatorire fundamentală profesională și civică;

- **Articolul 519, lit. c)** stabilește ca obligație a membrilor Colegiului Medicilor Dentiști din România, ce decurge din calitatea lor specială de medici dentiști, să acorde cu promptitudine și necondiționat îngrijirile medico-dentare de urgență, ca o îndatorire fundamentală profesională și civică;

- **Articolul 596, lit. e)** stabilește că obligație a membrilor Colegiului Farmaciștilor din România să acorde, cu promptitudine, asistență farmaceutică de urgență, ca o îndatorire fundamentală, profesională și civică;

- **Articolul 663, alin. 3** prevede obligația medicului, medicului dentist, asistentului medical/moașei de a accepta pacientul în situații de urgență, când lipsa asistenței medicale poate pune în pericol, în mod grav și ireversibil, sănătatea sau viața pacientului.

- ▶ **Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului**

Legea stabilește *expressis verbis* în **Articolul 36** dreptul pacientului la asistență medicală de urgență, la asistență stomatologică de urgență și la servicii farmaceutice, în program continuu. Pe cale de consecință, personalul medical este obligat să furnizeze aceste servicii. Obligația va subsista chiar și atunci când nu ar exista condițiile de dotare necesare și personal acreditat **(Articolul 30)**.

Personalul medical va asigura pacientului asistență medicală de urgență, chiar și când pacientul nu își poate exprima voința, și fără a fi necesar acordul reprezentantului legal, în cazuri excepționale **(Articolele 14 și 15)**.

- ▶ **Ordonanță de Urgență nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România**
 - **Articolul 7, lit. g)** stabilește, printre alte acvitiități specifice ale moașei, inclusiv cerința ca, în situații critice, să administreze măsuri de urgență care se impun în lipsa medicului, în special extragerea manuală a placentei, urmată eventual de examinarea manuală a uterului.

C) LEGISLAȚIE SECUNDARĂ

- ▶ **Ordinul Ministerului Sănătății Publice nr. 2021/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale Titlului IV “Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**

Acest ordin prevede normele de aplicare în domeniul asistenței publice integrate de urgență.

Sub aspectul obligației personalului medical de a acorda asistență medicală de urgență pacienților, norma distinge între faza prespitalicească și cea spitalicească. Astfel, **Articolul 2** stabilește că pentru faza prespitalicească, intervenția integrată la urgențele medicale în faza prespitalicească este asigurată concomitent, succesiv sau independent, la următoarele **nivelele**:

- I) primul-ajutor calificat, *asigurat de echipaje cu instruire specifică* în primul ajutor calificat,
- II) consultațiile de urgență la domiciliu, asigurate de *medici de medicină generală, medici în specialitățile: medicină internă, pediatrie și medici rezidenți începând cu anul III de pregătire în specialitățile menționate cu acordul directorului sau coordonatorului de programe, sub coordonarea dispeceratelor medicale ale serviciilor publice de ambulanță sau a dispeceratelor integrate acolo unde există,*
- III) asistența medicală de urgență la nivel de echipaj condus de un *asistent medical cu pregătire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență,*
- IV) asistența medicală de urgență la nivel de echipaj condus de *medic cu competența/atestat în medicina de urgență, sau de medic specialist sau primar în medicina de urgență fără loc de muncă într-o unitate de primiri urgențe,*
- V) terapia intensivă mobilă la nivel de *medic rezident începând cu anul III/medic specialist sau primar în medicina de urgență sau anestezie terapie intensivă cu loc de muncă de bază în cadrul unui spital.*

Tot norma enumeră categoriile de personal care participă la acordarea asistenței publice integrate de urgență prespitalicească, la toate nivelurile ei, și anume (**Articolul 3 al Anexei 2**):

- I) Medici cu specialitatea medicină de urgență,
- II) Medici cu specialitatea anestezie terapie intensivă,
- III) Medici cu competența/atestat în medicina de urgență prespitalicească,
- IV) Medici de familie sau de medicină generală,
- V) Medici rezidenți în specialitatea medicină de urgență, sau anestezie terapie intensivă începând cu semestrul II al anului III de pregătire, cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat,
- VI) Medici rezidenți în specialitatea medicină de familie și medicină internă începând cu semestrul I din anul III de pregătire cu acordul directorului sau coordonatorului programului de rezidențiat,
- VII) Asistenți medicali cu atestate/cursuri în acordarea asistenței medicale de urgență,
- VIII) Personal paramedical cu instruire specifică în domeniul acordării primului ajutor calificat și al asistenței medicale de urgență în echipă,
- IX) Ambulanțieri cu instruire specifică în acordarea primului ajutor de bază și al asistenței medicale de urgență în echipă,
- X) Voluntari cu instruire specifică în acordarea asistenței medicale de urgență și a primului ajutor calificat în echipă.

► **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor (UPU și CPU)**

Relevant pentru obligația analizată este **Capitolul al IV-lea** din Ordin relativ la primirea pacienților și acordarea asistenței medicale de urgență în UPU și CPU.

Ordinul definește UPU și CPU în următorul mod:

1. Unitatea de primire a urgențelor (UPU) este secția sau secția clinică aflată în structura unui spital județean, regional sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență al pacienților;

2. Compartimentul de primire a urgențelor (CPU) reprezintă secția aflată în structura unui spital orășenesc, municipal sau în structura spitalelor aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, cu personal propriu, special pregătit, destinată triajului, evaluării și tratamentului de urgență al pacienților. (*Nota autorului: Astfel, în funcție de tipul spitalului, județean, regional, orășenesc sau municipal, va exista o UPU sau CPU.*)

- **Articolul 41** prevede obligația personalului din cadrul CPU, în limita competențelor și a pregătirii, de a asigura asistența medicală de urgență pacientului aflat în stare critică, *fiind obligatorie apelarea din timp a specialiștilor aflați de gardă în spital sau la domiciliu, în situațiile care necesită implicarea lor în acordarea asistenței medicale de urgență și eventual a tratamentului definitiv.*

Conform **Articolelor 42 și 43** ale ordinului, secțiile UPU și CPU sunt deschise tuturor pacienților care solicită acordarea asistenței medicale de urgență în urma apariției unor acuze acute noi sau pe fondul unor afecțiuni cronice, fiind *interzis refuzul acordării asistenței medicale de urgență* unui pacient care solicită acest lucru fără evaluarea stării acestuia de către un medic din cadrul UPU sau CPU și stabilirea lipsei unei afecțiuni care necesită îngrijiri medicale în cadrul UPU/CPU și eventuala internare a pacientului.

De asemenea, **Articolul 16** stabilește obligația unităților sanitare în care se desfășurează UPU sau CPU la nivelul capitalelor de județ să primească pacienții asistați în UPU din municipiul respectiv în vederea internării după investigarea, stabilizarea acestora și stabilirea unui diagnostic inițial în cadrul UPU.

Expresie a obligației de a oferi tratament de urgență este și datoria impusă de **Articolul 17** în sarcina medicilor de gardă din unitățile sanitare de specialitate, precum și secțiile exterioare, altele decât spitalele pentru copii, să asigure primirea cazurilor specifice unității, chiar dacă nu există o CPU sau UPU.

*Medicii în specialitatea ortopedie și traumatologie au obligația să asigure și consultațiile în cadrul UPU/CPU, la solicitarea medicilor de gardă din cadrul acestor structuri, pacienților cu leziuni ortopedice, conform **Articolului 49.***

*Medicii de gardă din spital sunt obligați să răspundă prompt chemării la UPU sau CPU, indiferent de ora solicitării, ori de câte ori medicul de gardă din UPU sau CPU consideră acest lucru necesar. În cazul pacienților aflați în stare critică sau a căror stare necesită un consult specific de specialitate imediat, medicii de gardă din spital sunt obligați să se prezinte în UPU sau CPU în cel mult 10 minute de la solicitarea lor, așa cum reiese din **Articolul 59.***

În vederea acordării unui consult de specialitate unui pacient aflat în stare critică în cadrul UPU sau CPU, este obligatorie prezența personală a medicului responsabil de gardă din secția de la care se solicită consultul. Medicul responsabil de gardă este obligat să consulte pacientul personal în momentul în care se eliberează (**Articolul 60**).

- **Articolul 62, alin.6** impune obligația laboratoarelor spitalului, precum și serviciilor de imagistică de a da prioritate investigațiilor solicitate din partea UPU sau CPU.
- **Articolul 92, alin.4** prevede obligația personalului din secții să înceapă manevrele de resuscitare de bază până la sosirea echipei de intervenție.

- ▶ **Normele metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, adoptate prin Ordinul nr. 619 din 30 mai 2014**
 - **Anexa 1 la Norme, litera A, pct. 1** stabilește pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară pentru persoane neasigurate și care, în plus, conține servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală (**subpunctul 1.1**). Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală includ asistență medicală de urgență, anamneză, examen clinic și tratament și se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie.
 - **Anexa 1, litera B, pct. 1** stabilește că pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară, pentru persoanele asigurate, cuprinde, pe lângă alte servicii medicale, servicii medicale curative pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice (**subpunctul 1.1**). Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală cuprind asistență medicală de urgență anamneză, examen clinic și tratament și se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie (**subpunctul 1.1.1**).
 - **În Anexa 7, litera A** privind pachetul minim de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, stabilește că în acest pachet sunt incluse consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicale (**pct.1, subpunctul 1.1**). Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală cuprind asistență medicală de urgență, anamneză, examen clinic și tratament și se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate.
 - **Anexa 22 din Capitolul II, pct. 1, lit. a)** privind criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă prevede că unul din criterii este urgența medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență. **Punctul 3** prevede obligația spitalului de a acorda serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică.

D) CODURILE DEONTOLOGICE ALE FURNIZORILOR

▶ **Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România**

În mod implicit din prevederile articolului 15 din Codul Deontologic rezultă obligația medicului de a acționa în situații de urgență medicală, chiar și fără consimțământul pacientului – în cazuri excepționale.

▶ **Codul deontologic din 15 mai 2010 al medicului dentist**

Codul deontologic al medicului dentist conține două articole care prevăd implicit obligația de a acorda servicii medicale de urgență:

- **Articolul 12, alin.1** prevede că, mai puțin în cazurile de urgență, medicul dentist are dreptul de a refuza un pacient din motive profesionale sau personale;
- **Articolul 15** stabilește că în situația în care este *imposibil să obțină consimțământul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia, medicul dentist poate să acorde numai îngrijirile medico-dentare de urgență.*

▶ **Codul deontologic al farmacistului din 15 iunie 2009**

Codul deontologic al farmacistului stabilește obligația farmacistului de a furniza asistență medicală de urgență, conform următoarelor articole din Cod:

- **Articolul 31, alin. 1** care prevede că, pentru asigurarea continuității asistenței cu medicamente a populației, farmaciștii trebuie să furnizeze, în condițiile legii, servicii farmaceutice de urgență;
 - **Articolul 32** stabilește că, pentru a realiza în condiții bune serviciile farmaceutice de urgență, farmacistul este obligat să acorde primul ajutor, în limita competențelor sale, și să solicite intervenția serviciilor specializate, informând asupra măsurilor luate din proprie inițiativă.
 - **Articolul 33, alin. 1, lit. f)** stabilește situațiile în care farmacistul poate elibera medicamente fără prescripție medicală, inclusiv alte situații de urgență în care farmacistul va decide, după caz, eliberarea unui medicament pe o durată limitată, până la obținerea unei prescripții, cu îndrumarea pacientului către medicul de familie, centrul de sănătate sau permanentă, compartimentul ori unitatea de primire a urgențelor sau apelarea numărului de urgență 112.
 - **Articolul 33, alin. 2** prevede posibilitatea ca farmaciile din mediul rural să poată furniza servicii farmaceutice de urgență și în situația în care în localitate nu există cabinete medicale sau medicul nu este prezent
- ▶ **Codul de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România**
- **Articolul 28** stabilește obligația de a nu refuza acordarea unor îngrijiri către pacient în situații de urgență;
 - **Articolul 32, lit. a)** prevede că nu este obligatoriu consimțământul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență;
 - **Articolul 41, alin. 2** determină că nu este necesară obținerea consimțământului de la pacientul cu tulburări psihice când este necesară intervenția de urgență;
 - **Articolul 53** stabilește că, în cazul în care pacientul este minor, în situații de urgență, în vederea efectuării tehnicilor și/sau a manevrelor de îngrijire și/sau de tratament nu este necesară obținerea consimțământului reprezentantului legal al minorului.

E) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de conformare

Pacientul X a fost adus în secția UPU a spitalului Y, fiind inconștient. Medicul de gardă a fost chemat și imediat a constituit o echipă și a decis ca pacientul să fie pregătit de operație deși acesta nu și-a dat consimțământul în acest scop, datorită stării de inconștiență. Măsura luată de medic era esențială pentru salvarea vieții pacientului.

2. Exemple de încălcare

Pacientul X s-a prezentat la secția de primire urgențe a spitalului public Y acuzând dureri insuportabile în zona abdominală. La înregistrarea sa în evidențele privind primirea urgențelor, a fost întrebat dacă are calitatea de asigurat în sistemul național de sănătate. Pacientul nu avea această calitate și i-a fost refuzată internarea. I s-a pus în vedere că dacă dorește să fie primit de urgență trebuie să achite pe loc valoarea serviciilor medicale.

3. Cazuri concrete

Caz nr. 1 – anulare act administrativ. Respingere: obligația medicului de a acorda îngrijiri medicale în secția de urgențe

Instanța (Tribunalul) prin Sentința nr. 642/24.11.2010 a respins cererea petentului F.C – medic privind anularea deciziei nr. 39/2010 emisă de Colegiul Medicilor din România și a deciziei nr. 6/2009 emisă de Colegiul Medicilor Olt.

Instanța a reținut următoarea situație de fapt:

- reclamantul F.C medic a fost sancționat de către Comisia de Disciplină din cadrul Colegiului Medicilor Olt aplicându-i-se sancțiunea interzicerii dreptului de a mai exercita profesia de medic pe o perioadă de 6 luni și obligarea acestuia de a efectua cursuri de perfecționare și educație medicală în domeniu pentru 20 de ore;
- cercetarea disciplinară s-a dispus având în vedere faptul că la data de 22.01.2009, orele 13.30 pacientul C.M a fost transportat la secția de urgențe a Spitalului Județean Slatina unde a fost diagnosticat de reclamant cu subnutriție gradul II/III, valoare TA 120/70, mm Hg și trimis de acesta la secția de Boli Cronice;
- de la secția de Boli Cronice pacientul este retrimis la secția de urgențe și din nou trimis la altă secție, respectiv la cea de Boli Interne unde este consultat de un alt medic și ulterior retrimis la secția de Boli Cronice; de aici este din nou trimis la secția de urgențe unde pacientul decedează;
- din raportul medico – legal rezultă că decesul s-a datorat unei insuficiențe cardio-circulatorii acute, consecință a unui infarct de miocard;
- din conținutul înscrisurilor aflate la dosarul cauzei precum și din declarațiile persoanelor implicate în eveniment se constată că în legătură cu pacientul C.M care a decedat, nu au fost efectuate explorări clinice complete și paraclinice, și nici nu s-au stabilit parametri vitali ai pacientului la prezentarea acestuia la urgențe, când a fost preluat de reclamant;
- potrivit Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor medicul de gardă are printre atribuții și obligația de a efectua consultul și investigațiile ce se impun pacientului sau posibilitatea de a chema la secție medicul de gardă de la Interne;
- de asemenea, s-a constatat că în cauză pacientul nu a fost monitorizat, explorat sau tratat la revenirea în cadrul UPU, precum și faptul că nu există nicio înregistrare sau declarație privind efectuarea unor manevre de resuscitare a pacientului de către medicul din cadrul UPU;
- s-a constatat deopotrivă și inexistența fișelor de urgență ce trebuiau completate la fiecare primire a pacientului în secția UPU, deși în intervalul orar 13.30 – 17.00 nu a existat un aflus masiv de pacienți, conform declarațiilor persoanelor audiate;
- tot din probatoriul administrat s-a dovedit că UPU din cadrul spitalului deținea aparatura necesară pentru efectuarea tuturor explorărilor pentru stabilirea unui diagnostic de urgență și a manevrelor necesare tratării și resuscitării pacientului (ulterior).

În consecință, instanța a reținut că reclamantul nu a respectat art. 57⁸⁴¹ și urm din Ordinul MS nr. 1706/2007 și a încălcat de asemenea prevederile art. 53⁸⁴² din Codul de deontologie medicală prin atitudinea pasivă de care a dat dovadă, astfel încât a menținut întru totul dispozițiile deciziilor atacate.

Caz nr. 2 – anulare act administrativ. Nerespectarea obligației de a acorda îngrijiri medicale în timp util

Tribunalul Prahova prin sentința nr. 102/03.03.2009 a menținut cele reținute în deciziile de sancționare ale reclamanților F.V – medic primar chirurgie plastică și a P.O – medic primar medicină de urgență. Procesul s-a desfășurat în contradictoriu cu pârâul Colegiul Medicilor București.

Instanța din probatoriul administrat în cauză a reținut următoarea situație de fapt:

- medicii reclamanți au fost sancționați prin deciziile atacate, fiecare cu amendă de 1000 lei și obligați să efectueze un curs de pregătire profesională în medicină de urgență;
- în data de 23.07.2006, orele 4:35, pacientul C.A s-a prezentat la secția de primire urgențe a

841. Art. 57. - Medicii de specialitate în diferite profile din spital sunt chemați la consult după ce în cadrul UPU sau CPU a fost stabilit un diagnostic prezumtiv sau final pe baza examinărilor și a investigațiilor efectuate, cu excepția pacienților aflați în stare critică, în cazul cărora, după caz, chemarea medicilor specialiști din diferite secții poate fi necesară încă din primul moment de la sosirea pacientului în UPU sau CPU.

842. Art. 53 citat de către instanță nu mai are corespondent în noul Cod deontologic de la data redactării prezentului Ghid. La acest moment vor fi avute în vedere **art. 5 (Medicul trebuie să depună toate diligențele și să se asigure că orice intervenție cu caracter medical pe care o execută sau decizie profesională pe care o ia respectă normele și obligațiile profesionale și regulile de conduită specifice cazului respectiv) și respectiv art. 8 (Medicul își va dedica întreaga știință și pricepere interesului pacientului său și va depune toată diligența pentru a se asigura că decizia luată este corectă, iar pacientul beneficiază de maximum de garanții în raport de condițiile concrete, astfel încât starea sa de sănătate să nu aibă de suferit) din Cod.**

spitalului județean de urgență Ploiești, cu o plagă contuză scalp temporal stâng de cca. 2 cm, contaminată, consecutivă unei agresiuni (a fost lovit cu o piatră în timpul unei misiuni, pacientul fiind de profesie jandarm);

- este examinat de reclamantul F.V care a apreciat că nu există modificări neurologice de tip focal, iar radiografia craniană nu evidențiază leziuni traumatice;
- plaga a fost suturată, s-a administrat vaccin antitetanos de către asistent și nu de către medic; apoi pacientul este dus la secția de chirurgie plastică pentru consult. Reclamantul consultă pacientul și îl trimite acasă indicându-i să revină în cazul în care starea sa se agravează;
- pacientul revine în secție la orele 6:00 și este cazat la garderobă, pe un scaun;
- la ora 7:20 reclamanta P.O – medic primar de urgență este anunțată telefonic de sosirea pacientului, însă aceasta fără să îl examineze decide ca pacientul să aștepte sosirea la serviciu a neurochirurgului, dr. Z.V.;
- la ora 8:35 medicul de urgență dr. N.M. a constatat agravarea stării pacientului respectiv faptul că acesta era în comă profundă și decide efectuarea unui CT cranio-cerebral. În urma procedurii se observă un hematom epidural voluminos TP stâng cu efect de masă și fractură craniană T stâng. Abia atunci este anunțat și medicul neurochirurg;
- la ora 10:05 medicul neurochirurg operează pacientul care rămâne în comă profundă;
- postoperator pacientul este transpus la secția de terapie intensivă iar la ora 8 în ziua de 24.07.2006 este mutat pe secție. Starea pacientului este în continuare foarte gravă și la data de 26.07.2006 acesta decedează prin stop – cardio respirator;
- în timpul cercetării disciplinare, Comisia Superioară de Disciplină a conchis că în cazul de față un rol important l-au avut și condițiile organizatorice precare cu privire la asistența neurochirurgicală de urgență la nivelul spitalului și mai cu seamă lipsa unui neurochirurg de gardă;
- cu privire la reclamantul F.V s-a reținut că acesta nu a consemnat date privind anamneza pacientului, fapt care sugerează un consult superficial. Mai mult, conform notei interne a spitalului neinternarea pacientului pentru repaus la pat, deși internarea era obligatorie în acest caz arată neglijența de care a dat dovadă reclamantul;
- cu privire la reclamanta P.O – medic primar de urgență, de gardă la momentul revenirii pacientului la urgențe, s-a reținut că aceasta nu a consultat pacientul deși consultul era obligatoriu și nici nu a solicitat consultul medicului neurochirurg, astfel încât în cauză s-a pierdut timp extrem de prețios;
- mai mult decât atât, conform protocolului (n.n spitalului) pacienții neurochirurgicali vor fi triați de medicul de gardă de la secția UPU – în speță de către reclamanta P.O, și care vor solicita medicul neurolog pentru cazurile care prezintă semne de focar. Neurochirurgul va hotărî oportunitatea internării și va prescrie tratamentul.

Instanța a concluzionat că pacientul a decedat în urma unor cumuli de factori, dar și din cauza absenței unor îngrijiri corespunzătoare, în sensul că medicii nu au asigurat pacientului în timp util, rapid și eficient și în mod corespunzător îngrijirile medicale care se impuneau. În consecință, instanța a respins acțiunile reclamantilor.

F) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

- În primul rând trebuie avute în vedere dispozițiile relevante privind obligativitatea personalului medical de a acorda asistență medicală de urgență. Cum am arătat, legea și codul de deontologie medicală stabilesc *expressis verbis* această obligație.
- În al doilea rând, prin raportare la situația de fapt concretă, se va analiza în ce măsură situația pacientului putea fi calificată ca fiind o urgență medicală. În acest scop, înainte de intentarea acțiunii în instanță, este utilă consultarea specialiștilor din domeniul medical care pot să emită opinii de specialitate cu privire la natura urgentă a problemei de sănătate a pacientului.
- În egală măsură, chiar dacă prin absurd, în situații de urgență personalul medical nu ar fi obligat conform legii să acționeze, sau în cazul concret ar exista o excepție de la această obligație, atunci când este vorba despre răspunderea persoanelor responsabile, trebuie avute în vedere și obligațiile

morale pe care acestea le au în considerarea profesiei lor.

- În ceea ce privește criteriile specifice folosite pentru a determina dacă un anumit caz este unul de urgență medicală, autorii acestui capitol nu au identificat criteriile aplicabile în legi sau legislație secundară. Numai Legea nr. 95/2006 definește ce reprezintă o urgență medicală, respectiv *accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un Spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital (Articolul 92, alin.1, lit. e din Legea nr. 95/2006 a reformei în domeniul sănătății, republicată în 2015)*

8.1 Mecanisme pentru protecția/aplicarea drepturilor și responsabilităților

8.2 Procedura administrativă

8.2.1 Caracterizare generală

8.2.2 Petiția

8.2.3 Căi administrative specifice pentru protecția drepturilor

8.3 Procedura în fața instanței civile

8.3.1 Descriere generală

8.3.2 Procedura în instanță pentru repararea prejudiciului

8.3.3 Aspecte specifice privind cazurile de pretinsă încălcare a drepturilor din domeniul sănătății

8.4 Procesul penal

8.4.1 Descriere generală

8.4.2 Relația dintre acțiunea penală și acțiunea civilă

8.4.3 Descrierea generală a procesului penal

8.4.4 Prevederi specifice privind urmărirea penală

8.4.5 Procedura de cameră preliminară

8.4.6 Judecata în fața instanței penale

8.5 Mecanisme alternative

8.5.1 Avocatul Poporului

8.5.2 Ministerul Public

8

Proceduri juridice naționale

8.1 Mecanisme pentru protecția/aplicarea drepturilor și responsabilităților

În România, protecția drepturilor (inclusiv a drepturilor pacienților) se realizează în principal prin următoarele mecanisme:

- Protecția administrativă;
- Protecția pe cale judiciară (în instanțele civile și cele penale)
- Mecanisme alternative.

Principiile și mecanismele de protecție a drepturilor sunt consacrate prin Constituție, în special în următoarele articole:

► **Art. 16: Egalitatea în drepturi**

(1) *Cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără privilegii și fără discriminări.*

(2) *Nimeni nu este mai presus de lege.*

(3) *Funcțiile și demnitățile publice, civile sau militare, pot fi ocupate, în condițiile legii, de persoanele care au cetățenia română și domiciliul în țară. Statul român garantează egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru ocuparea acestor funcții și demnități.*

(4) *În condițiile aderării României la Uniunea Europeană, cetățenii Uniunii care îndeplinesc cerințele legii organice au dreptul de a alege și de a fi aleși în autoritățile administrației publice locale.*

► **Art. 20: Tratatul internațional privind drepturile omului**

(1) *Dispozițiile constituționale privind drepturile și libertățile cetățenilor vor fi interpretate și aplicate în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu celelalte tratate la care România este parte.*

(2) *Dacă există neconcordanțe între pactele și tratatele privitoare la drepturile fundamentale ale omului, la care România este parte, și legile interne, au prioritate reglementările internaționale, cu excepția cazului în care Constituția sau legile interne conțin dispoziții mai favorabile.*

▶ **Art. 21: Accesul liber la justiție**

- (1) Orice persoană se poate adresa justiției pentru apărarea drepturilor, a libertăților și a intereselor sale legitime.
- (2) Nicio lege nu poate îngrădi exercitarea acestui drept.
- (3) Părțile au dreptul la un proces echitabil și la soluționarea cauzelor într-un termen rezonabil.
- (4) Jurisdicțiile speciale administrative sunt facultative și gratuite.

▶ **Art. 22: Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică**

- (1) Dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică ale persoanei sunt garantate.
- (2) Nimeni nu poate fi supus torturii și niciunui fel de pedeapsă sau de tratament inuman ori degradant.
- (3) Pedeapsa cu moartea este interzisă.

▶ **Art. 24: Dreptul la apărare**

- (1) Dreptul la apărare este garantat.
- (2) În tot cursul procesului, părțile au dreptul să fie asistate de un avocat, ales sau numit din oficiu.

▶ **Art. 51: Dreptul de petiționare**

- (1) Cetățenii au dreptul să se adreseze autorităților publice prin petiții formulate numai în numele semnatarilor.
- (2) Organizațiile legal constituite au dreptul să adreseze petiții exclusiv în numele colectivelor pe care le reprezintă.
- (3) Exercițarea dreptului de petiționare este scutită de taxă.
- (4) Autoritățile publice au obligația să răspundă la petiții în termenele și în condițiile stabilite potrivit legii.

▶ **Art. 52: Dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică**

- (1) Persoana vătămată într-un drept al său ori într-un interes legitim, de o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, este îndreptățită să obțină recunoașterea dreptului pretins sau a interesului legitim, anularea actului și repararea pagubei.
- (2) Condițiile și limitele exercitării acestui drept se stabilesc prin lege organică.
- (3) Statul răspunde patrimonial pentru prejudiciile cauzate prin erorile judiciare. Răspunderea statului este stabilită în condițiile legii și nu înlătură răspunderea magistraților care și-au exercitat funcția cu rea-credință sau gravă neglijență.

8.2 Procedura administrativă

Invocarea dreptului și apărarea lui pe cale administrativă își are fundamentul în **Constituția României** din 1991, revizuită în 2003. **Articolele 51 și 52** recunosc cetățenilor dreptul fundamental de a se adresa autorităților publice prin petiții sau să se adreseze instanțelor în termenul de prescripție prevăzut de lege, împotriva actelor emise de autoritățile publice sau împotriva refuzului autorității de a răspunde petentului. Petentul tinde, prin această acțiune să obțină recunoașterea dreptului, anularea actului nelegal emis și repararea pagubei.

8.2.1 Caracterizare generală

În momentul în care persoanelor fizice în general și pacienților în special le sunt consacrate de către stat anumite drepturi, în mod corelativ, se naște obligația statului de a asigura mijloacele necesare pentru apărarea existenței și exercitării acelor drepturi. Apărarea dreptului încălcat se poate realiza prin mijloace administrative. *(Nota autorului: Apelarea pacienților la mijloacele administrative pentru recunoașterea și apărarea drepturilor lor legate de obligația statului de a asigura și garanta viața și asigurarea mijloacelor pentru ocrotirea sănătății sau pentru ca furnizorii de servicii medicale să-și îndeplinească obligațiile legale sau contractuale ar trebui să constituie regula, iar apelarea la instanțele de judecată ar trebui să constituie excepția date fiind anumite condiții care fac ca această din urmă procedură să fie mai greoaie și costisitoare. Avem în vedere formalismul, începând cu o anumită formă a cererii, costurile constând în valoarea taxelor de timbru sau a eventualelor expertize ori cu apărătorii, procedurile specifice, durata mult mai mare etc.)*

În esență, apărarea unui drept pe cale administrativă constă în dreptul titularului de a solicita și obține prin memorii, cereri, reclamații, sesizări sau plângeri (denumite generic petiții), apărarea dreptului presupus a fi fost încălcat sau nerecunoscut. Petițiile se pot adresa către autoritatea sau instituția publică ori furnizorul de servicii medicale care într-un fel sau altul a încălcat dreptul protejat sau către un organ ierarhic superior și cu atribuții de control al activității primei autorități.

Sunt autorități competente în sensul mai sus arătat, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România precum și structurile lor teritoriale, toate în temeiul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015. *(Nota autorului: profesiile de asistent medical și cea de moașă sunt reglementate într-o lege diferită – Ordonanța de Urgență nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali).*

Separat de autoritățile mai sus arătate se poate apela pentru apărarea pe cale administrativă a drepturilor referitoare la sănătate și la alte două instituții importante în acest domeniu, respectiv Avocatul Poporului⁸⁴³ și Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal⁸⁴⁴. Scopul pentru care au fost înființate și organizate aceste instituții este tocmai acela de a pune la îndemâna pacienților instituții și mijloace pentru apărarea drepturilor pe cale administrativă.

Procedura administrativă este o procedură necontencioasă prin care persoana fizică solicită:

- autorității sau instituției publice ori furnizorului de servicii medicale care a încălcat, vătămat ori nesocotit un anumit drept să reanalizeze situația și după caz să revină asupra unei decizii, să dispună o anumită măsură ori să facă sau să nu facă ceva;
- organului ierarhic superior al autorității sau instituției de la punctul a) să intervină în virtutea raporturilor

843. Avocatul Poporului funcționează în temeiul Legii nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului publicată în Monitorul Oficial Partea I nr.27 din 15.04.2014.

844. Autoritatea de supraveghere a prelucrării datelor cu caracter personal s-a organizat și funcționează în baza Legii nr.677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date publicată în Monitorul Oficial Partea I nr. 790 din 12 decembrie 2001.

de subordonare care există și să solicite ori să dispună după caz restabilirea ordinii legale și respectarea dreptului;

- autorității publice competente, să-și exercite atribuțiile legale în sensul de a determina recunoașterea sau respectarea dreptului.

8.2.2 Petiția

Petiția constituie principalul instrument prin care drepturile încălcate pot fi apărute pe cale administrativă în sensul că, așa cum arătam, solicitarea se adresează autorității sau instituției publice competente ori organului ierarhic superior pentru ca acesta din urmă (în temeiul raporturilor de subordonare) să dispună o anumită măsură.

► O.G. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor

Noțiunea de petiție are, potrivit **Articolului 2** din O.G. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, un sens larg, fiind acoperite de această sintagmă cererile, sesizările sau propunerile formulate în scris ori prin poștă electronică.

Potrivit aceluiași **Articol 2**, petiția se adresează autorităților și instituțiilor publice centrale și locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor și ale celorlalte organe centrale, companiilor și societăților naționale, societăților comerciale de interes județean sau local, precum și regiilor autonome, denumite în continuare autorități și instituții publice.

De esență pentru conceptul juridic de „petiție”, este faptul că printr-o petiție petentul solicită, în general, corectarea unei situații de fapt, acțiunea sau inacțiunea unei autorități, instituții, a unui furnizor de servicii medicale sau a unei anumite structuri organizatorice.

Ordonanța constituie dreptul comun în materie de petiționare și conține norme referitoare la:

- a) dreptul cetățenilor și al organizațiilor legal constituite de a formula petiții în nume propriu sau al colectivelor pe care le reprezintă, **Articolul 1**;
- b) care este înțelesul noțiunii de petiție, **Articolul 2**;
- c) cui se adresează petiția, **Articolul 2**;
- d) care sunt măsurile pe care autoritățile și instituțiile publice ori celelalte instituții și organisme trebuie să le dispună astfel încât să se asigure punerea în aplicare a legii și valorificare dreptului la petiționare, **Articolul 5 și Articolul 6**;
- e) termenele de soluționare a unei petiții, **Articolul 3, Articolul 6¹, Articolul 8 și Articolul 9**;
- f) cine este persoana responsabilă de organizarea mecanismelor de soluționare a unei petiții, **Articolul 4**;
- g) care sunt obligațiile autorității în raport cu titularul petiției, **Articolul 6¹ și Articolul 8**;
- h) procedura internă de soluționare a petiției, **Articolul 5, Articolul 6, alin. (1) și alin. (4), Articolul 7, 9, 10, 11, 12 și 13**;
- i) sancțiunile aplicabile în ipoteza nerespectării dispozițiilor legale referitoare la dreptul persoanelor de a formula petiții, **Articolul 15**;

Deși legea nu reglementează în mod expres ce anume trebuie să conțină o petiție, din interpretarea sistematică și teleologică a textului legii, reiese ca aceasta trebuie să conțină cel puțin următoarele elemente:

- a) datele de identificare ale petiționarului: în cazul petiției formulate prin avocat se va face dovada calității de reprezentant al pacientului sau al organizației, prin anexarea la petiție a procurii avocațiale;
- b) datele de contact și de comunicare a soluției, respectiv a răspunsului;
- c) descrierea faptei sau a situației relevante;
- d) arătarea aspectelor care, în opinia petentului, constituie o vătămare a unui anumit drept legal;
- e) ce anume dorește petentul de la destinatarul petiției în raport de fapta descrisă și dreptul pretins vătămat ori încălcat;

- f) în măsura în care există și pot fi produse, se vor indica sau anexa petiției documente care să ateste situația relevantă sau aspectele ce pot constitui cazuri de încălcare sau vătămare a unui anumit drept;
- g) semnătura.

8.2.3 Căi administrative specifice pentru protecția drepturilor

A. PROCEDURI ÎNTEMEIATE PE LEGEA NR. 95/2006 PRIVIND REFORMA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII, REPUBLICATĂ ÎN 2015

Această lege conține reglementări ample cu privire la organizarea și funcționarea sistemului medical din România, inclusiv cu privire la finanțarea sa, drepturile pacienților și ale asiguraților, exercitarea unor profesii medicale, organizarea și funcționarea unor autorități ale profesiilor medicale, răspunderea juridică a furnizorilor de servicii medicale sau regimul juridic al medicamentului.

Potrivit prevederilor legii, o serie de autorități și instituții publice au atribuții și responsabilități explicite față de asigurarea și garantarea bunei funcționări a sistemului medical din România. În raport de situația de fapt reclamată și de atribuțiile și responsabilitățile ce revin potrivit legii fiecărei autorități ori instituții, se pot formula petiții către aceste autorități în vederea asigurării respectării drepturilor. (*Nota autorului: prevederile specifice din Legea nr. 95/2006 relevante pentru acest ghid sunt discutate în capitolele 5-7 ale ghidului.*)

Potrivit prevederilor acestei legi, sunt autorități și instituții responsabile de buna funcționare a sistemului de sănătate:

- 1) Ministerul Sănătății și structurile sale deconcentrate, respectiv direcțiile de sănătate publică;
- 2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate și structurile ei teritoriale, respectiv casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a Municipiului București;
- 3) Colegiul Medicilor din România;
- 4) Colegiul Medicilor Dentiști din România;
- 5) Colegiul Farmaciștilor din România;

Nota autorului: Profesiile de asistent medical generalist, moașă și asistent medical nu sunt reglementate de Legea nr. 95/2006, ci de O.G. 144/2008.

În raport cu atribuțiile și responsabilitățile pe care le are fiecare instituție, persoanele vătămate în unul sau mai multe din drepturile lor referitoare la serviciile medicale sau de sănătate se pot adresa cu petiții către instituția respectivă.

Autorități și instituții publice competente conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015

Ministerul Sănătății reprezintă autoritatea centrală și are atribuții ce țin de sănătatea publică, programele naționale de sănătate și finanțarea lor, organizarea și funcționarea întregului sistem medical în România, inclusiv cel de urgență și de prim ajutor. Atribuțiile se exercită de către Ministerul Sănătății fie prin emiterea, în baza legii, a unor acte cu caracter normativ, fie prin activități de coordonare, supraveghere, control, avizare sau după caz autorizare.

Direcțiile de sănătate publică sunt structuri deconcentrate ale Ministerului Sănătății care în aria lor de competență, respectiv unitatea administrativ teritorială, exercită o serie de atribuții legate de coordonarea, supravegherea, controlul și autorizarea serviciilor medicale. În aceeași măsură, o serie dintre competențele și atribuțiile Ministerului Sănătății, cum ar fi cele legate de programele naționale de sănătate, de sănătatea

publică, de autorizarea sau avizarea anumitor activități medicale, sunt realizate cu participarea direcțiilor de sănătate publică, în baza atribuțiilor legale ale acestora.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate este un organ de specialitate al administrației publice centrale care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, având în această calitate o serie de atribuții și responsabilități în ceea ce privește asigurarea dreptului pacienților la servicii medicale. În principal, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, asigură:

- elaborarea contractului cadru, document fundamental în ceea ce privește drepturile asiguraților (**Articolul 229, alin. 2**);
- aplicarea politicilor și programelor Guvernului în coordonarea Ministerului Sănătății în sectorul sanitar (**Articolul 276**);
- funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate (**Articolul 280**).

Casele de asigurări sociale de sănătate județene respectiv a Municipiului București sunt structuri teritoriale subordonate Casei Naționale de Asigurări de Sănătate care practic, prin încheierea contractelor de furnizare a serviciilor medicale cu diferiți furnizori de astfel de servicii și urmărirea executării lor, fac posibilă aplicarea și funcționarea efectivă a legii. Aceste contracte cu furnizorii de servicii medicale se încheie atât în baza Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății dar și a contractului cadru și a normelor sale de aplicare. Contractul cadru este aprobat prin hotărâre de guvern pentru o perioadă de 2 ani iar normele de aplicare a contractului cadru se aprobă prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Atunci când se are în vedere revendicarea ori apărarea unor drepturi în materie de asigurări de sănătate ori îngrijiri medicale, aceste două acte normative sunt fundamentale. Consultarea specialiștilor medici împreună cu specialiștii avocați este necesară pentru interpretarea corectă a acestor reglementări, având în vedere caracterul extrem de tehnic al celor două acte normative, complexitatea raporturilor juridice și amestecul de terminologie juridică cu cea medicală.

Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România și structurile lor teritoriale sunt organisme de drept public a căror principală responsabilitate constă în a asigura exercitarea în bune condiții, conform unor standarde profesionale, și în interes public a profesiilor respective. În aria specifică de competență, fiecare corp profesional elaborează și adoptă norme de deontologie profesională privind exercitarea profesiei respective și urmărește aplicarea lor. (*Nota autorului: profesiile de asistent medical generalist, moașă și asistent medical nu sunt reglementate de Legea nr. 95/2006, ci de O.G. 144/2008*).

La nivelul fiecărei structuri teritoriale profesionale există organizată o **comisie de disciplină** la care se poate apela în ipoteza în care pacientul apreciază că serviciul furnizat de profesionistul respectiv nu s-a ridicat la nivelul standardelor profesiei respective.

Comisia de disciplină, în baza sesizării făcute și a cercetării disciplinare efectuate în cauza respectivă, confirmă faptele reclamate și pronunță o soluție prin care admite sesizarea făcută, recunoaște existența faptei reclamate și a neconformității ei cu normele profesiei și aplică una din sancțiunile prevăzute de lege. Împotriva deciziei pronunțate de către comisia de disciplină de la nivel teritorial, se poate face contestație de către medicul sancționat sau de către persoana care a făcut sesizarea respectivă, caz în care această contestație se va soluționa de către o Comisie Superioară de Disciplină organizată la nivel național.

O mențiune specială trebuie făcută în cazul plângerilor împotriva unui medic ce are calitatea de membru al organelor de conducere ale corpului profesional, de la nivel teritorial sau de la nivel național. În acest caz, plângerea respectivă se înaintează și se soluționează direct de către Comisia Superioară de Disciplină organizată la nivelul Colegiului Medicilor din România (**Articolul 451, alin.4**).

În ceea ce privește forma plângerilor formulate împotriva medicilor, nu mai sunt aplicabile dispozițiile generale privind forma și conținutul unei petiții ci norma specială respectiv **Articolul 105 din Statutul Colegiului**

Medicilor din România.⁸⁴⁵ Plângerea se va depune personal sau prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire. Dacă este transmisă prin mandatar, acesta va avea o procură în acest sens (în cazul avocaților procura o constituie formularul specific adoptat de Barou). Potrivit **alin. 3 al Articolului 105**, nu se va da curs plângerilor trimise prin email, fax ori depuse sau trimise în copii.

Comisia de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis

Comisia este organizată și funcționează în temeiul:

- **a) Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în 2015, Titlul XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice, Capitolului VI Procedura de stabilire a cazurilor de răspundere civilă profesională pentru medici, farmaciști și alte persoane din domeniul asistenței medicale, Articolele 679-685;**
- **b) Ordinul ministrului sănătății nr. 1343/2006** pentru aprobarea *Regulamentului de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis*. Ordinul a fost ulterior modificat prin Ordinul nr. 1016/2010 privind *completarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis*, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.343/2006;
- **c) Ordinul ministrului sănătății nr. 1344/2006** pentru aprobarea Listei naționale a experților medicali. Ulterior, acest ordin a fost modificat prin alte două ordine respectiv Ordinul ministrului sănătății nr. 112/2010 privind modificarea Listei naționale a experților medicali aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1344/2006 și Ordinul ministrului sănătății nr. 326/2011 privind modificarea Listei naționale a experților medicali, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1344/2006;
- **d) Ordinul ministrului sănătății nr. 1398/2006** pentru aprobarea modalității de remunerare a experților medicali.

În temeiul legislației mai sus arătate Comisia este organizată și funcționează în cadrul direcțiilor de sănătate publică județene respectiv cea a Municipiului București. Aceasta este formată din reprezentanți ai direcției de sănătate respective, ai casei județene de asigurări, ai structurilor teritoriale ale colegiului medicilor, colegiului farmaciștilor, colegiului medicilor dentiști, ordinului județean al asistenților și moașelor din România și mai are în componență un expert medico-legal.

Scopul înființării și organizării unei astfel de comisii este acela de a se încerca soluționarea pe cale administrativă revendicarea de către persoana îndreptățită a prejudiciului cauzat de un fapt de malpraxis.

Au calitatea de persoană îndreptățită de a formula o sesizare persoana care se consideră victimă a unui pretins act de malpraxis precum și succesorii acesteia în cazul în care persoana respectivă a decedat. Sesizarea poate fi făcută și de părinți în cazul minorilor cât și prin avocat – situație în care vor fi anexate dovezile corespunzătoare sub sancțiunea respingerii ei.

Termenul de prescripție pentru o astfel de sesizare este de 3 ani și este instituit de **Articolul 688** din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și curge de la data producerii prejudiciului.

Sub sancțiunea prevăzută de **Articolul 28** din Regulamentul de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis, respectiv respingerea ca nefondată a sesizării și clasarea cazului, sesizarea trebuie să cuprindă în mod obligatoriu următoarele date prevăzute de **Articolul 26** din același regulament, respectiv:

- a) numele și prenumele persoanei care face sesizarea;
- b) calitatea persoanei care face sesizarea, în sensul prevăzut la art. 25 din regulament;
- c) numele și prenumele persoanei care se consideră victima unui caz de malpraxis (dacă este diferită de persoana care face sesizarea);

845. Statutul a fost publicat în Monitorul Oficial Partea I nr. 298 din 07.05.2012.

- d) numele și prenumele autorului actului de malpraxis sesizat, săvârșit în exercitarea unei activități de prevenție, diagnostic și tratament;
- e) data efectuării actului de malpraxis sesizat;
- f) descrierea faptei și a împrejurărilor acesteia;
- g) prejudiciul produs victimei actului de malpraxis sesizat.

Următoarele documente se vor anexa la sesizare:

- copia actului de identitate a persoanei care face sesizarea,
- dovada calității atunci când sesizarea se face:
 - de părinte pentru minor,
 - de succesorul persoanei decedate ca urmare a unui caz de de malpraxis
 - sau procura specială cand sesizarea se face printr-un mandatar sau când se face prin avocat.
- documente medicale atunci când ele se află în posesia petentului.

B. PROCEDURA BAZATĂ PE LEGEA NR. 677/2001 PENTRU PROTECȚIA PERSOANELOR CU PRIVIRE LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ȘI LIBERA CIRCULAȚIE A ACESTOR DATE

Unul din drepturile pacienților este și acela privind confidențialitatea datelor referitoare la starea de sănătate, date care aparțin vieții private și care, pe cale de consecință, se bucură de o protecție specială.

În măsura în care acest drept este încălcat, apărarea lui pe cale administrativă poate fi obținută fie prin reclamarea faptei la Colegiulul Medicilor din România (la structura teritorială în primă fază) fie prin reclamarea faptei la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Această autoritate a fost organizată și funcționează în baza Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și are ca principală atribuție monitorizarea și controlul modului în care această lege este respectată de instituțiile publice sau private.

În temeiul **Articolului 21, alin.3, lit.f)** Autoritatea primește și soluționează plângeri, sesizări sau cereri de la persoanele fizice și comunică soluția dată ori, după caz, diligențele depuse în soluționarea cazului respectiv.

Pentru redactarea unei petiții este important de înțeles situația de fapt reclamată de pacient, apoi calificare ei din punct de vedere juridic, lucru care impune cu necesitate studierea legislației relevante în special sub aspectul modului în care legea consacră dreptul respectiv și al instituțiilor abilitate să supravegheze și să controleze fapte de natura celor reclamate. În final, redactarea petiției trebuie să respecte condițiile de formă impuse după caz de dreptul comun în materie sau de legislația specială acolo unde este cazul.

C. PROCEDURA ADMINISTRATIVĂ PREALABILĂ

Procedura administrativă prealabilă își are temeiul în prevederile Legii nr. 554/2004 privind contenciosul administrativ și își găsește utilitatea atunci când ceea ce se dorește desființat sau modificat este un act administrativ emis de către o autoritate publică în legătură cu atribuțiile sale și prin care aduce atingere unui drept (**Articolul 1**). Această prevedere se aplică și în cazul drepturilor pacienților ori ale cetățenilor României față de accesul lor la anumite servicii medicale ori medicamente.

Cererea prin care se solicită după caz, revocarea sau modificarea actului se numește plângere administrativă prealabilă și se adresează organului emitent al actului administrativ. În aceeași măsură, acolo unde există raporturi de subordonare, plângerea administrativă prealabilă poate fi adresată ulterior și organului ierarhic superior celui care a emis actul administrativ criticat.

Termenul de răspuns al autorității emitente a actului administrativ la o astfel de plângere administrativă prealabilă este de 30 de zile (**Articolul 2, alin.1, litera h), Articolul 7, alin. 1)**

D. PROCEDURA ÎN FAȚA CONSILIULUI NAȚIONAL PENTRU COMBATerea DISCRIMINĂRII ȘI ÎN CAZURI PRIVIND EGALITATEA ȘI NEDISCRIMINAREA, ÎN TEMEIUL ORDONANȚEI GUVERNULUI NR. 137/2000 PRIVIND PREVENIREA ȘI SANȚIONAREA TUTUROR FAPTELOR DE DISCRIMINARE

România a adoptat Ordonanța Guvernului 137/2000 (în continuare Legea anti-discriminare din 2000 sau O.G. 137/2000) care a fost modificată în mod substanțial în 2002, 2006 și 2013 pentru a crește gradul de transpunere al Directivelor 2000/43/CE și 2000/78/CE.

O.G. 137/2000 introduce un sistem mixt de remedii, civil și administrativ (contravențional) care pot fi urmate în mod separat sau simultan în cazuri de discriminare bazată pe criteriile de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu. *(Nota autorului: expresia „precum și orice alt criteriu” se întemeiază pe Articolul 14 CEDO și Protocolul nr. 12 CEDO; aceasta semnifică faptul că lista de criterii protejate nu este una închisă și pot fi protejate și alte categorii marginalizate, pe măsură ce acestea apar cu plângeri; totuși, problema apare atunci când intenția din spatele prevederilor privind interzicerea discriminării dispare din cauza sensului larg în care se interpretează expresia „precum și orice alt criteriu” – fapt care, practic, poate să dilueze însuși principiul egalității și nediscriminării, transformând preferințe arbitrare în categorii ce atrag protecția legii în aceeași măsură cu rasa, religia, genul etc.).*

Legea sancționează discriminarea directă și pe cea indirectă, precum și hărțuirea, dispoziția de a discrimina și discriminarea multiplă. Refuzul discriminatoriu al accesului la servicii de sănătate sau comportamentul discriminatoriu pe durata asigurării serviciilor de sănătate este, de asemenea, sancționat de lege, dacă nu cumva, prin gravitatea lor, faptele se califică drept infracțiuni și sunt sancționate corespunzător.

Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării

Persoana sau persoanele care se consideră discriminate pot face o plângere la Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (CNCD) în termen de maximum un an de la data când pretinsa faptă de discriminare a avut loc sau de la data când persoana ar fi putut să știe despre discriminare. Depunerea petiției nu este supusă niciunei taxe, iar petiția poate fi transmisă prin poștă, poștă electronică, fax, la telefon sau în persoană.

Reprezentare legală și proceduri

Nu este nevoie de reprezentare juridică în fața CNCD deoarece instituția este mandatată să asigure asistența juridică pentru potențialele victime și, după ce este depusă o petiție, instituția este mandatată și să realizeze propria investigație. O.G. 137/2000 prevede un termen de 90 de zile în care Colegiul Director al CNCD să investigheze, să organizeze audieri și să dea o decizie.

Remedii și sancțiuni

Atunci când se constată că a avut loc discriminarea, sancțiunea poate consta fie într-o amendă, fie un avertisment. Ca urmare a modificărilor legii din 2013, amenziile pot fi între 1,000 și 30,000 RON atunci când au loc în ceea ce privește un individ și între 2,000 -100,000 RON atunci când discriminarea este săvârșită în legătură cu o comunitate sau un grup.

Ca posibile remedii, modificările legislative menționează și obligarea persoanei care săvârșește discriminarea să publice decizia instanței sau a CNCD într-un ziar.

Atacarea Hotărârii CNCD

Deciziile CNCD pot fi atacate în fața instanțelor de contencios administrativ în termen de 15 zile de la comunicarea lor către părți, altfel devin definitive și sunt obligatorii. CNCD nu are un mecanism funcțional pentru monitorizarea executării hotărârilor sale sau pentru supravegherea conformării cu recomandările exprimate în hotărâri, însă poate dispune ca persoana reclamată să notifice CNCD privind executarea hotărârii. Reprezentarea legală în fața instanței nu este obligatorie, însă poate fi foarte utilă.

Calitate procesuală activă pentru ONG-uri în fața CNCD

Conform **Articolului 28, alin.1** din O.G. 137/2000, *Organizațiile neguvernamentale care au ca scop protecția drepturilor omului sau care au interes legitim în combaterea discriminării au calitate procesuală activă în cazul în care discriminarea se manifestă în domeniul lor de activitate și aduce atingere unei comunități sau unui grup de persoane. În plus, legea oferă calitate procesuală activă ONG-urilor și în cazul în care discriminarea aduce atingere unei persoane fizice, la cererea acesteia din urmă.*

Remedii împotriva discriminării în fața instanțelor civile, în temeiul O.G. 137/2000

Persoana care se consideră discriminată are trei ani la dispoziție pentru a depune o plângere în instanța civilă, cerând daune morale și materiale sau restabilirea situației anterioare sau anularea situației care a fost creată ca urmare a discriminării, conform legislației civile.

Instanțele pot și să decidă în baza **Articolului 27, alin.5** din O.G. 137/2000 ca autoritățile publice să retragă sau să suspende autorizația de funcționare a persoanei juridice care a cauzat o pagubă semnificativă ca urmare a acțiunii discriminatorii sau care a încălcat în mod repetat prevederile legislației anti-discriminare.

Astfel de cazuri sunt în general bazate pe prevederile referitoare la răspunderea civilă delictuală așa cum e ea prevăzută de **Articolele 1349-1395** din Codul civil. Cererile depuse în baza legislației anti-discriminare sunt scutite de taxa judiciară de timbru, conform O.G. 137/2000.

8.3 Procedura în fața instanței civile

8.3.1 Descriere generală

- ▶ **Articolul 21** din Constituția României garantează accesul liber la justiție pentru protejarea drepturilor, libertăților și intereselor legitime ale persoanelor. Două articole nou introduse în Codul civil detaliază acest principiu și introduc o nouă metodă de protejare a drepturilor nepatrimoniale⁸⁴⁶.
- ▶ **Articolul 252** din Codul civil prevede că orice persoană fizică are dreptul la ocrotirea valorilor intrinseci ființei umane, cum sunt viața, sănătatea, integritatea fizică și psihică, demnitatea, intimitatea vieții private, libertatea de conștiință, creația științifică, artistică, literară sau tehnică.
- ▶ **Articolul 253** din Codul civil stipulează metodele pe care persoana ale cărei drepturi nepatrimoniale au fost încălcate sau amenințate poate să le utilizeze pentru a apăra aceste drepturi în instanță:
 - Persoana fizică ale cărei drepturi nepatrimoniale au fost încălcate ori amenințate poate cere oricând instanței:
 - să interzică săvârșirea faptei ilicite, dacă aceasta este iminentă;
 - să înceteze încălcarea și să o interzică pentru viitor, dacă aceasta persistă;
 - să constate caracterul ilicit al faptei săvârșite, dacă tulburarea pe care a produs-o subzistă;
 - Persoana care a suferit o încălcare a drepturilor nepatrimoniale poate cere instanței să îl oblige pe autorul faptei să îndeplinească orice măsuri socotite necesare de către instanță spre a ajunge la restabilirea dreptului atins, cum sunt:
 - să oblige autorul, pe cheltuiala sa, la publicarea hotărârii de condamnare;
 - orice alte măsuri necesare pentru încetarea faptei ilicite sau pentru repararea prejudiciului cauzat;
 - Persoana care a suferit o încălcare a drepturilor nepatrimoniale poate cere despăgubiri sau, după caz, o reparație patrimonială pentru prejudiciul, chiar nepatrimonial, ce i-a fost cauzat, dacă vătămarea este imputabilă autorului faptei prejudiciabile. În aceste cazuri, dreptul la acțiune este supus prescripției extinctive de 3 ani.

În ultima situație menționată mai sus, se aplică prevederile generale privind răspunderea civilă delictuală. Conform **Articolelor 1349-1395** ale Codului civil, orice persoane ale căror drepturi sau interese legitime au fost încălcate prin acțiunile ori inacțiunile unei persoane care nu a respectat regulile de conduită pe care legea sau obiceiul locului le impune, este îndreptățită la repararea prejudiciilor materiale și morale. *(Nota autorului: nu este clar modul în care obiceiul este stabilit în contextul acestei secțiuni din Codul Civil și dacă are aceeași putere juridică precum cea a legii).* Articolele menționate anterior sunt principalele prevederi care trebuie invocate într-o acțiune civilă pentru protejarea drepturilor încălcate în domeniul sănătății.

▶ **Articolul 253 versus Articolele 1349-1359 din Codul Civil**

- ▶ **Articolul 253** din Codul civil este noua prevedere juridică, introdusă după adoptarea noului Cod civil al României, ce reglementează măsurile ce pot fi dispuse de instanță când constată încălcarea drepturilor nepatrimoniale. În principiu, acest text de lege oferă victimei încălcării drepturilor nepatrimoniale o varietate largă de remedii, ceea ce îl transformă într-un temei bun pentru acțiunile civile privind încălcările drepturilor din domeniul sănătății. Mai mult, conform **Articolului 2502, alin. 2, pct. 1** din Codul civil, cu excepția acțiunii în despăgubire, nu există termen de prescripție pentru introducerea acțiunii civile pentru apărarea drepturilor nepatrimoniale conform **Articolului 253** din Codul civil. În același timp, trebuie luat în considerare faptul că va fi nevoie de trecerea timpului

846. Noul Cod civil a fost adoptat la 27 iulie 2009 și a intrat în vigoare la 1 octombrie 2013.

pentru ca jurisprudența bazată pe aceste articole să se dezvolte. Astfel, este mai puțin riscant dacă un reclamant își va întemeia acțiunea civilă (și) pe prevederile privind răspunderea civilă (**Articolele 1349–1359** din Codul civil), care impun termenul de prescripție de 3 ani pentru introducerea acțiunii.

8.3.2 Procedura în instanță pentru repararea prejudiciului

▶ **Articolele 1387-1391 – repararea prejudiciului**

În cererea întemeiată pe prevederile răspunderii civile, reclamantul trebuie să ceară instanței repararea prejudiciului material și moral în următorul mod:

- ▶ **Articolul 1387** descrie acordarea despăgubirilor în caz de vătămare a integrității corporale sau a sănătății unei persoane; aceste despăgubiri acoperă câștigul din muncă de care cel păgubit a fost lipsit sau pe care este împiedicat să îl dobândească, cheltuielile de îngrijire medicală și, dacă va fi cazul, cheltuielile determinate de sporirea nevoilor de viață ale celui păgubit, precum și orice alte prejudicii materiale.
 - Pentru prejudicii morale, **Articolul 1391** prevede că, *în caz de vătămare a integrității corporale sau a sănătății, poate fi acordată și o despăgubire pentru restrângerea posibilităților de viață familială și socială*. Articolul prevede și posibilitatea instanței să acorde despăgubiri familiei defunctului, pentru durerea încercată prin moartea victimei.

Prejudiciul material suferit trebuie să fie dovedit. Prejudiciul moral suferit nu trebuie să fie dovedit; totuși, reclamantul trebuie să își argumenteze cât mai bine existența prejudiciului moral, inclusiv prin expertiza psihologică judiciară sau prin aducerea unor martori care pot să descrie suferința emoțională și psihologică prin care a trecut reclamantul, schimbările acestuia de comportament cauzate de pretinsele fapte ilegale etc. În cele din urmă, instanța este cea care examinează și stabilește o anumită sumă de bani pentru acoperirea prejudiciului moral, pe baza propriei evaluări; nu există o listă de criterii pentru instanțe privind evaluarea prejudiciului moral. (*Nota autorului: acesta este unul din motivele pentru care jurisprudența privind despăgubirea pentru prejudiciile morale în România variază considerabil; aceasta este imprevizibilă și de cele mai multe ori despăgubirile sunt mici în comparație cu cele acordate în sistemele de common-law*).

În afară de temeiul legal pentru introducerea acțiunii, reclamantul trebuie să știe încă de la început pârâții împotriva cărora își îndreaptă acțiunea, mai precis persoanele care sunt responsabile pentru încălcarea drepturilor. Trebuie luat în considerare că ar putea exista mai multe persoane, la diferite niveluri, care poartă răspunderea în contextul serviciilor de sănătate – de la Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică județene, la unitatea sanitară, șeful de secție și personalul medical care furnizează efectiv serviciul medical. Răspunderea poate fi stabilită pentru acțiunile și inacțiunile ministerului, direcțiilor de sănătate sau managementului unității sanitare (**Articolele 1349-1350** din Codul civil) sau pentru acțiunile și inacțiunile angajaților acestora care au acționat conform atribuțiilor încredințate de cei dintâi la locul de muncă (**Articolul 1373** din Codul civil). În acest ultim caz, la cererea reclamantului, dacă este stabilită răspunderea, curtea poate dispune ca despăgubirea să fie acoperită de angajator și angajat în solidar, ceea ce înseamnă că reclamantul se poate îndrepta contra oricărui dintre cei doi pentru a executa suma dispusă ca despăgubire.

În general, acțiunea civilă pentru repararea prejudiciului este supusă taxelor de timbru, proporțional cu suma cerută ca despăgubire. Există câteva excepții de la această regulă, prevăzute în **Ordonanța de Urgență nr. 80/2013** privind taxele judiciare de timbru, cum ar fi:

- stabilirea și acordarea despăgubirilor civile pentru pretinse încălcări ale drepturilor prevăzute la Articolele 2 (dreptul la viață) și 3 (dreptul de a nu fi supus torturii, tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante) din Convenția europeană a drepturilor omului (**Articolul 29, alin.1, lit.j**) din Ordonanța de Urgență nr. 80/2013 privind taxele judiciare de timbru);
- atunci când se cer despăgubiri pentru fapte de discriminare (conform **Articolului 27, alin.1** din O.G. 137/2000 privind prevenirea și combaterea tuturor formelor de discriminare);

- o persoană ar putea să argumenteze în faza curții că pacientul este un consumator și, dacă acest argument este acceptat, atunci se aplică prevederile conform cărora acțiunile pentru protecția drepturilor consumatorilor sunt scutite de taxe de timbru (conform **Articolului 29, alin.1, lit. f)** din Ordonanța de Urgență nr. 80/2013 privind taxele judiciare de timbru) (*Nota autorului: totuși, întrucât interpretarea nu este una explicită, ar fi necesară, de lege ferenda, o modificare a Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacientului pentru a se prevede explicit exceptarea de la plata taxelor de timbru în cazul acțiunilor în instanță introduse de pacienți pentru apărarea drepturilor lor, similar cu acțiunile pentru protecția drepturilor consumatorilor*);

În afară de taxele judiciare de timbru, reclamantul trebuie să acopere costul asistenței și reprezentării juridice și al expertizelor pe care le propune în proces. Reclamantul poate cere pârâtului să acopere aceste cheltuieli la finalul procesului, dacă pârâtul cade în pretenții. Asistența juridică furnizată în cazuri legate de drepturi din domeniul sănătății poate fi o provocare, deoarece presupune deținerea unor cunoștințe despre sistemul de sănătate – nu numai despre reglementările sistemului de sănătate, ci și despre organizarea și funcționarea unităților sanitare, protocoale medicale, ghiduri clinice etc.

Procesul în primă instanță poate dura perioade cuprinse între câteva luni și câțiva ani, în funcție de o mulțime de factori cum ar fi gradul de încărcare al instanțelor, complexitatea cauzei și comportamentul procesual al părților. În România, procesele în instanță durează de obicei foarte mult.

În general, judecătoria are competența de a judeca cereri în materie civilă în care sumele cerute cu titlu de despăgubiri sunt până în 200,000 lei (**Articolul 94** din Codul de procedură civilă). O altă regulă generală este aceea că acțiunea civilă în primă instanță se introduce la instanța în a cărei circumscripție domiciliază pârâtul (**Articolul 107** din Codul de procedură civilă).

Fiecare cerere de chemare în judecată trebuie să conțină o serie de informații care sunt obligatorii conform legii (**Articolele 194-197** din Codul de procedură civilă):

- numele și prenumele, domiciliul sau reședința părților, precum și codul numeric personal;
- numele, prenumele și calitatea celui care reprezintă partea în proces, iar în cazul reprezentării prin avocat, numele, prenumele acestuia și sediul profesional, împreună cu dovada calității de reprezentant;
- obiectul cererii și valoarea lui, după prețuirea reclamantului, atunci când acesta este evaluabil în bani, precum și modul de calcul prin care s-a ajuns la determinarea acestei valori, cu indicarea înscrisurilor corespunzătoare;
- arătarea motivelor de fapt și de drept pe care se întemeiază cererea;
- arătarea dovezilor pe care se sprijină fiecare capăt de cerere
 - înscrisurile se vor anexa la cerere
 - indicarea dacă reclamantul dorește să își dovedească cererea sau vreunul dintre capetele acesteia prin interogatoriul pârâtului
 - în cazurile în care legea prevede că pârâtul va răspunde în scris la interogatoriu, acesta va fi atașat cererii de chemare în judecată
 - când se cere dovada cu martori, se indică numele, prenumele și adresa martorilor
- semnătura reclamantului sau a reprezentantului său;
- dovada achitării taxelor de timbru;
- cererea de chemare în judecată se va depune în atâtea copii câte părți sunt, plus o copie pentru instanță;
- toate înscrisurile depuse vor fi certificate de parte pentru conformitate cu originalul, iar acestea se vor anexa în atâtea copii câte părți sunt, plus o copie pentru instanță.

Conform **Articolului 201** din Codul de procedură civilă, odată ce cererea de chemare în judecată trece de procedura regularizării, aceasta este comunicată prin poștă pârâtului/pârâților care primește/primesc, sub sancțiunea decăderii din dreptul de a propune probe și invoca excepții relative un termen strict de 25 de zile pentru a formula întâmpinare, indicând toate dovezile și argumentele pentru apărarea sa/lor. Ulterior, reclamantului îi este comunicată întâmpinarea și are la dispoziție 10 zile

pentru a formula un răspuns la întâmpinare. După acest schimb de comunicări și înscrisuri, instanța va stabili primul termen de judecată într-un termen de cel mult 60 de zile.

Conform **Articolului 249** din Codul de procedură civilă, cel care face o susținere în cursul procesului trebuie să o dovedească, în afară de cazurile anume prevăzute de lege. Una din aceste excepții stabilite de lege privește cazurile de pretinsă discriminare. **Articolul 27 din O.G. 137/2000** privind prevenirea și combaterea tuturor formelor de discriminare prevede că reclamantul și pârâțul împart sarcina probei în modul următor: prima dată, reclamantul are obligația de a dovedi existența unor fapte care permit a se presupune existența unei discriminări directe sau indirecte (probe indirecte); apoi, pârâțului îi revine sarcina de a dovedi că a avut un comportament conform cu principiul egalității de tratament (de exemplu, că a aplicat criteriile obiective și nediscriminatorii).

În dreptul procesual civil există o listă limitată de probe admisibile: înscrisuri, martori, prezumții, expertiza, mijloace materiale de probă, mărturisirea, interogatoriul, cercetarea la fața locului în situații excepționale. În cazurile de pretinsă discriminare, datele statistice și înregistrările audio-video sunt, de asemenea, admisibile în fața instanțelor civile (**Articolul 27 din O.G. 137/2000** privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare).

8.3.3 Aspecte specifice privind cazurile de pretinsă încălcare a drepturilor din domeniul sănătății

În cazurile legate de încălcări ale drepturilor din domeniul sănătății, trebuie luat în considerare că sarcina probei poate fi dificilă din multiple motive. Strângerea probelor poate reprezenta o provocare deoarece este posibil ca pacientul să nu aibă cunoștință de diferitele tipuri de documente medicale principale și, în lipsa acestora, de documentele medicale secundare care ar putea conține informații parțiale despre pacient și procedura tratamentului sau alte date importante pentru caz. În această situație, se poate dovedi a fi foarte utilă o consultare cu o persoană care lucrează sau a lucrat în sistemul de sănătate. În plus, conform **Articolului 293** din Codul de procedură civilă, fiecare parte poate cere instanței să ordoneze înfățișarea unui înscris probatoriu pe care numai acea parte îl deține. În principiu, refuzul de a înfățișa înscrisul poate fi interpretat de instanță ca dovedind afirmațiile făcute cu privire la conținutul aceluși înscris de partea care a cerut înfățișarea (**Articolul 295** din Codul de procedură civilă). Aceste prevederi legale sunt importante mai ales în cazurile de încălcare a drepturilor din domeniul sănătății deoarece, de cele mai multe ori, documentele medicale se află în unitatea sanitară.

O altă situație în care poate fi utilă consultarea cu un specialist din domeniul sănătății este momentul redactării întrebărilor și pregătirii interogatoriului uneia dintre părți sau redactarea întrebărilor pentru martori, precum și luarea deciziei dacă este necesară cererea pentru încuviințarea unei expertize. Scopul consultării cu specialistul este acela de a formula o succesiune corectă de întrebări pentru a nu permite părții sau martorului să evite răspunsurile sau pentru a evidenția contradicțiile dintre răspunsuri, precum și pentru a pune expertului întrebări care să atingă problemele esențiale din cauză. În această privință, este importantă cunoașterea temeinică a faptelor din cauză, dar și cunoașterea informațiilor despre cum funcționează sistemul de sănătate, terminologie de specialitate, standarde deontologice și alte informații similare în funcție de specificul cauzei.

8.4 Procesul penal

8.4.1 Descriere generală

Procesul penal poate fi înțeles ca reprezentând totalitatea activităților desfășurate de organele judiciare, cu participarea altor persoane, în scopul tragerii la răspundere penală a persoanelor care au săvârșit infracțiuni.

Procesul penal are trei faze: urmărirea penală, camera preliminară și judecata.

8.4.2 Relația dintre acțiunea penală și acțiunea civilă

În cadrul procesului penal, **acțiunea penală** are ca obiect tragerea la răspundere penală a persoanelor care au săvârșit infracțiuni, iar **acțiunea civilă** are ca obiect tragerea la răspundere civilă delictuală a persoanelor responsabile potrivit legii civile pentru prejudiciul produs prin comiterea faptei care face obiectul acțiunii penale.

Acțiunea civilă este acțiunea prin care **partea civilă** din procesul penal (sau moștenitorii sau succesorii în drepturi ai acesteia) urmărește să oblige **inculpatul** sau, dacă este cazul, **partea responsabilă civilmente**, la repararea prejudiciului produs prin fapta care face obiectul acțiunii penale.

Acțiunea civilă se soluționează în cadrul procesului penal, **potrivit legii civile**, dacă prin aceasta nu se depășește durata rezonabilă a procesului. Instanța poate disjunge acțiunea civilă când soluționarea acesteia determină depășirea termenului rezonabil de soluționare a acțiunii penale.

Constituirea ca parte civilă este o cerință esențială pentru exercitarea acțiunii civile în cadrul procesului penal. Constituirea ca parte civilă se poate face **până la începerea cercetării judecătorești**. Organele judiciare au obligația de a aduce la cunoștința persoanei vătămate dreptul de a se constitui ca parte civilă.

Dacă persoana vătămată nu s-a constituit parte civilă în cadrul procesului penal, ea nu pierde dreptul la repararea prejudiciului, putând introduce acțiunea la instanța civilă.

8.4.3 Descriere generală a procesului penal

A. PARTICIPANȚII ÎN PROCESUL PENAL

Conform Codului de procedură penală, participanții în procesul penal sunt: organele judiciare, avocatul, părțile, subiecții procesuali principali, precum și alți subiecți procesuali.

Organele judiciare

Organele specializate ale statului care realizează activitatea judiciară sunt:

- organele de cercetare penală;
- procurorul;
- judecătorul de drepturi și libertăți;
- judecătorul de cameră preliminară;
- instanțele judecătorești.

Subiecții procesuali principali

Subiecții procesuali principali sunt suspectul și persoana vătămată.

Suspectul este definit drept persoana cu privire la care, din datele și probele existente în cauză, rezultă bănuiala rezonabilă că a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală. **Drepturile suspectului** sunt cele prevăzute pentru inculpat, dacă legea nu prevede altfel. Aceste drepturi sunt următoarele:

- dreptul de a nu da nicio declarație pe parcursul procesului penal, atrăgându-i-se atenția că dacă refuză să dea declarații nu va suferi nicio consecință defavorabilă, iar dacă va da declarații acestea vor putea fi folosite ca mijloace de probă împotriva sa;
- dreptul de a fi informat cu privire la fapta pentru care este cercetat și încadrarea juridică a acesteia;
- dreptul de a consulta dosarul, în condițiile legii;
- dreptul de a avea un avocat ales, iar dacă nu își desemnează unul, în cazurile de asistență obligatorie, dreptul de a se desemna un avocat din oficiu;
- dreptul de a propune administrarea de probe în condițiile prevăzute de lege, de a ridica excepții și de a pune concluzii;
- dreptul de a formula orice alte cereri ce țin de soluționarea laturii penale și civile a cauzei;
- dreptul de a beneficia în mod gratuit de un interpret atunci când nu înțelege, nu se exprimă bine sau nu poate comunica în limba română;
- dreptul de a apela la un mediator, în cazurile permise de lege;
- dreptul de a fi informat cu privire la drepturile sale;
- alte drepturi prevăzute de lege.

Persoana vătămată este persoana care a suferit o vătămare fizică, materială sau morală prin fapta penală. În cadrul procesului penal, persoana vătămată are următoarele drepturi:

- dreptul de a fi informată cu privire la drepturile sale;
- dreptul de a propune administrarea de probe de către organele judiciare, de a ridica excepții și de a pune concluzii;
- dreptul de a formula orice alte cereri ce țin de soluționarea laturii penale a cauzei;
- dreptul de a fi informată, într-un termen rezonabil, cu privire la stadiul urmăririi penale, la cererea sa expresă, cu condiția de a indica o adresă pe teritoriul României, o adresă de poștă electronică sau mesagerie electronică, la care aceste informații să îi fie comunicate;
- dreptul de a consulta dosarul, în condițiile legii;
- dreptul de a fi ascultată;
- dreptul de a adresa întrebări inculpatului, martorilor și experților;
- dreptul de a beneficia în mod gratuit de un interpret atunci când nu înțelege, nu se exprimă bine sau nu poate comunica în limba română;
- dreptul de a fi asistată de avocat sau reprezentată;
- dreptul de a apela la un mediator, în cazurile permise de lege;
- alte drepturi prevăzute de lege.

Părțile

Părțile din procesul penal sunt inculpatul, partea civilă și partea responsabilă civilmente.

Inculpatul este persoana împotriva căreia s-a pus în mișcare acțiunea penală. Drepturile inculpatului sunt cele enumerate în **Articolul 83** din Codul de procedură penală (menționate mai sus ca drepturi ale suspectului).

Partea civilă este persoana vătămată care exercită acțiunea civilă în cadrul procesului penal și este parte în procesul penal. Pentru a putea exercita acțiunea civilă în procesul penal, persoana vătămată trebuie să depună o cerere în acest sens în fața procurorului sau a instanței, oferind detalii privind natura și întinderea prejudiciului, împreună cu dovezi în acest sens. Succesorii persoanei vătămate pot fi, de asemenea, părți civile în proces, dacă exercită acțiunea civilă în procesul penal. Exercițarea acțiunii civile în procesul penal înseamnă, în primul rând, constituirea ca parte civilă și în al doilea rând solicitarea acoperirii prejudiciului

cauzat de infracțiune. Drepturile părții civile în procesul penal sunt aceleași cu cele ale persoanei vătămate. Diferența dintre persoana vătămată și partea civilă rezidă în faptul că numai prin constituirea ca parte civilă o persoană poate să ceară instanței acoperirea prejudiciului creat prin infracțiune. O persoană poate avea o dublă calitate – aceea de persoană vătămată și de parte civilă.

Partea responsabilă civilmente este persoana care, potrivit legii civile, are obligația legală sau convențională de a repara în întregime sau în parte, singură sau în solidar, prejudiciul cauzat prin infracțiune și care este chemată să răspundă în proces este parte în procesul penal. Drepturile părții responsabile civilmente sunt cele prevăzute pentru persoana vătămată. Drepturile părții responsabile civilmente se exercită în limitele și în scopul soluționării acțiunii civile.

Avocatul

Avocatul asistă sau reprezintă, în procesul penal, părțile ori subiecții procesuali principali, în condițiile legii.

Suspectul sau inculpatul are dreptul să fie asistat de unul ori de mai mulți avocați în tot cursul urmăririi penale, al procedurii de cameră preliminară și al judecătăii, iar organele judiciare sunt obligate să îi aducă la cunoștință acest drept. Asistența juridică este asigurată atunci când cel puțin unul dintre avocați este prezent.

În anumite cazuri, asistența juridică a suspectului sau inculpatului este obligatorie. În cazurile în care asistența juridică este obligatorie, dacă suspectul sau inculpatul nu și-a ales un avocat, organul judiciar ia măsuri pentru desemnarea unui avocat din oficiu. Acestea sunt:

- când suspectul sau inculpatul este minor, internat într-un centru de detenție ori într-un centru educativ, când este reținut sau arestat, chiar în altă cauză, când față de acesta a fost dispusă măsura de siguranță a internării medicale, chiar în altă cauză, precum și în alte cazuri prevăzute de lege;
- când organul judiciar apreciază că suspectul ori inculpatul nu și-ar putea face singur apărarea;
- în cursul judecătăii în cauzele în care legea prevede pentru infracțiunea săvârșită pedeapsa detențiunii pe viață sau pedeapsa închisorii mai mare de 5 ani.

Drepturile avocatului suspectului sau inculpatului sunt următoarele:

- dreptul de a asista, în cursul urmăririi penale, la efectuarea oricărui act de urmărire penală, cu excepția (I) situației în care se utilizează metodele speciale de supraveghere ori cercetare și (II) percheziției corporale sau a vehiculelor în cazul infracțiunilor flagrante;
- dreptul de a fi încunoștințat de data și ora efectuării actului de urmărire penală ori a audierii realizate de judecătorul de drepturi și libertăți;
- dreptul de a participa la audierea oricărei persoane de către judecătorul de drepturi și libertăți, să formuleze plângeri, cereri și memorii;
- în cursul procedurii de cameră preliminară și în cursul judecătăii, dreptul de a consulta actele dosarului, de a îl asista pe inculpat, de a exercita drepturile procesuale ale acestuia, de a formula plângeri, cereri, memorii, excepții și obiecțiuni;
- dreptul de a beneficia de timpul și înlesnirile necesare pentru pregătirea și realizarea unei apărări efective.

Inclusiv persoana vătămată, partea civilă și partea responsabilă civilmente au dreptul la asistență juridică în cadrul procesului penal, în anumite situații prevăzute de lege.

B. PROBELE ÎN PROCESUL PENAL

Codul de procedură penală definește drept **probă** orice element de fapt care servește la constatarea existenței sau inexistenței unei infracțiuni, la identificarea persoanei care a săvârșit-o și la cunoașterea împrejurărilor necesare pentru justa soluționare a cauzei și care contribuie la aflarea adevărului în procesul penal.

Mijloacele de probă sunt acele mijloace prin care se obține o anumită probă. Codul de procedură penală permite orice mijloace de probă care nu sunt interzise de lege, enumerând cu titlu exemplificativ următoarele

mijloace de probă:

- declarațiile suspectului sau ale inculpatului;
- declarațiile persoanei vătămate;
- declarațiile părții civile sau ale părții responsabile civilmente;
- declarațiile martorilor;
- înscrisuri, rapoarte de expertiză sau constatare, procese-verbale, fotografii, mijloace materiale de probă.

Sarcina probei

În acțiunea penală sarcina probei aparține în principal procurorului, iar în acțiunea civilă, părții civile ori, după caz, procurorului care exercită acțiunea civilă în cazul în care persoana vătămată este lipsită de capacitate de exercițiu sau are capacitate de exercițiu restrânsă. Suspectul sau inculpatul beneficiază de prezumția de nevinovăție, nefiind obligat să își dovedească nevinovăția, și are dreptul de a nu contribui la propria acuzare. În procesul penal, persoana vătămată, suspectul și părțile au dreptul de a propune organelor judiciare administrarea de probe.

Administrarea probelor

În cursul urmăririi penale, organul de urmărire penală este obligat să strângă probe atât în favoarea, cât și în defavoarea suspectului sau inculpatului, din oficiu sau la cerere.

În cursul judecății, instanța administrează probe la cererea procurorului, a persoanei vătămate sau a părților și, în mod subsidiar, din oficiu, atunci când consideră necesar pentru formarea convingerii sale.

Organele judiciare pot respinge o cerere privitoare la administrarea unor probe atunci când:

- proba nu este relevantă în raport cu obiectul probațiunii din cauză;
- se apreciază că pentru dovedirea elementului de fapt care constituie obiectul probei au fost administrate suficiente mijloace de probă;
- proba nu este necesară, întrucât faptul este notoriu;
- proba este imposibil de obținut;
- cererea a fost formulată de o persoană neîndreptățită;
- administrarea probei este contrară legii.

Probele obținute prin tortură sau în mod nelegal nu pot fi folosite în cadrul procesului penal.

8.4.4 Prevederi specifice privind urmărirea penală

Normele penale și de procedură penală pot deveni incidente în domeniul drepturilor referitoare la sănătate atunci când încălcarea unui astfel de drept constituie și infracțiune. În astfel de situații, primul pas constă de obicei în sesizarea organelor competente.

A. ORGANELE DE URMĂRIRE PENALĂ ȘI SESIZAREA LOR

Organele de urmărire penală din România sunt: procurorul, organele de cercetare penală ale poliției judiciare și organele de cercetare penală speciale. Competența materială a acestora se determină în funcție de natura infracțiunii. Spre exemplu, în cazul infracțiunii de omor, procurorul este cel care efectuează urmărirea penală.

Organele de urmărire penală pot fi sesizate prin **plângere**⁸⁴⁷, **denunț**⁸⁴⁸, **sesizare din oficiu și prin acte încheiate de organe de constatare prevăzute de lege**. În cazul anumitor infracțiuni, organele de urmărire

847. Plângerea este încunoștințarea făcută de o persoană fizică sau juridică, referitoare la o vătămare ce i s-a cauzat prin infracțiune.

848. Denunțul este încunoștințarea făcută de o persoană fizică sau juridică despre săvârșirea unei infracțiuni.

penală nu pot fi sesizate prin denunț sau din oficiu, ci doar de către victima infracțiunii, prin intermediul plângerii prealabile.

Dacă organul de cercetare penală constată că este competent, la primirea sesizării, acesta verifică:

- (I) dacă sesizarea îndeplinește condițiile legale de admisibilitate⁸⁴⁹ și dacă
- (II) nu există vreunul din cazurile de împiedicare a exercitării acțiunii penale prevăzute de **Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală⁸⁵⁰.

Dacă sesizarea nu îndeplinește condițiile legale de admisibilitate, ea se restituie pe cale administrativă petiționarului, cu indicarea elementelor care lipsesc, urmând ca acesta să le completeze. Dacă se constată incidența **Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală, organul de urmărire penală înaintează procurorului dosarul cauzei cu propunere de clasare. Dacă procurorul acceptă propunerea organului de urmărire penală, dispune clasarea cauzei prin ordonanță. Dacă sesizarea îndeplinește condițiile de admisibilitate (fie inițial, fie ca urmare a completărilor petiționarului) și dacă nu există vreunul din cazurile de împiedicare a exercitării acțiunii penale (**Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală), organul de cercetare penală dispune **începerea urmăririi penale cu privire la faptă**.

Există și două situații excepționale față de procedura de mai sus, și anume (I) cazul verificărilor prealabile și (II) infracțiunea flagrantă. Prima excepție are în vedere situația în care este necesară o autorizare prealabilă sau îndeplinirea unei alte condiții prealabile pentru începerea urmăririi penale. În această situație, organul de urmărire penală este obligat să efectueze verificări prealabile. A doua excepție are în vedere infracțiunea flagrantă, adică infracțiunea descoperită în timpul săvârșirii sau imediat după săvârșire. În acest caz, organele de ordine publică și siguranță națională întocmesc un proces-verbal, în care consemnează toate aspectele constatate și activitățile desfășurate, pe care îl înaintează de îndată organului de urmărire penală.

B. EFECTUAREA URMĂRIII PENALE

Dacă sesizarea organului de urmărire penală îndeplinește condițiile legale de admisibilitate și dacă nu există vreunul din cazurile prevăzute la **Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală, atunci organul de urmărire penală este obligat să **înceapă urmărirea penală cu privire la faptă**, fără a efectua alte cercetări prealabile. Urmărirea penală nu poate fi începută direct cu privire la persoană, chiar dacă aceasta este indicată în sesizare.

Dacă din datele și probele existente în cauză rezultă indicii rezonabile că o anumită persoană a săvârșit fapta pentru care s-a început urmărirea penală, atunci urmărirea penală se efectuează față de această persoană, care dobândește calitatea de suspect. Efectuarea urmăririi penale față de suspect poate fi dispusă exclusiv de procuror, prin ordonanță. Calitatea de suspect a persoanei persistă până la **punerea în mișcare a acțiunii penale** sau până la adoptarea unei soluții de **clasare** sau de **renunțare la urmărirea penală** față de aceasta, după caz.

849. Condițiile de admisibilitate se referă la respectarea cerințelor de formă impuse de lege și la descrierea clară și completă a faptei.

850. Art. 16 alin. (1) din Codul de Procedură Penală are următorul conținut:

(1) Acțiunea penală nu poate fi pusă în mișcare, iar când a fost pusă în mișcare nu mai poate fi exercitată dacă:

a) fapta nu există;

b) fapta nu este prevăzută de legea penală ori nu a fost săvârșită cu vinovăția prevăzută de lege;

c) nu există probe că o persoană a săvârșit infracțiunea;

d) există o cauză justificativă sau de neimputabilitate;

e) lipsește plângerea prealabilă, autorizarea sau sesizarea organului competent ori o altă condiție prevăzută de lege, necesară pentru punerea în mișcare a acțiunii penale;

f) a intervenit amnistia sau prescripția, decesul suspectului ori al inculpatului persoană fizică sau s-a dispus radierea suspectului ori inculpatului persoană juridică;

g) a fost retrasă plângerea prealabilă, în cazul infracțiunilor pentru care retragerea acesteia înlătură răspunderea penală, a intervenit împăcarea ori a fost încheiat un acord de mediere în condițiile legii;

h) există o cauză de nepedepsire prevăzută de lege;

i) există autoritate de lucru judecat;

j) a intervenit un transfer de proceduri cu un alt stat, potrivit legii.

Persoanei care a dobândit calitatea de suspect i se aduc la cunoștință, înainte de prima sa audiere, această calitate, fapta pentru care este suspectată, încadrarea juridică a acesteia și drepturile procesuale prevăzute la **Articolul 83** din Codul de procedură penală.

C. PUNEREA ÎN MIȘCARE A ACȚIUNII PENALE

Dacă în cursul urmăririi penale **procurorul** constată că există probe (simplele indicii nu sunt suficiente) din care rezultă că o persoană a săvârșit o infracțiune și nu există vreunul din cazurile de împiedicare prevăzute la **Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală, **pune în mișcare acțiunea penală** prin ordonanță. Persoana față de care s-a pus în mișcare acțiunea penală dobândește calitatea de **inculpat** și o păstrează până la rămânerea definitivă a hotărârii instanței (dacă este trimisă în judecată) sau până la clasarea cauzei sau renunțarea la urmărirea penală, după caz. Punerea în mișcare a acțiunii penale este comunicată inculpatului de către organul de urmărire penală care îl cheamă pentru a-l audia.

D. SOLUȚIILE DE NEURMĂRIRE ȘI NETRIMITERE ÎN JUDECATĂ

După examinarea sesizării, când constată că au fost strânse probele necesare potrivit dispozițiilor **Articolului 285** din Codul de procedură penală, procurorul, la propunerea organului de urmărire penală (exprimată prin intermediul unui referat întocmit de acest organ) sau din oficiu, soluționează cauza prin ordonanță, dispunând (**Articolul 314** din Codul de procedură penală):

- **(1) clasarea**, când nu exercită acțiune penală ori, după caz, stinge acțiunea penală exercitată, întrucât există unul din cazurile prevăzute la **Articolul 16 alin.1** din Codul de procedură penală;
- **(2) renunțarea la urmărirea penală**, când nu există interes public în urmărirea penală a inculpatului.

Clasarea poate fi totală sau parțială. Dacă propunerea de clasare a fost înaintată procurorului de organul de cercetare penală, iar procurorul apreciază că nu sunt îndeplinite condițiile de clasare, acesta va dispune restituirea dosarului organului de cercetare penală.

Renunțarea la urmărirea penală este incidentă în situațiile în care procurorul apreciază că nu există interes public în urmărirea unei infracțiuni. Procurorul este singurul care poate dispune această măsură, prin ordonanță, dacă sunt îndeplinite următoarele condiții (**Articolul 318** din Codul de procedură penală):

(1) infracțiunea pentru care s-a început urmărirea penală este sancționată cu pedeapsa amenzii sau a închisorii de cel mult 7 ani;

(2) în raport cu conținutul faptei, cu modul și mijloacele de săvârșire, cu scopul urmărit și cu împrejurările concrete de săvârșire, cu urmările produse sau care s-ar fi putut produce prin săvârșirea infracțiunii, procurorul constată că nu există un interes public în urmărirea acesteia;

(3) când autorul faptei este cunoscut, la aprecierea interesului public sunt avute în vedere și persoana suspectului sau a inculpatului, conduita avută anterior săvârșirii infracțiunii și eforturile depuse pentru înlăturarea sau diminuarea consecințelor infracțiunii.

Procurorul poate dispune, după consultarea suspectului sau a inculpatului, ca acesta să îndeplinească una sau mai multe dintre următoarele obligații (**Articolul 318** din Codul de procedură penală):

- (1) să înlătore consecințele faptei penale sau să repare paguba produsă ori să convină cu partea civilă o modalitate de reparare a acesteia;
- (2) să ceară public scuze persoanei vătămate;
- (3) să presteze o muncă neremunerată în folosul comunității, pe o perioadă cuprinsă între 30 și 60 de zile, în afară de cazul în care, din cauza stării de sănătate, persoana nu poate presta această muncă;
- (4) să frecventeze un program de consiliere.

Termenul de îndeplinire a acestor obligații se stabilește prin ordonanță și nu poate fi mai mare de șase luni sau nouă luni în cazul obligațiilor asumate prin acord de mediere încheiat cu partea civilă.

E. TERMINAREA URMĂRIII PENALE

De îndată ce urmărirea penală este terminată, organul de cercetare penală înaintează dosarul procurorului, însoțit de un referat, prin care propune fie trimiterea în judecată, fie clasarea sau renunțarea la urmărirea penală.

În situația în care procurorul constată că urmărirea penală nu este completă sau că nu a fost efectuată cu respectarea dispozițiilor legale, restituie cauza organului care a efectuat urmărirea penală în vederea completării sau refacerii urmăririi penale sau trimite cauza la alt organ de cercetare penală.

Atunci când constată că au fost respectate dispozițiile legale care garantează aflarea adevărului, că urmărirea penală este completă și există probele necesare și legal administrate, procurorul:

- emite rechizitoriu prin care dispune trimiterea în judecată, dacă din materialul de urmărire penală rezultă că fapta există, că a fost săvârșită de inculpat și că acesta răspunde penal;
- emite ordonanță prin care clasează sau renunță la urmărire, potrivit dispozițiilor legale.

Rechizitoriul reprezintă actul de sesizare al instanței de judecată. El se limitează la fapta și persoana pentru care s-a efectuat urmărirea penală și cuprinde în mod corespunzător următoarele mențiuni (**Articolul 328** din Codul de procedură penală): mențiunile prevăzute la **Articolul 286 alin. 2**, datele privitoare la fapta reținută în sarcina inculpatului și încadrarea juridică a acesteia, probele și mijloacele de probă, cheltuielile judiciare, mențiuni referitoare la măsuri preventive, asigurătorii sau de siguranță, dacă este cazul, dispoziția de trimitere în judecată, precum și alte mențiuni necesare pentru soluționarea cauzei. Rechizitoriul este verificat sub aspectul legalității și temeiniciei de prim-procurorul parchetului sau, după caz, de procurorul general al parchetului de pe lângă curtea de apel, iar când a fost întocmit de acesta, verificarea se face de procurorul ierarhic superior. Când a fost întocmit de un procuror de la Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, rechizitoriul este verificat de procurorul-șef de secție, iar când a fost întocmit de acesta, verificarea se face de către procurorul general al acestui parchet. În cauzele cu arestați, verificarea se face de urgență și înainte de expirarea duratei arestării preventive (**Articolul 328** din Codul de procedură penală).

F. DREPTUL DE A FORMULA PLÂNGERE ÎMPOTRIVA MĂSURILOR ȘI ACTELOR DE URMĂRIRE PENALĂ

Acest drept de a formula plângere este prevăzut în **Articolele 336-342** din Codul de procedură penală.

Orice persoană poate face plângere împotriva măsurilor și actelor de urmărire penală, dacă prin acestea s-a adus o vătămare intereselor sale legitime. Plângerea se adresează procurorului care supraveghează activitatea organului de cercetare penală și se depune fie direct la acesta, fie la organul de cercetare penală. Această procedură garantează că drepturile oricărei părți sau persoane sunt respectate în timpul urmăririi penale, și că urmărirea penală nu vătămă aceste drepturi și interese.

Soluțiile de clasare ori de renunțare la urmărirea penală reprezintă acte luate în cursul urmăririi penale care, dată fiind importanța lor, beneficiază de reguli specifice în ce privește plângerea contra actelor de urmărire penală. În cazul soluțiilor de clasare ori de renunțare la urmărire, plângerea se face în termen de 20 de zile de la comunicarea copiei actului prin care s-a dispus soluția.

Dacă plângerea unei persoane împotriva soluției de clasare sau de renunțare la urmărire a fost respinsă de procurorul ierarhic superior, această persoană poate face plângere, în termen de **20 de zile de la comunicare**, la judecătorul de cameră preliminară de la instanța căreia i-ar reveni, potrivit legii, competența să judece cauza în primă instanță. Dacă procurorul ierarhic superior nu respectă termenul inițial de 20 de zile pentru

rezolvarea plângerii, persoana vătămată se poate adresa judecătorului de cameră preliminară oricând după expirarea acestui termen, dar nu mai târziu de 20 de zile de la comunicarea modului de rezolvare a plângerii, odată ce aceasta a fost soluționată. *(Nota autorului: dacă procurorul nu răspunde după formularea plângerii, atunci autorul plângerii poate aștepta mai mult de 20 de zile. Totuși, dacă după expirarea celor 20 de zile procurorul răspunde în cele din urmă, atunci termenul de 20 de zile începe să curgă de la momentul în care răspunsul este comunicat. Astfel, în total, de la comunicarea soluției și până la ultima zi în care se poate trimite plângerea către camera preliminară pot să treacă aproximativ 40 de zile, însă această durată poate fi mai lungă dacă procurorul nu răspunde în termen și persoana alege să aștepte răspunsul acestuia).*

Soluțiile judecătorului de cameră preliminară diferă în funcție de faptul punerii în mișcare sau nu a acțiunii penale în cauză de către procuror:

- În cauzele în **care nu s-a dispus punerea în mișcare a acțiunii penale**, judecătorul de cameră preliminară poate dispune una dintre următoarele soluții:
 - (1) respinge plângerea, ca tardivă sau inadmisibilă ori, după caz, ca nefondată;
 - (2) admite plângerea, desființează soluția atacată și trimite motivat cauza la procuror pentru a începe sau pentru a completa urmărirea penală ori, după caz, pentru a pune în mișcare acțiunea penală și a completa urmărirea penală;
 - (3) admite plângerea și schimbă temeiul de drept al soluției de clasare atacate, dacă prin aceasta nu se creează o situație mai grea pentru persoana care a făcut plângerea.
- În cauzele în care **s-a dispus punerea în mișcare a acțiunii penale**, judecătorul de cameră preliminară (**Articolul 346** din Codul de procedură penală):
 - (1) respinge plângerea ca tardivă sau inadmisibilă;
 - (2) verifică legalitatea administrării probelor și a efectuării urmăririi penale, exclude probele nelegal administrate ori, după caz, sancționează actele de urmărire penală efectuate cu încălcarea legii și:
 - a) respinge plângerea ca nefondată;
 - b) admite plângerea, desființează soluția atacată și trimite motivat cauza la procuror pentru a completa urmărirea penală;
 - c) admite plângerea, desființează soluția atacată și dispune începerea judecătii cu privire la faptele și persoanele pentru care, în cursul cercetării penale, a fost pusă în mișcare acțiunea penală, când probele legal administrate sunt suficiente, trimițând dosarul spre repartizare aleatorie;
 - d) admite plângerea și schimbă temeiul de drept al soluției de clasare atacate, dacă prin aceasta nu se creează o situație mai grea pentru persoana care a făcut plângerea.

Încheierea prin care judecătorul de cameră preliminară soluționează plângerea este, cu o excepție, definitivă.

8.4.5 Procedura de cameră preliminară

Camera preliminară este o instituție nouă în reglementarea juridică românească, introdusă de Noul Cod de procedură penală, rolul său fiind acela de a spori celeritatea cauzelor penale, prin examinarea legalității trimiterii în judecată, a competenței instanței sesizate, a legalității administrării probelor și a efectuării urmăririi penale. Cu toate acestea, judecătorul de cameră preliminară nu are competența de a ordona procurorului administrarea de noi probe, ci doar de a se pronunța asupra legalității celor deja administrate.

Având în vedere rațiunile pentru care a introdus instituția camerei preliminare și scopurile acesteia, **Noul Cod de procedură penală nu mai prevede posibilitatea restituirii dosarului de urmărire penală în timpul judecătii, oferind această posibilitate doar judecătorului de cameră preliminară.** De asemenea, nulitățile (absolute sau relative) ale actelor efectuate în timpul urmăririi penale sau a procedurii de cameră preliminară pot fi invocate numai până la încheierea procedurii de cameră preliminară.

Durata procedurii de cameră preliminară poate fi, conform Codului de procedură penală, de maxim 60 de zile. În doctrină, acest termen este considerat un termen de recomandare, neexistând nicio sancțiune pentru depășirea sa.

După intrarea în vigoare a Codului de procedură penală, la 1 februarie 2014, unele dintre prevederile privind procedura camerei preliminare au fost declarate neconstituționale de către Curtea Constituțională a României, prin decizii emise la finele anului 2014⁸⁵¹.

Judecătorul de cameră preliminară poate pronunța următoarele soluții:

- **(1) dispunerea începerii judecării** și constatarea legalității sesizării instanței, a administrării probelor și a efectuării actelor de urmărire penală, dacă nu s-au formulat cereri și excepții ori nu s-au ridicat din oficiu excepții;
- **(2) restituirea cauzei la parchet**, dacă
 - rechizitoriul este neregularitar întocmit, iar neregularitatea nu a fost remediată de procuror în termenul de cinci zile menționat anterior, dacă neregularitatea atrage imposibilitatea stabilirii obiectului sau limitelor judecării, dacă
 - judecătorul a exclus toate probele administrate în cursul urmăririi penale sau dacă
 - procurorul solicită restituirea cauzei ori nu răspunde în termenul legal;
- **(3) dispunerea începerii judecării**, în toate celelalte cazuri în care a constatat neregularități ale actului de sesizare, a exclus una sau mai multe probe administrate ori a sancționat actele de urmărire penală efectuate cu încălcarea legii. Probele excluse nu pot fi avute în vedere la judecata în fond a cauzei.

Judecătorul de cameră preliminară care a dispus începerea judecării exercită funcția de judecată în cauză.

8.4.6 Judecata în fața instanței penale

A. NOȚIUNI GENERALE

Judecata este a treia fază a procesului penal. Conform Codului de procedură penală, instanța de judecată soluționează cauza dedusă judecării cu garantarea respectării drepturilor subiecților procesuali și asigurarea administrării probelor pentru lămurirea completă a împrejurărilor cauzei în scopul aflării adevărului, cu respectarea deplină a legii.

Ca regulă, judecata se desfășoară în **ședință publică**, cu respectarea principiilor oralității, contradictorialității și nemijlocirii.

Judecata poate avea loc numai dacă persoana vătămată și părțile sunt legal citate și procedura este îndeplinită. Inculpatul, partea civilă, partea responsabilă civilmente și, după caz, reprezentanții legali ai acestora se citează din oficiu de către instanță. Instanța poate dispune citarea altor subiecți procesuali atunci când prezența acestora este necesară pentru soluționarea cauzei. Înfățișarea persoanei vătămate sau a părții în instanță, în persoană sau prin reprezentant ori avocat ales sau avocat din oficiu, dacă acesta din urmă a luat legătura cu persoana reprezentată, acoperă orice nelegalitate survenită în procedura de citare.

Partea sau alt subiect procesual principal prezent personal, prin reprezentant sau prin apărător ales la un termen, precum și acela căruia, personal, prin reprezentant sau apărător ales ori prin funcționarul sau persoana însărcinată cu primirea corespondenței, i s-a înmânat în mod legal citația pentru un termen de judecată nu mai sunt citați pentru termenele ulterioare, chiar dacă ar lipsi la vreunul dintre aceste termene, cu excepția situațiilor în care prezența acestora este obligatorie. Militarii și deținuții sunt citați din oficiu la fiecare termen.

Participarea procurorului la judecată este **obligatorie**. Judecata poate avea loc în lipsa inculpatului dacă acesta este dispărut, se sustrage de la judecată ori și-a schimbat adresa fără a o aduce la cunoștința organelor judiciare și, în urma verificărilor efectuate, nu i se cunoaște noua adresă. Judecata poate de

851. Decizia Curții Constituționale a României nr. 641/2014.

asemenea avea loc în lipsa inculpatului dacă, deși legal citat, acesta lipsește în mod nejustificat de la judecarea cauzei. Inculpatul, inclusiv în cazul în care este privat de libertate, poate cere, în scris, să fie judecat în lipsă, fiind reprezentat de avocatul său ales sau din oficiu.

Inculpatul, partea civilă și partea responsabilă civilmente pot formula cereri, ridica excepții și pune concluzii. De aceleași drepturi beneficiază și persoana vătămată, dar numai în ceea ce privește latura penală a cauzei.

B. STRUCTURA JUDECĂȚII ÎN PRIMĂ INSTANȚĂ

Judecata în primă instanță se mărginește la faptele și la persoanele arătate în actul de sesizare a instanței. Astfel, nu este posibilă extinderea procesului penal pentru alte fapte sau alte persoane în timpul judecății. Faza judecății este reglementată în Titlul III al Codului de procedură penală (**Articolele 349-477¹**), iar descrierea de mai jos se bazează pe acest titlu.

Aducerea la cunoștință a învinuirii, lămuriri și cereri

La **primul termen de judecată** la care procedura de citare este legal îndeplinită și cauza se află în stare de jucatată, președintele instanței de judecată dispune ca grefierul să dea citire actului prin care s-a dispus trimiterea în judecată (adică a rechizitoriului) ori, după caz, a celui prin care s-a dispus începerea judecății (încheierea judecătorului de cameră preliminară în soluționarea plângerii împotriva actelor procurorului, prin care judecătorul de cameră preliminară dispune începerea judecății) sau să facă o prezentare succintă a acestuia.

Președintele explică inculpatului în ce constă învinuirea ce i se aduce, îl înștiințează pe inculpat cu privire la dreptul de a nu face nicio declarație, atrăgându-i atenția că ceea ce declară poate fi folosit și împotriva sa, precum și cu privire la dreptul de a pune întrebări coinculpaților, persoanei vătămate, celorlalte părți, martorilor, experților și de a da explicații în tot cursul cercetării judecătorești, când socotește că este necesar.

Președintele încunoștințează partea civilă, partea responsabilă civilmente și persoana vătămată cu privire la probele administrate în faza urmăririi penale care au fost excluse și care nu vor fi avute în vedere la soluționarea cauzei și pune în vedere persoanei vătămate că se poate constitui parte civilă până la începerea cercetării judecătorești.

Președintele întreabă procurorul, părțile și persoana vătămată dacă propun administrarea de probe. În cazul în care se propun probe, trebuie să se arate faptele și împrejurările ce urmează a fi dovedite, mijloacele prin care pot fi administrate aceste probe, locul unde se află aceste mijloace, iar în ceea ce privește martorii și experții, identitatea și adresa acestora. Probele administrate în cursul urmăririi penale și necontestate de către părți nu se readministrează în cursul cercetării judecătorești. Acestea sunt puse în dezbateră contradictorie a părților și sunt avute în vedere de instanță la deliberare. Procurorul, persoana vătămată și părțile pot cere administrarea de probe noi și în cursul cercetării judecătorești. Instanța poate dispune din oficiu administrarea de probe necesare pentru aflarea adevărului și justa soluționare a cauzei.

Cercetarea judecătorească

Următoarea fază a judecății în primă instanță o reprezintă **cercetarea judecătorească**, unde, după audierea inculpatului, a persoanei vătămate, a părții civile și a părții responsabile civilmente, se procedează la administrarea probelor încuviințate. În această fază se audiază, dacă este cazul, și martorii sau experții. Dacă există mijloace materiale de probă, instanța, la cerere sau din oficiu, dispune aducerea și prezentarea acestora, dacă este posibil.

Dacă din cercetarea judecătorească rezultă că pentru lămurirea faptelor sau împrejurărilor cauzei este necesară administrarea de probe noi, instanța dispune fie judecarea cauzei în continuare, fie amânarea ei pentru administrarea probelor.

Înainte de a declara terminată cercetarea judecătorească, președintele întreabă procurorul, persoana

vătămată și părțile dacă mai au de dat explicații ori de formulat cereri noi pentru completarea cercetării judecătorești. Dacă nu s-au formulat cereri sau dacă cererile formulate au fost respinse ori dacă s-au efectuat completările cerute, președintele declară terminată cercetarea judecătorească.

Dezbaterile

După terminarea cercetării judecătorești se trece la dezbateri, dându-se cuvântul în următoarea ordine: procurorului, persoanei vătămate, părții civile, părții responsabile civilmente și inculpatului. Președintele poate da cuvântul și în replică. Înainte de a încheia dezbaterile, președintele dă ultimul cuvânt inculpatului personal. În timpul în care inculpatul are ultimul cuvânt nu i se pot pune întrebări. Dacă inculpatul relevă fapte sau împrejurări noi, esențiale pentru soluționarea cauzei, instanța dispune reluarea cercetării judecătorești. Instanța poate cere părților, după închiderea dezbaterilor, să depună concluzii scrise. Procurorul, persoana vătămată și părțile pot depune concluzii scrise, chiar dacă nu au fost cerute de instanță.

Deliberarea și pronunțarea hotărârii

Deliberarea și pronunțarea hotărârii se fac în ziua în care au avut loc dezbaterile sau la o dată ulterioară, dar nu mai târziu de 15 zile de la închiderea dezbaterilor. În situații excepționale, când, raportat la complexitatea cauzei, deliberarea și pronunțarea nu pot avea loc în termenul de mai sus, instanța poate amâna pronunțarea o singură dată pentru cel mult 15 zile.

Hotărârea trebuie să fie rezultatul acordului membrilor completului de judecată asupra soluțiilor date chestiunilor supuse deliberării. Când unanimitatea nu poate fi întrunită, hotărârea se ia cu majoritate.

Dacă din deliberare rezultă mai mult decât două păreri, judecătorul care opinează pentru soluția cea mai severă trebuie să se alăture celei mai apropiate de părerea sa. Rezultatul deliberării se consemnează într-o minută, care se semnează de membrii completului de judecată.

Instanța hotărăște asupra învinuirii aduse inculpatului, pronunțând, după caz, condamnarea, renunțarea la aplicarea pedepsei, amânarea aplicării pedepsei, achitarea sau încetarea procesului penal. **Condamnarea se pronunță dacă instanța constată, dincolo de orice îndoială rezonabilă, că fapta există, constituie infracțiune și a fost săvârșită de inculpat.** Instanța se pronunță prin aceeași hotărâre și asupra acțiunii civile. *(Nota autorului: Răspunderea civilă este stabilită după ce instanța penală decide că inculpatul este autorul infracțiunii care a produs prejudiciul. Astfel, răspunderea civilă este legată de stabilirea unei răspunderi pe tărâm penal, iar această răspundere poate fi stabilită numai în prin aplicarea regulilor procesului penal. Totuși, poate exista situația în care inculpatul este achitat sau procesul penal se finalizează fără o soluție de condamnare, caz în care acțiunea civilă este lăsată nesoluționată, iar persoana vătămată se poate adresa instanței civile.)*

Hotărârea se pronunță în ședință publică de către președintele completului de judecată, asistat de grefier. După pronunțare, o copie a minutei hotărârii se comunică procurorului, părților, persoanei vătămate și, în cazul în care inculpatul este arestat, administrației locului de deținere, în vederea exercitării căii de atac. După redactarea hotărârii, acestora li se comunică hotărârea în întregul său. Hotărârea se redactează în cel mult 30 de zile de la pronunțare.

C. DREPTUL DE A APELA SOLUȚIA PRIMEI INSTANȚE

Ca regulă, toate sentințele (hotărâri de primă instanță) prin care s-a rezolvat fondul unei cauze pot fi atacate cu apel. Codul de procedură penală prevede o categorie largă de persoane care pot face apel (**Articolul 409**): procurorul, inculpatul, partea civilă, partea responsabilă civilmente (în ceea ce privește latura civilă, iar referitor la latura penală, în măsura în care soluția din această latură a influențat soluția în latura civilă), persoană vătămată (în ceea ce privește latura penală), martorul, expertul, interpretul și avocatul (în ceea ce privește cheltuielile judiciare, indemnizațiile convenite acestora și amenzile judiciare aplicate). Codul prevede, de asemenea, dreptul de a formula apel pentru orice persoană fizică ori juridică ale cărei drepturi legitime

au fost vătămate nemijlocit printr-o măsură sau printr-un act al instanței, în ceea ce privește dispozițiile care au provocat asemenea vătămare. Pentru toate aceste persoane, cu excepția procurorului, apelul poate fi declarat și de către reprezentantul legal ori de către avocat. Pentru inculpat, apelul poate fi declarat și de către soțul/soția acestuia.

Pentru procuror, persoana vătămată și părți, termenul de apel este de 10 zile, dacă legea nu dispune altfel, și curge de la comunicarea copiei minutei. Pentru alte persoane, termenul curge de la data la care acestea au aflat despre actul sau măsura care a provocat vătămarea (**Articolul 410** din Codul de procedură penală). *(Nota autorului: legea conține o prevedere cu caracter de excepție, care permite ca apelul declarat după expirarea termenului prevăzut de lege să fie considerat ca fiind făcut în termen dacă instanța de apel constată că întârzierea a fost determinată de o cauză temeinică de împiedicare, iar cererea de apel a fost făcută în cel mult 10 zile de la încetarea acesteia)*

Apelul se declară prin cerere scrisă și se motivează în scris, arătându-se motivele de fapt și de drept pe care se întemeiază. Apelul declarat în termen este suspensiv de executare, atât în ceea ce privește latura penală, cât și în ceea ce privește latura civilă, în afară de cazul când legea dispune altfel (**Articolul 416** din Codul de procedură penală). Instanța judecă apelul numai cu privire la persoana care l-a declarat și la persoana la care se referă declarația de apel și numai în raport cu calitatea pe care apelantul o are în proces (**Articolul 417** din Codul de procedură penală). Instanța de apel, soluționând cauza, nu poate crea o situație mai grea pentru cel care a declarat apel. Instanța de apel examinează cauza prin extindere și cu privire la părțile care nu au declarat apel sau la care acesta nu se referă, putând hotărî și în privința lor, fără să poată crea acestor părți o situație mai grea.

Judecata apelurilor este similară cu judecata în primă instanță. Instanța de apel poate pronunța următoarele soluții (**Articolul 421** din Codul de procedură penală):

- 1. respinge apelul, menținând hotărârea atacată:
 - a) dacă apelul este tardiv sau inadmisibil;
 - b) dacă apelul este nefondat;
- 2. admite apelul și:
 - a) desființează sentința primei instanțe și pronunță o nouă hotărâre procedând potrivit regulilor referitoare la soluționarea acțiunii penale și a acțiunii civile la judecata în fond;
 - b) desființează sentința primei instanțe și dispune rejudecarea de către instanța a cărei hotărâre a fost desființată pentru motivul că judecarea cauzei la acea instanță a avut loc în lipsa unei părți nelegal citate sau care, legal citată, a fost în imposibilitate de a se prezenta și de a înștiința instanța despre această imposibilitate, invocată de acea parte. Rejudecarea de către instanța a cărei hotărâre a fost desființată se dispune și atunci când există vreunul dintre cazurile de nulitate absolută, cu excepția cazului de necompetență, când se dispune rejudecarea de către instanța competentă.

D. CĂILE EXTRAORDINARE DE ATAC

Codul de procedură penală recunoaște patru tipuri de căi extraordinare de atac: contestația în anulare, recursul în casație, revizuirea și redeschiderea procesului penal în cazul judecării în lipsa persoanei condamnate (**Articolele 426-470**). Acestea sunt considerate căi extraordinare deoarece pot fi utilizate numai în situații limitate și excepționale. Scopul acestor căi de atac este acela de a corecta erorile procedurale care au avut loc în cadrul hotărârilor definitive pronunțate. O altă caracteristică ce ține de căile extraordinare de atac este aceea că ele se pot întemeia numai pe acele prevederi specifice ale Codului de procedură penală, ceea ce înseamnă că tipurile argumentelor care pot fi aduse în sprijinul cererii sunt limitate la cele indicate ca atare în Cod.

8.5 Mecanisme alternative

8.5.1 Avocatul poporului

A. BAZĂ LEGALĂ ȘI ATRIBUȚII

Activitatea Avocatului Poporului este reglementată de Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului. Conform acestui act normativ, instituția Avocatului Poporului are drept scop apărarea drepturilor și libertăților persoanelor fizice în raporturile acestora cu autoritățile publice. Drepturile la care legea se referă pot include și drepturile avute în vedere de prezentul ghid, astfel că o soluție alternativă pentru remedierea încălcării acestora o poate constitui și sesizarea Avocatului Poporului.

În cuprinsul legii se vor găsi reglementări referitoare la modul de redactare a petițiilor, obligațiile autorității în raport cu petiționarii precum și măsurile pe care le poate dispune Avocatul Poporului în situația în care găsește petiția întemeiată. *(Nota autorului: legea nu conține prevederi specifice privind petițiile din domeniul sănătății; legea specială nu conține prevederi privind punerea în executare; astfel, se vor aplica reglementările generale în această materie).* Prin petițiile adresate Avocatului Poporului se poate solicita intervenția acestei instituții atât pentru vătămarea unor drepturi prin faptele autorităților și instituțiilor publice, cât și în situația încălcării unor drepturi prin anumite acte emise de autoritățile și instituțiile publice pentru realizarea atribuțiilor cu care au fost învestite.

Termenul de de sesizare a Avocatului Poporului este de **un an** de la data la care pretinsele încălcări s-au produs ori de la data la care persoana în cauză a luat cunoștință de ele.

Legea enumeră următoarele atribuții ale Avocatului Poporului, relevante pentru protecția drepturilor din domeniul sănătății:

- coordonează activitatea de prevenire a torturii în locurile de detenție, desfășurată prin Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție;
- decide asupra petițiilor formulate de persoanele fizice lezate prin încălcarea drepturilor sau libertăților acestora de către autoritățile administrației publice;
- verifică activitatea de rezolvare legală a petițiilor primite și solicită autorităților sau funcționarilor administrației publice în cauză încetarea încălcării drepturilor și libertăților persoanelor fizice, repunerea în drepturi a petiționarului și repararea prejudiciilor;
- are atribuții legate de constituționalitatea legilor naționale, precum: formulează puncte de vedere, la cererea Curții Constituționale; poate sesiza Curtea Constituțională cu privire la neconstituționalitatea legilor, înainte de promulgarea acestora; poate sesiza direct Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a legilor și ordonanțelor;
- reprezintă instituția Avocatul Poporului în fața Camerei Deputaților, a Senatului și a celorlalte autorități publice, precum și în relațiile cu persoanele fizice sau juridice;
- poate sesiza instanța de contencios administrativ, în condițiile legii contenciosului administrativ;
- îndeplinește alte atribuții prevăzute de lege.

B. SESIZAREA AVOCATULUI POPORULUI

Avocatul Poporului își exercită atribuțiile din oficiu sau **la cerere** prin intermediul **petițiilor**. Această din urmă procedură este cea mai frecventă cale prin care instituția Avocatului Poporului este activată în cazul încălcării drepturilor.

Conform legii, petițiile adresate instituției Avocatul Poporului trebuie să se facă în scris și să indice numele și domiciliul persoanei fizice lezate în drepturile și libertățile acesteia, drepturile și libertățile încălcate, precum și autoritatea administrativă ori funcționarul public în cauză. Petiționarul trebuie să dovedească întârzierea sau refuzul administrației publice de a soluționa legal petiția. **Astfel, remedierea încălcării dreptului trebuie solicitată mai întâi, pe cale administrativă, instituției în cauză, înainte de sesizarea Avocatului Poporului.**

Legea mai precizează că nu pot fi luate în considerare petițiile anonime, iar petițiile îndreptate împotriva încălcării drepturilor și libertăților persoanelor fizice prin acte sau fapte ale autorității administrației publice se adresează instituției Avocatul Poporului **nu mai târziu de un an de la data la care aceste încălcări s-au produs ori de la data la care persoana în cauză a luat cunoștință de ele.** Avocatul Poporului poate respinge motivat petițiile vădit nefondate sau poate cere date suplimentare pentru analiza și soluționarea petițiilor.

C. SOLUȚIONAREA PETIȚIILOR

În cazul în care instituția Avocatul Poporului constată că soluționarea petiției cu care a fost sesizată este de competența autorității judecătorești, se poate adresa, după caz, ministrului justiției, Consiliului Superior al Magistraturii, Ministerului Public sau președintelui instanței de judecată, care este obligat să comunice măsurile luate.

În cazul în care, în urma examinării petițiilor primite, se constată că petiția persoanei fizice lezate este întemeiată, instituția Avocatul Poporului se va adresa în scris autorității administrației publice care a încălcat drepturile persoanei fizice. Avocatul Poporului poate cere ca instituția să reformeze sau să revoce actul administrativ și să repare prejudiciile produse, precum și să repună persoana fizică lezată în situația anterioară (*Nota autorului: nu există standarde juridice care să prevadă condițiile în care Avocatul Poporului decide să acționeze în urma unei petiții pentru a soluționa problema; fiecare petiție este analizată de la caz la caz, și uneori Avocatul Poporului demarează o investigație pentru a stabili situația de fapt care a fost invocată în petiție.*)

Autoritățile publice în cauză vor lua de îndată măsurile necesare pentru înlăturarea ilegalităților constatate, repararea prejudiciilor și înlăturarea cauzelor care au generat sau au favorizat încălcarea drepturilor persoanei lezate și vor informa despre aceasta instituția Avocatul Poporului.

În cazul în care autoritatea administrației publice sau funcționarul public nu înlătură, în termen de 30 de zile de la data sesizării, ilegalitățile comise, instituția Avocatul Poporului se adresează autorităților administrației publice ierarhic superioare, care sunt datoare să îi comunice, în termen de cel mult 45 de zile, măsurile luate.

Dacă autoritatea publică sau funcționarul public aparține administrației publice locale, instituția Avocatul Poporului se adresează prefectului. De la data depunerii sesizării la prefectul județului curge un nou termen de 45 de zile.

Avocatul Poporului este îndreptățit să sesizeze Guvernul cu privire la orice act sau fapt administrativ ilegal al administrației publice centrale și al prefectilor. Neadoptarea de către Guvern, în termen de cel mult 20 de zile, a măsurilor privitoare la ilegalitatea actelor sau faptelor administrative semnalate de Avocatul Poporului se comunică Parlamentului.

Instituția Avocatul Poporului va aduce la cunoștința persoanei care i-a adresat petiția modul de soluționare. Acesta poate fi făcut public de către Avocatul Poporului prin mijloace de informare în masă. (*Nota autorului: nu este obligatoriu ca Avocatul Poporului să informeze în prealabil persoana care a formulat petiția înainte de a publica informația prin mass media; totuși, ca regulă generală, Avocatul Poporului ar trebui să respecte dreptul la protecția datelor personale ale petiționarului; Avocatul Poporului nu publică însăși petiția, ci doar soluția.*)

Conform Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ, Avocatul Poporului, în urma controlului realizat, dacă apreciază că ilegalitatea actului sau refuzul autorității administrative de a-și realiza atribuțiile legale nu poate fi înlăturat decât prin justiție, poate sesiza instanța competentă de contencios administrativ de la

domiciliul petentului. Petiționarul dobândește de drept calitatea de reclamant, urmând a fi citat în această calitate. Dacă petiționarul nu își însușește acțiunea formulată de Avocatul Poporului la primul termen de judecată, instanța de contencios administrativ anulează cererea.

D. PROTOCOLUL OPȚIONAL LA CONVENȚIA ÎMPOTRIVA TORTURII ȘI A ALTOR PEDEPSE ORI TRATAMENTE CU CRUZIME, INUMANE SAU DEGRADANTE

Prin Legea nr. 109/2009, România a ratificat Protocolul opțional, adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984. Convenția are rolul de a impune statelor părți diverse obligații pentru prevenirea torturii și a tratamentelor inumane sau degradante. Protocolul opțional stabilește un sistem de vizite sistematice efectuate de către organisme independente internaționale și naționale la locurile în care persoanele sunt private de libertate, în vederea prevenirii torturii și a pedepselor ori tratamentelor inumane sau degradante, aplicate persoanelor aflate în stare de detenție.

Astfel, mecanismul avut în vedere de Protocolul opțional poate contribui, indirect, la identificarea și, după caz, la remedierea încălcării drepturilor avute în vedere de prezentul ghid, în măsura în care încălcarea acestora se încadrează în sfera de aplicare a Protocolului. În România, organismul național însărcinat cu efectuarea vizitelor de monitorizare avute în vedere de Protocolul opțional este **Avocatul Poporului**, prin intermediul **Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție**.

În accepțiunea Protocolului opțional și a Legii nr. 35/1997, prin „loc de detenție” se înțelege orice loc în care persoanele sunt private de libertate în baza unei decizii a unei autorități, la cererea acesteia sau cu acordul expres ori tacit al acesteia. Privare de libertate înseamnă orice formă de detenție sau închisoare ori plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin decizia oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură.

Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului enumeră, cu titlu exemplificativ, următoarele tipuri de locuri de detenție:

- penitenciarele, inclusiv penitenciarele-spital;
- centrele educative, centrele de detenție;
- centrele de reținere și arestare preventivă;
- serviciile de tip rezidențial pentru minorii care au săvârșit fapte penale și nu răspund penal;
- spitalele de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, spitalele de psihiatrie;
- centrele de tranzit;
- centrele de cazare a străinilor luați în custodie publică, aflate în subordinea și administrarea Inspectoratului General pentru Imigrări;
- centrele speciale de primire și cazare a solicitanților de azil aflate în subordinea Inspectoratului General pentru Imigrări, având regimul juridic al zonei de tranzit;
- centrele în care se acordă servicii de asistență pentru consumatorii de droguri, în regim închis;
- orice alt loc care îndeplinește condițiile prevăzute la alin. (1) sau face parte din sistemul de sănătate sau sistemul de asistență socială.

Atribuțiile Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție:

Conform Legii nr. 35/1997, Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție monitorizează în mod regulat tratamentul aplicat persoanelor aflate în locuri de detenție în vederea consolidării protecției acestora împotriva torturii și a pedepselor și tratamentelor inumane sau degradante și a exercitării fără discriminare a

drepturilor și libertăților fundamentale ale acestora, prin:

- vizitarea, anunțată sau inopinată, a locurilor de detenție în scopul verificării condițiilor de detenție și a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate;
- formularea de recomandări conducerilor locurilor de detenție vizitate în urma vizitelor efectuate;
- formularea de propuneri de modificare și completare privind legislația în domeniu sau observații privind inițiativele legislative existente în domeniu;
- întocmirea proiectului părții componente referitoare la prevenirea torturii a raportului anual de activitate al Avocatului Poporului;
- formularea de propuneri și observații privind elaborarea, modificarea și completarea de strategii și politici publice în domeniul prevenirii torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante, în condițiile legii;
- menținerea legăturii cu Subcomitetul de prevenire;
- analizarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea, sub conducerea Avocatului Poporului, a programelor internaționale de asistență tehnică și financiară pentru realizarea scopului Domeniului privind prevenirea torturii în locurile de detenție;
- coordonarea organizării campaniilor de informare, de educare și instruire în scopul prevenirii torturii și a pedepselor sau tratamentelor aplicate cu cruzime, inumane sau degradante;
- îndeplinește orice alte atribuții stabilite de Avocatul Poporului, în limitele legii.

Efectuarea vizitelor:

Echipele de vizitare desfășoară vizite anunțate sau inopinate în locurile de detenție care intră sub incidența Legii nr. 35/1997. Echipa de vizitare are în componența sa cel puțin un medic, în funcție de specializarea necesară, și un reprezentant al organizațiilor neguvernamentale active în domeniul protecției drepturilor omului, selectate pe baza activității, de către Avocatul Poporului.

Vizitele sunt desfășurate din oficiu, pe baza unui plan anual de vizitare, propus de adjunctul Avocatului Poporului pentru Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și aprobat de către Avocatul Poporului ori inopinat sau pe baza **sesizării oricărei persoane** sau a luării la cunoștință pe orice cale despre existența unei situații de tortură ori tratamente aplicate cu cruzime, inumane sau degradante în cadrul unui loc de detenție.

Instituțiile vizitate sunt obligate să pună la dispoziția reprezentanților echipei de vizitare, în condițiile legii, înainte, în timpul sau după efectuarea vizitei, orice documente sau informații care se află la dispoziția lor sau pe care le pot procura, solicitate de aceștia în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale. Conducerea locurilor de detenție vizitate este obligată să acorde asistență și să se întâlnească cu membrii echipei de vizitare, în vederea realizării scopului vizitei.

Pentru îndeplinirea atribuțiilor legale, membrii echipei de vizitare pot avea întrevederi în condiții de confidențialitate cu orice persoană privată de libertate în cadrul instituției vizitate. La solicitarea membrilor echipei de vizitare, instituția vizitată este obligată să pună la dispoziție un loc adecvat pentru desfășurarea întrevederii. Întrevederile au loc doar cu acordul persoanei private de libertate sau al reprezentatului legal al acesteia și sunt confidențiale. La întrevedere nu pot participa reprezentanți ai locului de detenție decât la solicitarea expresă a membrilor echipei de vizitare și doar în scopul asigurării protecției acestora. În acest caz, reprezentanții locului de detenție vor asigura numai supraveghere vizuală, cu respectarea confidențialității întrevederii. Numele și alte date personale ale persoanei intervievate nu pot fi făcute publice decât cu acordul scris prealabil al acesteia sau al reprezentatului legal al acesteia. Membrii echipei de vizitare pot solicita întrevederi cu orice altă persoană despre care apreciază că poate furniza informații pertinente, cu acordul acesteia.

Constatările rezultate în urma vizitelor sunt cuprinse într-un raport de vizită care, în cazurile în care sunt sesizate neregularități, este însoțit de recomandări motivate în vederea îmbunătățirii tratamentului și condițiilor persoanelor private de libertate și a prevenirii torturii și pedepselor ori tratamentelor inumane sau

degradante. Raportul de vizită se întocmește de către membrii echipei de vizitare în termen de maximum 30 de zile de la data finalizării acesteia și este aprobat de Avocatul Poporului.

Instituția vizitată are obligația de a transmite în termen de 30 de zile un răspuns motivat privind propunerile și recomandările cuprinse în raportul de vizită, cu indicarea punctului de vedere față de cele constatate, a termenului motivat în care vor fi luate măsuri pentru conformarea cu conținutul acestora sau, dacă este cazul, a motivelor pentru care nu se poate conforma. Pentru motive întemeiate, termenul poate fi prelungit cu încă 30 de zile, cu aprobarea adjunctului Avocatului Poporului pentru Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție. În cazul în care instituția vizată nu se conformează, Avocatul Poporului sau, după caz, adjunctul Avocatului Poporului pentru Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție va informa asupra acestui aspect autoritatea ierarhic superioară ori autoritatea administrației publice locale sau centrale care a emis autorizația de funcționare, în cazul locurilor de detenție private, și poate acționa potrivit prevederilor prezentei legi și ale Regulamentului de organizare și funcționare al instituției Avocatului Poporului.

Raportul de vizită, precum și răspunsul motivat, atunci când acesta a fost transmis, sunt publice și se afișează pe pagina de internet a instituției vizate de către acesta, a autorității ierarhic superioare ori autorității administrației publice locale sau centrale care a emis autorizația de funcționare, precum și a Avocatului Poporului, cu excepția acelor părți care privesc date personale ori informații clasificate.

În cazurile în care se constată o încălcare a drepturilor omului prin tortură ori tratamente aplicate cu cruzime, inumane sau degradante care produc un risc iminent de afectare a vieții sau sănătății unei persoane, se elaborează un raport preliminar în regim de urgență. Termenul pentru întocmirea și adoptarea raportului preliminar este de 3 zile și poate fi prelungit pentru motive întemeiate cu încă 3 zile. Instituțiile vizate sunt obligate să se conformeze de urgență propunerilor și recomandărilor sau să formuleze un răspuns în termen de maximum 3 zile calendaristice.

Avocatul Poporului are obligația de a sesiza de îndată organele judiciare atunci când, în exercitarea atribuțiilor sale, constată existența unor indicii privind săvârșirea unor fapte prevăzute de legea penală.

8.5.2 Ministerul public

Conform **Articolului 131** din Constituția României, Ministerul Public reprezintă interesele generale ale societății și apără ordinea de drept, precum și drepturile și libertățile cetățenilor. Având în vedere rolul său constituțional de apărător al drepturilor și libertăților cetățenilor, Ministerul Public (prin intermediul procurorilor constituiți în parchete) este dator să apere inclusiv drepturile avute în vedere de prezentul ghid, conform atribuțiilor sale constituționale și legale.

Cea mai importantă manifestare a acestei calități se realizează în cadrul procesului penal (discutat pe larg în secțiunea 8.4 de mai sus), dar există și alte prevederi legale care se încadrează în rolul Ministerului Public de apărător al drepturilor cetățenilor.

Astfel, conform Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ, Ministerul Public, atunci când, în urma exercitării atribuțiilor prevăzute de legea sa organică, apreciază că încălcările drepturilor, libertăților și intereselor legitime ale persoanelor se datorează existenței unor acte administrative unilaterale individuale ale autorităților publice emise cu exces de putere, cu acordul prealabil al acestora, **sesizează instanța de contencios administrativ de la domiciliul persoanei fizice sau de la sediul persoanei juridice vătămate**. Petiționarul dobândește de drept calitatea de reclamant, urmând a fi citat în această calitate.

De asemenea, procurorul are anumite atribuții referitoare la protecția persoanelor cu capacitate de exercițiu restrânsă sau lipsite de capacitate de exercițiu. De exemplu:

- procurorul poate exercita acțiunea civilă, în cadrul procesului penal sau în afara acestuia, în numele acestor persoane;
- procurorul poate cere re-examinarea persoanelor supuse măsurii internării nevoluntare potrivit prevederilor Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice.

Drepturile omului în îngrijirea pacienților este un manual practic, cu instrucțiuni, pentru avocații care se ocupă de cazuri ce implică drepturile omului în contextul îngrijirilor medicale. Fiecare volum din serie conține informații privind drepturile și responsabilitățile atât ale pacienților cât și ale furnizorilor, precum și proceduri pentru asigurarea protejării și aplicării acestor drepturi la nivel internațional, european și național. Aceasta este prima antologie de prevederi constituționale, legislative și administrative, organizate în funcție de drepturi și responsabilități, alături de exemple practice de conformare, încălcare și aplicare a normelor. Ghidul explorează litigarea și metodele alternative de soluționare a diferendelor, cum ar fi instituția Avocatului Poporului sau comisiile de disciplină. Ghidul pentru practicieni este o referință utilă pentru avocați și alți profesioniști care lucrează într-o regiune în care cadrul juridic este deseori supus schimbărilor. Seria completă de ghiduri din fiecare țară este disponibilă la www.health-rights.org.



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS



CENTRUL PENTRU POLITICI
ȘI SERVICII DE SĂNĂTATE