



CONCEPT

ASIGURAREA ÎMPOTRIVA ERORILOR MEDICALE ȘI DESPĂGUBIREA PACIENȚILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Proiectul „Asigurarea drepturilor pacienților prin consolidarea Instituției Naționale pentru Drepturile Omului în Republica Moldova”. Proiectul este derulat cu sprijinul Programului „Cooperare pentru dezvoltare și ajutor umanitar” al Ministerului Afacerilor Externe al Republicii Lituania, prin intermediul Agenției Centrale de Management al Proiectelor din Vilnius.

Șef de proiect prof. Juozas GALDIKAS

CUPRINS

I.	Temeiul juridic pentru elaborarea conceptului	2
II.	Impactul conceptului asupra proceselor reglementate din sistemul de sănătate	3
III.	Analiza cadrului legislativ din Republica Moldova	5
IV.	Experiența europeană a modelului „fără dovada vinei”	10
V.	Experiența statelor baltice care nu aplică modelul „fără dovada vinei”	13
VI.	Impactul erorilor medicale și al evenimentelor adverse din sistemul de sănătate și acțiunile întreprinse de organisme mondiale pentru a aborda aceste probleme	19
VII.	Prevederi pentru reglementarea sistemului sănătății	20
VIII.	Lista de referințe	22
IX.	Reglementările normative necesare pentru punerea în aplicare a Conceptului de asigurare împotriva erorilor medicale și despăgubirea pacienților în Republica Moldova ..	25
ANEXA 1.	Proiect modificări legislative pentru reglementarea Despăgubirilor pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului	26
ANEXA 2.	Proiect modificări legislative pentru reglementarea Adresării în instanță	29
ANEXA 3.	Proiect modificări legislative pentru reglementarea Formării componenței Co- misiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților și a Listei de experți, elementele de bază ale activităților comisiei și ale experților	31
ANEXA 4.	Proiect modificări legislative pentru reglementarea Fondului de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacientului	34
ANEXA 5.	Proiect de act normativ privind Statutul Comisiei pentru determinarea preju- diciilor aduse sănătății pacienților	36
ANEXA 6.	Proiect de act normativ privind Regulamentul cu privire la activitatea Comisiei pentru determinarea prejudiciului adus sănătății pacienților	39
ANEXA 7.	Proiect de act normativ privind Descrierea cerințelor față de plângerea pacien- tului și a documentelor prezentate odată cu plângerea	42
ANEXA 8.	Proiect de act normativ privind Pretențiile pacientului pentru despăgubirea prejudiciilor (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății acestuia	43
ANEXA 9.	Proiect de act normativ privind Pretențiile altei personae, care are dreptul la despăgubirea prejudiciilor (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului ..	45
ANEXA 10.	Proiect de act normativ privind Descrierea procedurii de despăgubire pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului	47
ANEXA 11.	Proiect de act normativ privind Descrierea procedurii pentru prezentarea con- cluziilor experților și specialiștilor din sistemul de sănătate (SS) care nu sunt incluși în Lista experților	56
ANEXA 12.	Proiect de act normativ privind Procedura de plată a prejudiciilor din Fondul de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacienților și de restituire a mijloacelor plătite din Fond la Fond	60
X.	English summary	61

I. TEMEIUL JURIDIC PENTRU ELABORAREA CONCEPTULUI

1. Proiectul „Asigurarea drepturilor pacienților prin consolidarea Instituției Naționale pentru Drepturile Omului în Republica Moldova” 2023-K-025 (denumit în continuare „Proiectul”), finanțat de către Agenția Centrală de Management al Proiectelor (denumită în continuare „ACPM”).
2. Raportul anual al Avocatului Poporului din Republica Moldova pentru anul 2018:
 - a) în domeniul asistenței medicale - Recomandarea nr. 1 - Implementarea și monitorizarea recomandărilor internaționale privind drepturile pacienților.
 - b) în sectorul sănătății - Recomandarea nr. 8 - Pregătirea și implementarea unor sisteme de detectare a erorilor medicale și de luare a deciziilor respective.
3. Directiva 2011/13/UE a Uniunii Europene „Siguranța pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere”.

II. IMPACTUL CONCEPTULUI ASUPRA PROCESELOR REGLEMENTATE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE

4. În Republica Moldova modificările cadrului legal actual cu referire la drepturile pacienților și noile procese de compensare a prejudiciilor aduse sănătății lor stabilesc o nouă reglementare a relațiilor sociale legate de compensarea prejudiciilor pentru sănătate asociate cu asistența medicală. Obiectivul principal al acesteia este de a despăgubi cât mai rapid și obiectiv posibil pacienții care s-au ales cu prejudicii de sănătate în timpul acordării asistenței medicale, fără a se dovedi vinovăția instituției medicale sau a medicului care lucrează în cadrul acesteia.
5. Conceptul se referă la relațiile sociale legate de compensarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților, fără a utiliza asistența sistemului juridic și fără a determina vinovăția persoanei care a cauzat acest prejudiciu. Dispozițiile Codului civil și cele ale Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova care definesc răspunderea civilă a medicilor nu vor fi aplicate. Astfel, procesul de despăgubire în sine va dura mai puțin decât despăgubirea din cadrul unui litigiu juridic. În plus, va fi extins numărul pacienților care vor putea primi despăgubiri fără costuri suplimentare și fără asistență din partea avocaților.
7. Decizia privind compensarea daunelor se ia în conformitate cu standardul de conformitate cu rambursarea daunelor (denumit în continuare - Standardul). La elaborarea Standardului daunele compensabile vor încadra nu doar daunele rezultate din deficiențe ale sistemului de sănătate, din evenimente negative în furnizarea de servicii medicale (denumite în continuare „ENFSM”), din imperfecțiunile științei medicale, când în realitate nu există o vină a medicului, ci și cele produse prin neglijența sau incompetența medicului. Despăgubirea urmează a fi decisă în conformitate cu Standardul, ale cărui principii vor fi reglementate prin legi, iar descrierea detaliată a proceselor respective va fi aprobată de Guvern. Standardul, bazat pe cele mai bune practici internaționale, va include daunele evitabile (abatere de la un Protocol clinic, defecțiuni/defecțiuni ale echipamentului și neutilizarea unei posibile metode alternative de diagnostic sau tratament, adică identificate ca Protocol clinic, standard de echipament, standard alternativ de diagnostic sau tratament) și leziunile inevitabile (în special cele complexe și rare). Despăgubirea și quantumul acesteia se stabilesc fără a se ține seama de alte tipuri de asigurări sociale. O cerere de despăgubire trebuie să fie depusă de către pacient sau de către reprezentantul acestuia în termen de cel mult un an de la data la care pacientul a luat cunoștință de prejudiciul care i-a fost cauzat, dar nu mai târziu de trei ani de la evenimentul care a cauzat prejudiciul.
8. Deciziile privind despăgubirea pacienților pentru prejudiciile cauzate sănătății lor, în conformitate cu Standardul, se iau de către o comisie de experți din cadrul unei autorități publice (persoană juridică) prin relații de muncă. Componenta și regulamentul Comisiei de experți vor fi aprobate de Guvern. Un pacient care a suferit un prejudiciu care nu îndeplinește cerințele de despăgubire în conformitate cu Standardul poate fi despăgubit pe baza răspunderii civile cauzale (delictuale) stabilite în conformitate cu Codul civil. Decizia comisiei de experți poate fi atacată în instanță, iar pacientul poate depune în orice moment o cerere de despăgubire.
9. Modelul de compensare a prejudiciilor fără dovada vinovăției reprezintă un nou sistem de compensare a daunelor de sănătate aduse pacienților, care va funcționa ală-

turi de modelul de compensare a prejudiciilor cauzate pacienților stabilite în Codul civil și în alte legi existente.

10. Astfel, vor fi create condiții pentru ca medicii să nu-și ascundă greșelile, să nu acopere deficiențele sistemului de sănătate și lacunele științei medicale, să discute deschis despre posibilele riscuri cu pacienții și cu rudele lor de încredere atunci când aleg diagnosticul și metodele de tratament al unei boli, să nu trimită pacienții la proceduri de diagnostic și tratament inutile și să nu prescrie medicamente sau dispozitive medicale în exces pentru a se asigura împotriva unor posibile greșeli și riscuri de a fi trași la răspundere civilă pentru nerespectarea legii.
11. În acest fel, vor fi încurajate parteneriatele dintre medici și pacienți. Cercetările confirmă faptul că în această nouă relație pacienții așteaptă scuze din partea furnizorului care a făcut greșeala, o explicație detaliată a incidentului nefericit și asigurarea de a-l evita pe viitor.
12. Legea îi va ajuta pe pacienți să primească mai rapid și mai ușor despăgubiri pentru daunele aduse sănătății lor și va reduce numărul de plângeri cu acest subiect examinate de instituțiile și instanțele de stat. Acest sistem va favoriza un proces continuu și pe termen lung de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și adoptarea unor practici medicale mai sigure care să răspundă așteptărilor pacienților.

III. ANALIZA CADRULUI LEGISLATIV DIN REPUBLICA MOLDOVA

13. Constituția Republicii Moldova din 29 iulie 1994, în articolul 36, garantează dreptul la ocrotirea sănătății. De asemenea, Constituția garantează un nivel minim gratuit de asistență medicală și prevede că structura sistemului național de asistență medicală și mijloacele de protecție a sănătății fizice și psihice a persoanei se stabilesc în conformitate cu legea organică.
14. Principala lege organică care reglementează structura și mijloacele de protecție a sănătății fizice și psihice a persoanei este Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995. Articolul 14, alineatul (3) din această lege stabilește că lucrătorii medicali și farmaceutici răspund, în conformitate cu legislația în vigoare, pentru incompetența profesională și îndeplinirea necorespunzătoare a atribuțiilor profesionale. Articolul 19 alineatul (3) prevede că pacienții, precum și organismele de asigurări de sănătate, au dreptul la despăgubiri pentru daunele cauzate pacienților ca urmare a nerespectării de către instituțiile de sănătate a standardelor de asistență medicală, a prescrierii de medicamente contraindicate sau a utilizării de tratamente inadecvate, care au agravat starea de sănătate, au cauzat o limitare a capacităților funcționale, au pus în pericol viața pacientului sau au dus decesul acestuia. Dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medical care i-a cauzat prejudicii de sănătate este reglementat de articolul 36 din aceeași lege, care prevede că, în cazul unei stări de sănătate nesatisfăcătoare urmare a unei îngrijiri medicale inadecvate, pacientul are dreptul de a solicita, în conformitate cu procedura stabilită, o expertiză profesională și despăgubiri pentru daunele morale și materiale ce i-au fost aduse.
15. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585-XIII din 27.02.1998. este de asemenea una organică, iar art. 11, alin. 3. stabilește dreptul asiguratului de a acționa în judecată asiguratorul, prestatorul de servicii medicale și farmaceutice, inclusiv pentru despăgubirea materială a prejudiciilor cauzate din vina acestora. Articolul 12, alin. 2, stabilește dreptul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină de a acționa în judecată furnizorii de servicii medicale. Articolul 14, alineatul (2) stabilește că asiguratorul poartă răspundere materială față de asigurat pentru daunele cauzate sănătății și vieții acestuia ca urmare a asistenței medicale neconforme sau inadecvate. Dreptul de recurs al asiguratorului este prevăzut în articolul 15, prin care acesta are dreptul de a solicita persoanelor juridice sau fizice responsabile de daunele cauzate sănătății asiguraților rambursarea costurilor de asistență medicală acoperite de fondurile de asigurare obligatorie de sănătate.
16. O altă lege organică, Legea privind exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005. definește în articolul 17 obligațiile profesionale ale medicului, care includ:
 - a) să respecte cu strictețe drepturile și interesele legitime ale pacientului și să acționeze exclusiv în beneficiul sănătății pacientului;
 - a') să nu admită discriminarea pacientului în acordarea asistenței medicale;
 - b) să-și perfecționeze în permanentă cunoștințele profesionale;
 - c) să asigure tratamentul pînă la însănătoșirea pacientului sau pînă la trecerea lui în îngrijirea unui alt medic;
 - d) să evite iatrogenia;

- e) să păstreze secretul informațiilor personale de care a luat cunoștință în exercitarea profesiei, cu excepția cazurilor prevăzute de privind exercitarea profesiei de medic și de legislația privind accesul la informații;
 - f) să înceapă tratamentul numai după o examinare medicală efectuată personal, iar în cazuri excepționale, de urgență, să dea indicații de tratament prin mijloacele de telecomunicație;
 - g) să acorde primul ajutor medical de urgență, indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației;
 - h) să ceară consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală conform legislației;
 - i) să cunoască și să exercite în permanență atribuțiile de serviciu;
 - j) să consemneze refuzul pacientului pentru orice act medical;
 - k) să informeze pacientul direct sau prin intermediul reprezentanților legali ori al rudelor lui apropiate despre starea sănătății acestuia;
 - l) să respecte normele etice și deontologice.
17. Legea privind exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005. Articolul 17 prevede că în exercitarea atribuțiilor sale profesionale un medic nu poate expune pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. În plus, unui medic îi este interzis să dea curs cererii unui pacient de a curma viața (eutanasierea).
18. Legea privind exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005 în art. 15, alin. 3 stabilește că medicul are dreptul la apărare contra intervenției unor persoane și autorități ale administrației publice în exercițiul profesiei sale, excepție făcând cazurile de incompetență și culpă profesională.
19. Trebuie remarcat faptul că Legea privind activitatea medicală nr. 264 din 27.10.2005 nu prevede răspunderea pentru erori medicale.
20. Noțiunea de *eroare medicală* este inclusă de Legea privind drepturile și responsabilitatea pacientului nr. 263 din 27.10.2005, care o definește drept „... o eroare profesională comisă la îndeplinirea unui act medical sau medico-farmaceutic, din care a rezultat un prejudiciu adus pacientului și care atrage răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse, servicii medicale, sanitare și farmaceutice”. Următoarele noțiuni sunt definite în mod similar:
- a) *intervenție medicală (act medical)* - orice examinare, tratament, cercetare clinică și asistență sau altă acțiune aplicată pacientului cu scop profilactic, diagnostic, curativ (de tratament), de reabilitare sau de cercetare biomedicală și executată de un medic sau alt lucrător medical;
 - b) *pacient (beneficiar de servicii de sănătate)* – persoană fizică care necesită, solicită sau utilizează servicii de sănătate, indiferent de starea sa de sănătate, sau care participă benevol, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale;
 - c) *reprezentant legal al pacientului* – persoană care poate reprezenta, în condițiile legii, fără procură, interesele unui pacient minor sau ale unui pacient în privința căruia a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară;
 - d) *rudă apropiată* - persoana care se află în relații de rudenie cu pacientul (părinți, copii, frați dreپți și surori dreپte, bunici), inclusiv soțul (soția), și care în ultimii cęțiva ani s-a aflat cel mai mult în contact cu acesta sau a fost desemnată de pacient, cęnd

- acesta avea capacitatea de exercițiu, pentru a-i reprezenta interesele în relațiile stabilite de prezenta lege;
- e) *servicii de sănătate* - complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice;
 - f) *prestatori de servicii de sănătate* - instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica anumite genuri de activitate medicală și farmaceutică.
21. Asigurarea drepturilor pacientului de a contesta acțiunile prestatorilor de servicii medicale este stipulată în articolul 15 din Legea privind drepturile și responsabilitatea pacientului nr. 263 din 27.10.2005 și prevede că:
- a) Pacientul sau reprezentantul său poate ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate ce au condus la lezarea drepturilor individuale ale pacientului, precum și acțiunile și deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere ce au condus la lezarea drepturilor lui sociale stabilite de legislație.
 - b) Pacientul are dreptul la o examinare și rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă.
 - c) Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația.
22. Apărarea extrajudiciară a drepturilor pacientului este prevăzută în articolul 16. din Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2005 și este pusă în aplicare de la caz la caz de către:
- a) Ministerul Sănătății;
 - b) direcțiile teritoriale de sănătate;
 - c) instituțiile medico-sanitare și farmaceutice;
 - d) organizațiile de asigurări de sănătate;
 - e) organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile pacienților, asociațiile obștești pentru protecția beneficiarilor de servicii de sănătate;
 - f) alte structuri, create și acreditate în conformitate cu legislația.
23. Articolul 16. din Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2005 stipulează că fiecare instituție medicală este obligată să afișeze într-un loc accesibil publicului informații privind drepturile pacienților, procedura și termenele de depunere a petițiilor și sugestiilor. Petițiile sau plângerile pacienților adresate organelor menționate mai sus sunt examinate în baza Codului administrativ al Republicii Moldova nr. 116 din 19.07.2018 și altor acte legislative. Pacientul, reprezentantul său legal sau o rudă apropiată și furnizorul de servicii medicale căruia i-a fost adresată plângerea, sunt informați cu privire la rezultatele examinării și la decizia luată. În cazul în care pacientul, reprezentantul său legal sau ruda apropiată nu este de acord cu rezultatul examinării și cu decizia emisă, aceștia se pot adresa unei comisii independente de expertiză medicală profesională, care este înființată și funcționează în conformitate cu regulamentul aprobat de Ministerul Sănătății.
24. Apărarea drepturilor pacientului în instanță este de asemenea prevăzută în articolul 17 din Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului și stipulează cum că orice persoană care consideră că în temeiul acestei legi

drepturile sale legitime au fost încălcate poate solicita asistența autorității judiciare competente. Apelul în instanță se face în conformitate cu legea.

25. Răspunderea pentru încălcarea drepturilor pacientului este stabilită în articolul 18 al Legii privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2005, prin care se stabilește cum că autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de la toate nivelurile sunt responsabile pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului de a primi asistență medicală, iar prestatorii de servicii medicale sunt responsabili pentru încălcarea drepturilor individuale prevăzute de această Lege. Persoanele vinovate de încălcarea drepturilor pacientului specificate în legea menționată mai sus sunt pasibile de răspundere legislativă. De consemnat faptul că, în conformitate cu această lege, termenul „drepturile pacientului” include drepturile sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale, precum și drepturile individuale ce țin de respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate sau în legătură cu participarea lui benevolă, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale.
26. La rândul său, răspunderea este: i) civilă; ii) disciplinară și iii) penală. Pentru ca răspunderea să se impună, urmează a fi îndeplinite condițiile răspunderii civile: a) Constatarea faptă în sine; b) Stabilirea vinovăției; c) Stabilirea legăturii de cauzalitate între faptă și consecințele prejudiciabile; d) Raport de muncă (contract) medic/instituție medicală.
27. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107 din 06.06.2002, la art. 19, stabilește că persoana al cărei drept sau interes legitim este încălcat poate cere, în conformitate cu legea, repararea integrală a prejudiciului patrimonial sau nepatrimonial care i-a fost cauzat în acest sens. Sănătatea se încadrează în categoria prejudiciilor nepatrimoniale (daune morale), la care se referă suferințele fizice și morale, precum și deteriorarea calității vieții. În cazul daunelor aduse sănătății, prejudiciul moral include, de asemenea, pierderea sau reducerea capacităților organismului uman (daune biologice). Pierderea unei oportunități este compensată numai dacă este vorba de dispariția actuală și definitivă a oportunității considerate favorabile. Valoarea acestui prejudiciu corespunde oportunității pierdute și nu poate fi egală cu beneficiul pe care îl putea oferi oportunitatea nerealizată. Despăgubirea implică readucerea persoanei prejudiciate la poziția în care s-ar fi aflat dacă nu ar fi fost prejudiciată. Toate dispozițiile aplicabile contractelor prin care o parte (prestatorul de servicii medicale) se obligă să presteze servicii medicale celeilalte părți (pacientul) sunt stipulate în secțiunea 6-a, Capitolul XI, a Codului civil al Republicii Moldova nr. 1107 din 06.06.2002.
28. Răspunderea penală pentru infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei legate de prestarea serviciilor medicale este prevăzută de Codul penal al Republicii Moldova nr. 985-XV din 18.04.2002 în următoarele articole:
- a) Articolul 148. Lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia);
 - b) Articolul 159. Provocarea ilegală a avortului;
 - c) Articolul 160. Efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale.
 - d) Articolul 161. Efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul pacientei;
 - e) Articolul 162. Neacordarea de ajutor unui bolnav;
 - f) Articolul 163. Lăsarea în primejdie;

- g) Articolul 166¹. Tortura, tratamentul inuman sau degradant;
 - i) Articolul 169. Internarea ilegală într-o instituție psihiatrică;
 - j) Articolul 212. Contaminarea cu virusul HIV.
29. Răspundere penală este prevăzută în art. 213 al Codului penal al Republicii Moldova nr. 985-XV din 18.04.2002. și pentru încălcarea din neglijență a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale de către un medic sau un alt lucrător medical, acțiuni din care au rezultat:
- a) vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;
 - b) decesul pacientului.
30. Infrațiunea din neglijență se pedepsește cu închisoare de pînă la 3 ani cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani.

IV. EXPERIENȚA EUROPEANĂ A MODELULUI „FĂRĂ DOVADA VINEI”

31. Autoritatea daneză pentru siguranța pacienților este singura instituție din țară autorizată să acorde asistență pacienților care doresc să depună o plângere pentru servicii de asistență medicală de calitate inferioară primite în orice unitate de asistență medicală (publică sau privată) din țară.

Furnizorii de servicii de sănătate, indiferent de subordonarea și de contextul financiar (public sau privat), nu sunt obligați să își asigure activitățile. Ei pot face acest lucru în mod voluntar, în special cei care lucrează în mediul privat. Asociația daneză de compensare a pacienților primește și analizează plângerile pacienților, ia decizii și stabilește cuantumul despăgubirilor. Pentru examinarea plângerii se apelează la experți medicali cu experiență. În cazul în care plângerea este respinsă ca fiind nefondată sau neconformă cu așteptările pacientului, decizia poate fi atacată în termen de trei luni la Comisia de apel pentru daunele suferite de pacienți. Întregul proces durează, în medie, aproximativ 7 luni.

În cazul în care plângerea unui pacient este respinsă ca fiind nefondată de către Comisia de apel privind prejudiciile suferite de acesta sau dacă decizia respectivă nu corespunde așteptărilor pacientului, se poate face apel la Curtea Districtuală, a cărei decizie este definitivă și nu poate fi supusă niciunei căi de atac.

Pacientul poate solicita despăgubiri în termen de cinci ani de la data la care a luat cunoștință de prejudiciu, dar nu mai târziu de 10 ani de la data la care s-a produs prejudiciul.

Pentru a primi despăgubiri, este necesar să se dovedească legătura dintre serviciul medical și prejudiciul cauzat pacientului, demonstrare ce trebuie să fie făcută de către pacient sau de o persoană autorizată de acesta.

Fiecare unitate spitalicească are un consilier (avocat) care ajută pacientul să redacteze o cerere de reclamație.

Despăgubirile se plătesc dacă acestea sunt de peste 10 000 DKK (aproximativ 130 EUR) în cazul tratamentului medical și de peste 1 000 DKK (aproximativ 13 EUR) în cazul tratamentului stomatologic.

La stabilirea despăgubirii, pacientului i se rambursează atât daunele materiale, cât și cele morale.

În anul 2003 Asociația de Asigurare a Pacienților a primit 3.789 de cereri, dintre care 3.704 au fost acceptate ca fiind depuse în mod corespunzător, iar dintre acestea din urmă, 42,6% au fost soluționate prin plata de compensații pentru prejudiciile cauzate pacienților de serviciile medicale. Per total, în 2003 Asociația de Asigurare a Pacienților a plătit 272,9 milioane de dolari în compensații pentru pacienți, ceea ce reprezintă 3 la sută din totalul cheltuielilor anuale ale spitalelor din țară.

Numărul de plângeri ale pacienților a crescut între 2009 și 2014: de la 6,2 (în 2009) la 8,9 cazuri (în 2014) la 100.000 de vizite la unitățile sanitare. În ultima vreme, numărul anual de plângeri a fost unul stabil - de cca 5.000 (populația daneză de 5,7 milioane de locuitori), dintre care aproximativ 40% sunt satisfăcute prin compensare.

32. Începând cu 1997, Suedia a introdus o asigurare obligatorie a pacienților, în cadrul căreia pacienții primesc despăgubiri obligatorii pentru daunele fizice sau psihologice.

Furnizorii de servicii medicale trebuie să încheie o asigurare. Medicii de familie plătesc o taxă fixă de asigurare. Medicii și dentiștii privați plătesc și ei o taxă fixă de asigurare. Alți furnizori de servicii medicale se pot asigura în mod voluntar de riscurile legate de practica lor. În Suedia există două mari companii de asigurări în acest scop.

Întregul sistem este finanțat prin intermediul Consiliilor Regionale și este gestionat de Asigurarea de Compensare a Pacienților. Impozitele sunt colectate la nivel central prin retragerea unei părți din impozitul pe venit, care este transferată automat către Compania de Asigurare pentru Compensarea Pacienților în funcție de populația regiunii.

În 1997 plățile compensatorii au fost în medie de 2,38 dolari pe an pentru fiecare rezident suedez, reprezentând 0,16% din totalul cheltuielilor anuale de sănătate ale țării.

În ultimul deceniu, numărul de plângeri în Suedia a fost unul constant, de cca 10 000 pe an (Suedia are 9 milioane de locuitori), din care, în medie, 45% sunt satisfăcute prin compensații. Despăgubirea forfetară medie este de 20.000 SEK (aproximativ 1760 EUR). Pacientul este despăgubit pentru daune materiale și morale: compensații pentru pierderea de venit, costuri suplimentare de tratament, durere și suferință, incapacitate temporară de muncă/dizabilitate.

99,9% din procesele intentate de pacienți în țară sunt soluționate pe cale amiabilă.

Pacientul poate solicita despăgubiri în termen de trei ani de la data la care a luat cunoștință de posibilele prejudicii, dar nu mai târziu de 10 ani de la producerea acestor posibile prejudicii.

Plângerile în vederea obținerii de despăgubiri sunt redactate de către pacient sau de o persoană împuternicită de acesta, cu sau fără asistența medicului care l-a tratat sau a unui avocat desemnat de instituția de asistență medicală. O plângere în scris primită este examinată de către Societatea de Asigurări Mutuale a Consiliului Regional. Specialiști medicali cu experiență sunt angajați pentru a examina reclamația. În cazul în care reclamația este respinsă ca fiind nefondată, pacientul are dreptul de a face apel la Comisia pentru reclamații ale pacienților. În cazul a 70% dintre reclamații întregul proces durează în medie 8 luni.

În cazul în care Comitetul de arbitraj pentru reclamații respinge plângerea pacientului ca fiind nefondată, acesta are dreptul de a face apel la Curtea de Apel din Suedia, a cărei decizie este definitivă și nu poate fi supusă niciunei căi de atac.

Cuantumul despăgubirilor este similar cu cel din cazurile prevăzute de legea privind răspunderea civilă delictuală, cu excepția cuantumului plății lunare, care este de 250 de euro, și a cuantumului maxim al plății, care nu poate depăși 1 milion de euro. Cuantumul despăgubirii este stabilit de legile generale care reglementează sectorul asiguraților.

În cazul unei dizabilități produse prin vătămarea sănătății pacientului în timp ce primea servicii medicale, acesta va fi despăgubit în conformitate cu tabelele orientative pregătite.

Principiile de bază ale sistemului stabilit, instituțiile responsabile și de reglementare nu s-au modificat din 1997 până în 2020. Singurul lucru care s-a schimbat este numărul de plângeri ale pacienților, care a crescut în mod evident cu fiecare an, precum și valoarea și frecvența plăților compensatorii. Cu toate acestea, nu a fost afectat sistemul de impozitare și finanțarea sistemului de sănătate, în schimb evoluțiile au avut un impact pozitiv asupra satisfacției medicilor și pacienților cu privire la sistemul de

sănătate, a crescut încrederea în acesta și s-au îmbunătățit relațiile dintre medici și pacienți.

33. Începând cu 01.01.2020, în sistemul lituanian de sănătate a fost introdus un model de despăgubire „fără dovada vinei”. Esența acestui model este următoarea: în primul rând, statul înființează un fond financiar pentru plata despăgubirilor speciale (denumit în continuare Fondul LT), la care toate instituțiile medicale plătesc o contribuție anuală cu un procent stabilit. În al doilea rând, în cadrul Ministerului Sănătății se înființează o comisie specială (denumită în continuare „Comisia LT”), responsabilă de acordarea acestor compensații. Comisia pentru LT este prezidată de un reprezentant al Ministerului Sănătății, dar toți ceilalți membri ai Comisiei pentru LT sunt reprezentanți ai medicilor și ai asociațiilor de pacienți. Pentru a-și asigura activitatea, Comisia LT invită medici specialiști să evalueze cererile pacienților (evaluarea expertă a documentelor medicale). În al treilea rând, pacientul se poate adresa oricând instanței pentru a obține despăgubiri. Până la 01.01.2024, instanțele au recunoscut toate deciziile Comisiei LT ca fiind corecte, deoarece, în mai multe cazuri, pacienții au făcut recurs în instanță după deciziile Comisiei LT.

Rezultatele activității Comisiei LT în perioada 01.01.2020. - 01.01.2022. au fost următoarele: în conformitate cu actele juridice în vigoare la 01.01.2020, Comisia LT a adoptat 14 decizii privind plata despăgubirilor către pacienți pentru daune materiale – în sumă de 83.440 EUR și de 139.700 EUR – pentru daune morale. Situația financiară a Fondului-LT la 01.01.2022 era de peste 7,6 milioane EUR în cont.

Sumele totale de contribuții anuale ale instituțiilor medicale la Fondul LT se prezintă precum urmează: 5 cele mai mari instituții medicale din țară contribuie cu aproximativ 1,1 milioane de euro, 7 instituții medicale regionale contribuie cu aproximativ 0,5 milioane de euro, 62 de instituții medicale raionale contribuie cu 1,2 milioane de euro, 331 de alte instituții medicale contribuie cu aproximativ 1 milion de euro, iar toate celelalte 3149 de instituții medicale contribuie cu aproximativ 0,5 milioane de euro.

V. EXPERIENȚA STATELOR BALTICE CARE NU APLICĂ MODELUL „FĂRĂ DOVADA VINEI”

34. Dreptul la sănătate al populației estoniene este stipulat în articolul 25 din Constituția Estoniei, ale cărei dispoziții sunt corelate cu articolele 25 și 28 din Declarația Universală a Drepturilor Omului a ONU, cu articolul 12 din Convenția internațională a ONU privind drepturile economice, sociale și culturale și cu articolele 11 și 13 din Carta socială europeană.

În Estonia drepturile și obligațiile unui rezident în materie medicală au devenit legale abia în 2002, când a intrat în vigoare o lege în acest sens. Articolele de suport ale actului juridic în această privință sunt articolele 130 și 1043-1067. Din 1996 până în 2020, în societate și în Parlament s-au purtat discuții despre proiectele de lege privind drepturile pacienților, însă, din diverse motive, adoptarea legii a fost amânată în mod repetat.

În anul 2018 a fost pregătit un pachet de legi care prevedea introducerea în Estonia a unui model de „daune fără vină”, bazat pe experiența țărilor scandinave. Din păcate, acest lucru nu a fost posibil.

În prezent, în Estonia există un cadru juridic general, conform căruia un pacient are dreptul de a se plânge de calitatea slabă a serviciilor medicale sau de a invoca daunele rezultate pentru sănătatea sa și, respectiv, de a primi despăgubiri pentru acestea. Medicii și instituțiile medicale încearcă să își asigure activitățile, dar nu există niște criterii clare pentru evaluarea calității serviciilor medicale, a domeniului de aplicare și a cuantumului daunelor.

Pentru a obține despăgubiri pentru prejudiciul suferit în timpul acordării unui serviciu medical, pacientul se poate adresa unității medicale care a furnizat serviciul sau direct instanței - fie singur, fie prin intermediul unui avocat angajat.

Comisia de experți pentru calitatea asistenței medicale (denumită în continuare „Comisia”) a fost înființată în cadrul Ministerului estonian al Afacerilor Sociale (nu există un minister al sănătății separat) pentru a examina plângerile pacienților. Competența Comisiei include examinarea încălcărilor grave ale calității serviciilor de asistență medicală, dar concluziile sale nu sunt obligatorii din punct de vedere juridic. În cazul în care Comisia constată încălcări grave și prejudicii aduse sănătății pacientului, acesta din urmă are dreptul să se adreseze în instanță pentru a obține despăgubiri. În plus, Consiliul de sănătate poate lua în calcul restricționarea sau suspendarea activității unui medic.

Sindicatul medicilor din Estonia și-a asigurat membrii săi împotriva răspunderii profesionale în cadrul companiei de asigurări private If P&C Insurance. Aproximativ jumătate dintre medicii din țară sunt membri ai asociației.

Pentru a obține despăgubiri pentru prejudiciile aduse sănătății sale, pacientul se poate adresa instituțiilor competente în termen de 10 ani de la data producerii prejudiciului. Pentru a obține despăgubiri, este necesar să se dovedească dependența directă a prejudiciului cauzat de asistența medicală neconformă.

Conform practicii judiciare din Estonia, un proces în trei etape durează în medie 15 luni, iar costul avocaților este de 9.000 de euro. În schimb valoarea despăgubirilor pentru neglijență medicală variază între 640 și 12.800 de euro și între 6.500 și 30.000 de euro, dacă pacientul a decedat.

În perioada 2004-2012 Comisia de experți privind calitatea asistenței medicale a primit 828 de plângeri, iar în perioada 2013-2017, 700 de asemenea demersuri. În 2019, conform datelor, nevoile nesatisfăcute ale pacienților din Estonia au fost cele mai mari (15,5%) în comparație cu alte țări din UE (media 2,2%).

Legile, statutele și regulamentele care veghează drepturile pacienților din Estonia recunosc dreptul pacientului de a se plânge de calitatea serviciilor medicale și de a solicita despăgubiri pentru daunele cauzate sănătății în timpul furnizării serviciilor medicale sau ca urmare a tergiversării serviciilor medicale. Din păcate, lipsa reglementărilor și a recomandărilor nu permite un tratament obiectiv, transparent și echitabil al faptelor legate de calitatea serviciilor medicale, de erorile medicilor în stabilirea prejudiciului și a valorii acestuia, de quantumul despăgubirilor și de metoda de calcul. Prin urmare, instanțele sunt lăsate să decidă această dilemă la discreția lor.

35. Dreptul la sănătate al rezidenților este stipulat în articolul 111 din Constituția letonă, iar dispozițiile acestuia sunt conforme cu articolele 25 și 28 din Declarația Universală a Drepturilor Omului a ONU, cu articolul 12 din Convenția internațională a ONU privind drepturile economice, sociale și culturale, cu articolele 11 și 13 din Carta socială europeană.

În Letonia un pacient se poate adresa instanței de judecată în persoană sau prin intermediul unui avocat angajat pentru a primi despăgubiri pentru daunele aduse sănătății sale în timpul îngrijirilor medicale. Toate cheltuielile legate de acest proces sunt plătite de pacient. Pacientul se poate adresa instituțiilor relevante în termen de 10 ani de la data vătămării pentru a primi despăgubiri pentru prejudiciul cauzat sănătății sale.

Până în anul 2000 orice rezident leton putea să se adreseze unei instituții de stat - Inspectoratul de control al calității (abrevierea - MADEKKI în letonă) - pentru daune aduse sănătății și să ceară despăgubiri, iar acestea din urmă, dacă plângerea era justificată, trebuiau să fie plătite de către medic (până la 150 lats - aproximativ 220 de euro). În anul 2000 Inspectoratul pentru controlul calității a primit 256 de plângeri, dintre care 25 au fost legate de tratamente ce au dus la decesul pacienților. Pacienții puteau face apel direct la tribunal, dar procesul era lung și costisitor. Astfel, în anul 2000, instanța a acordat rudelor pacientului 45 983 lats (aproximativ 67 595 euro) drept despăgubire pentru decesul pacientului.

Tot în anul 2000 principiile de acordare a despăgubirii pentru prejudiciile cauzate sănătății pacientului au fost modificate. Astfel s-a stabilit prin articolul 2347 din Codul civil al Republicii Letonia că cheltuielile pentru medicamente, pierderea sau reducerea veniturilor, prejudiciile morale puteau fi compensate prin hotărâre judecătorească. Din păcate, domeniul de aplicare și perioada de despăgubire, precum și recomandările (limitele inferioare și superioare ale despăgubirii) nu au fost definite.

O nouă lege privind drepturile pacienților a fost adoptată în Letonia la 01.03.2010. Dispozițiile acesteia au limitat posibilitățile pacienților de a se adresa în primă instanță și către instanța de casare în legătură cu furnizarea de servicii medicale care nu corespund standardelor într-o instituție medicală publică sau privată.

Pentru a pune în aplicare Directiva 2011/24/UE, la 25.10.2013 în Letonia a fost înființat Fondul de risc medical, care este finanțat din bugetul național al țării și gestionat de directorii celor mai mari spitale din țară.

Competența Inspectoratului Sanitar include:

- a) să organizeze o examinare medicală a cazului și să adopte o normă juridică.
- b) determinarea procentului de despăgubire pentru a acoper prejudiciul material și moral suferit de pacient.
- c) pregătirea unui raport pentru pacient și pentru Serviciul Național de Sănătate.

Serviciul Național de Sănătate, care administrează resursele financiare ale Fondului de risc medical, este competent să decidă acordarea de despăgubiri pentru daunele aduse sănătății unui pacient pe baza avizului prezentat de Inspectoratul Sanitar. Decizia Serviciului Național de Sănătate poate fi atacată la Tribunalul Administrativ, însă avizul Inspectoratului Sanitar nu poate fi atacat la nicio instanță.

În cele 18 luni de la înființarea Fondului de risc medical, Inspectoratul Sanitar a primit 108 plângeri din partea pacienților care solicitau plata unor despăgubiri. 8 dintre cazurile finalizate au fost despăgubite, iar 24 au fost respinse.

Articolul 16, alineatul (2) din Legea privind drepturile pacienților prevede o despăgubire maximă pentru daunele aduse sănătății sau vieții pacientului de 142 290 de euro și de 28 460 de euro - pentru tratamentul de susținere a pacientului. Despăgubirea medie acordată unui pacient pe o perioadă de cinci ani a fost de 22.000 de euro.

Există încă multe deficiențe în activitățile ce revin Fondului de risc medical și acestea trebuie redresate. În primul rând: Fondul de risc medical nu acordă despăgubiri pentru daunele suferite de un pacient din cauza dispozitivelor medicale sau a medicamentelor. Prin urmare, un pacient care a suferit daune din cauza acestora și dorește să primească despăgubiri trebuie să se adreseze el însuși instanței. În al doilea rând, atunci când se adresează Inspectoratului Sanitar pentru despăgubiri, pacientul trebuie să completeze un formular special prin care trebuie să dovedească locul și cauza prejudiciului. Dacă acest lucru nu este făcut în mod corespunzător, pacientului i se acordă încă o lună pentru a completa plângerea inițiată. Experiența arată că, de obicei, pacienții nu sunt în măsură să își fundamenteze în mod corespunzător cererea de despăgubire fără ajutorul unui medic sau al unui avocat.

Pe parcursul întregii perioade studiate drepturile pacienților din Letonia au fost protejate și obligativ monitorizate de către Ombudsmanul din Letonia și de biroul condus de acesta. Actuala instituție a Ombudsmanului leton examinează procesele sistemice de asistență medicală și face recomandări pentru îmbunătățirea acestora. Pacienții pot depune și depun plângeri cu privire la diverse deficiențe ale sistemului de asistență medicală, posibile încălcări ale drepturilor acestora, pentru a obține despăgubiri pentru daunele aduse sănătății lor, dar Ombudsmanul din Letonia doar înregistrează aceste încălcări, el nu se adresează instanțelor de judecată și nu despăgubește pacienții pentru daune. În 2014 și 2022, Ombudsmanul din Letonia a fost contactat de 23 și, respectiv, 123 de ori în legătură cu încălcări ale drepturilor pacienților.

Între 2010 și 2012, în Letonia a fost pus în aplicare un proiect pilot pentru a asigura drepturile pacienților, ajutându-i pe aceștia să pregătească cereri în instanță pentru a obține despăgubiri pentru daunele aduse sănătății lor. Primii pași ai acestui «Ombudsman al pacienților» au fost dificili, dar până la sfârșitul proiectului toată lumea din țară s-a convins de eficiența și necesitatea acestuia. Din nefericire, autoritățile letone nu au aprobat continuarea implementării proiectului, iar inițiativa în curs de afirmare s-a blocat.

36. Legea privind drepturile pacienților și despăgubirea pentru daunele aduse sănătății a intrat în vigoare în Lituania în 1997, dar, din păcate, aceasta nu a fost practic aplicată până în 2005. Motivul rezidă din conceptul ideologic al legii: în primul rând, aceasta stipulează că lucrătorii medicali nu pot face greșeli în activitatea lor, iar dacă le admit, trebuie să fie pedepsiți pentru aceasta. În 1997 și încă câțiva ani ce au urmat acest lucru a fost imposibil de realizat, deoarece sistemul medical se confrunta în permanență cu lipsa echipamentelor medicale, a medicamentelor și a resurselor financiare. În al doilea rând, în conformitate cu această nouă lege, instituțiile medicale erau obligate să își asigure riscurile, iar companiile de asigurări private, având în vedere starea instituțiilor medicale, au stabilit prețuri ridicate pentru primele de asigurare. În al treilea rând, în 1997 a fost inițiată o reformă esențială a sistemului de sănătate prin introducerea noului sistem de asigurare obligatorie de sănătate. Din acel moment, poziția juridică și financiară a instituțiilor medicale s-a schimbat complet, policlinicile fiind separate de spitalele din raioane. S-au reconfigurat de fapt perspectivele și domeniul de activitate a zeci de instituții (au fost înființate 70 de spitale de asistență medicală și de sprijin). Principiile de funcționare a spitalelor s-au regândit, deoarece finanțarea acum se corela nu cu numărul de paturi și de medicii angajați, ci cu numărul de pacienți care veneau pentru tratament și cu spectrul serviciilor medicale furnizate (funcție de nosologii). Această reformă a continuat pe tot parcursul anului 1997 și abia la începutul anului 1998 a devenit clar care instituție medicală și ce servicii medicale va furniza aceasta rezidenților, acest lucru fiind stabilit prin contractele încheiate cu Fondul de Asigurări de Sănătate. Pentru a economisi resursele financiare ale instituției lor, șefii instituțiilor medicale nu au respectat prevederile legii, iar toată responsabilitatea pentru eventualele prejudicii aduse pacienților a fost lăsată pe umerii medicilor. De fapt s-a creat o atmosferă de autoconsolare, minciună și evitare a responsabilității. Medicii au fost puși în situația să-și ascundă greșelile și deficiențele ce țin de știința și practica medicală, în timp ce administrația instituțiilor medicale ascundea carența de medicamente, echipamentele medicale defecte sau lipsă. Între timp, pacienții au rămas în poziția de parte slabă, fiind acum incapabili să dovedească nu doar faptul că au fost prejudiciați, ceea ce necesita o bază legală esențială pentru despăgubiri, ci și să se confrunte cu cazuri de dispariție a documentelor medicale și de falsificare a acestora. În toată această perioadă petițiile pacienților au fost primite și tratate la nivel național de către o agenție guvernamentală - Inspectoratul de Audit Medical. Aceasta, însă, nu a constatat niciun caz de prejudiciu pentru sănătate, astfel că pacientul era nevoit să se adreseze instanței pentru despăgubiri. În Lituania procesele privind aceste litigii durau în medie trei ani. În 2004 Campania UAB RAIT a efectuat un sondaj reprezentativ în rândul populației și a constatat, că 25% dintre pacienți ar fi putut invoca prejudicii de sănătate suportate în instituțiile medicale, dar numai 7,3% dintre aceștia s-au adresat instituțiilor responsabile pentru despăgubiri. Între 2002 și 2005 Inspectoratul de Audit Medical a recepționat în medie nu mai mult de 100 de plângeri pe an. În Lituania, conform Legii privind drepturile pacienților și compensarea daunelor aduse sănătății, un pacient ar trebui să se adreseze mai întâi administrației instituției medicale denunțând serviciul medical de calitate inferioară ce i s-a acordat și apoi să ceară posibila compensare pentru prejudiciul ce i-a fost cauzat. Nu se cunoaște numărul unor astfel de demersuri făcute în Lituania în perioada 1997-2004, și cu atât mai mult nu se cunoaște valoarea despăgubirilor și frecvența plăților efectiv achitate pacienților de către instituțiile medicale. La întâlnirile din cadrul Ministerului Sănătății,

președintele Asociației Managerilor Medicali de la acea vreme a răspuns fără echivoc la această întrebare: «Nu veți ști niciodată».

De menționat faptul că în perioada 1996-2004 pe piața lituaniană a existat un monopol asupra asigurărilor de risc medical, astfel încât primele de asigurare adesea nu se conformau cu capacitățile financiare ale instituțiilor medicale. Până la 24.07.2004, în Lituania era în vigoare, din punct de vedere legal, suma maximă de despăgubire pentru daunele cauzate sănătății pacientului egală cu 500 de salarii minime lunare. Este firesc că au fost cerute sumele maxime, mai mult - în 2003 un cetățean a cerut despăgubiri de 1,43 milioane de litas (410.000 de euro) de la un spital din orașul Kaunas pentru durere, suferință psihică și daune morale. O altă persoană a cerut 392.000 de litas (112.000 de euro) ca despăgubiri pentru daune materiale și 5,7 milioane de litas (1,6 milioane de euro) ca despăgubiri pentru daune morale de la închisoarea Alytus. În anul 2006, șefii instituțiilor medicale lituaniene și-au exprimat neîncrederea față de eficiența funcțională a sistemului de asigurare obligatorie de risc pentru instituțiile medicale.

Începând cu 01.01.2005, în Lituania a intrat în vigoare o nouă versiune a Legii privind drepturile pacienților și despăgubirile pentru daunele aduse sănătății, care obligă instituțiile medicale să își asigure riscurile legate de activitățile lor la o companie de asigurări privată, prevăzând o sumă de cel puțin 50.000 de litas (14.285 EUR) pentru fiecare eveniment asigurat. Legea a definit în mod clar conceptele de daune materiale și morale și de despăgubire a acestora, precum și răspunderea instituției medicale și a personalului medical. Pentru a asigura finanțarea acestui sistem, 16 milioane de litas (4,57 milioane de euro) au fost alocate de la bugetul național Fondului de asigurare obligatorie de sănătate. În plus, în 2005 a fost înființată o Comisie LT în cadrul Ministerului Sănătății, care a început să examineze plângerile pacienților cu privire la despăgubirea pentru daunele cauzate sănătății lor pe baza și în măsura unei instituții precontencioase. În cursul anului 2005 au fost recepționate 49 de plângeri, în 2007 - 47, în 2009 - 70, în 2010 - 87, iar în 2011 - 95 de asemenea demersuri. Între 2005 și 2010 instanțele au judecat 159 de cauze civile privind posibile încălcări ale drepturilor pacienților sau servicii medicale de calitate inferioară, solicitând după caz despăgubiri pentru daune. Decizii pozitive în favoarea pacienților au fost luate în ceva mai puțin de 50% de cazuri.

Se aștepta ca noul model să garanteze o mai bună realizare a drepturilor pacienților, transparența activităților medicilor și a întregului sistem de sănătate, precum și îmbunătățirea condițiilor pentru creșterea calității serviciilor medicale. Din păcate, chiar și după doi ani, situația din sistemul de sănătate nu s-a schimbat prea mult în această privință. În 2006, o inspecție a punerii în aplicare a Legii privind drepturile pacienților și despăgubirile în domeniul sănătății în țară a arătat că doar 167 (26%) din 638 de unități medicale au pus-o în aplicare pe deplin și doar 141 (7%) din 1.878 de unități stomatologice.

Raportul procentual al numărului de plângeri ale pacienților către comisia LT în intervalul 2016 - 2021 care s-au confirmat sau nu a fost de 21/79 în 2016, în 2017 - de 12/89, în 2018 - de 14/86, în 2019 - de 29/71, în 2020 - 18/82 și în 2021 - de 17/83.

Încă în 2008 Uniunea medicilor lituanieni a inițiat și prezentat Parlamentului Republicii Lituania un proiect de lege privind introducerea unui modul legal de plată a compensațiilor pentru pacienții din sistemul de sănătate, fără a stabili dacă furnizorul de servicii medicale este vinovat. Din păcate, nu a existat niciun răspuns pozitiv la

această inițiativă. La acel moment, în 2012, Uniunea Medicilor din Lituania înregistrase deja prevederile conceptului de asigurare fără dovada vinei la Ministerul Sănătății. Ministerul Sănătății a format prompt un grup de lucru, iar până la 01.06.2012 pregătirile sub acest aspect au fost finalizate. Din păcate, însă, nu s-a ajuns la un consens în Parlamentul Republicii Lituania nici până la 2018.

Grupurile de lobby până în ani 2020 au funcționat eficient, pentru că exista o bază materială substanțială pentru aceasta: în 2017, companiile de asigurări private din Lituania au încheiat aproape 2.500 de contracte cu instituțiile medicale, dar au existat doar 35 de cazuri în care pacienții au fost despăgubiți pentru daune, iar suma totală a despăgubirilor a fost de 130.000 de euro. Și asta în condiția când valoarea primelor anuale plătite către companiile de asigurări este de 1,3 milioane de euro.

VI. IMPACTUL ERORILOR MEDICALE ȘI AL EVENIMENTELOR ADVERSE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ȘI ACȚIUNILE ÎN-TRERINSE DE ORGANISMELE MONDIALE PENTRU A ABORDA ACESTE PROBLEME

37. Dezvoltarea asigurărilor de răspundere civilă profesională pentru angajații din domeniul medical rezultă din necesitatea de a garanta un nivel adecvat de protecție juridică și socială pentru cetățeni în caz de afectare a sănătății acestora, precum și de a asigura protecția medicilor și a serviciilor medicale în activitățile lor zilnice. Semnificația acestor procese a devenit evidentă pentru toată lumea atunci când, în anul 2000, în Statele Unite au fost publicate datele unui studiu științific - „To err is human: Creating a safer health care” (A greși este uman: crearea unei asistențe medicale mai sigure). Această carte prezintă noi fapte bazate pe dovezi ale activității medicale din SUA:
- Erorile și evenimentele adverse în medicină și consecințele negative ale acestora pentru pacienți s-au impus ca un fenomen de mare amploare, fiind, de altfel, și cea mai frecventă cauză de deces al pacienților în timp ce beneficiază de servicii medicale.
 - Erorile și evenimentele adverse în medicină sunt fenomene sistemice.
 - Principalul punct slab al sistemului de sănătate este incapacitatea sistemului de a identifica erorile și evenimentele adverse, precum și cauzele acestora, de a lua măsuri preventive și de a învăța din ceea ce s-a constatat.
38. În mai multe țări (SUA, Regatul Unit, Danemarca, Australia, Suedia, Noua Zeelandă, Finlanda, Canada etc.) s-a stabilit și demonstrat cum că prestarea de servicii medicale pacienților este o activitate periculoasă. Incidentele mortale în domeniul asistenței medicale sunt de 2 ori mai frecvente decât pe șosele, de 20 de ori mai frecvente decât la locul de muncă, de 1000 de ori mai frecvente decât în aviația civilă.
39. Reacția lumii a fost următoarea:
- 2000 - În SUA a fost înființată Agenția pentru cercetare și calitate în domeniul sănătății (AHRQ).
 - 2002 - Organizația Mondială a Sănătății a adoptat Rezoluția WHA55.18. „Calitatea asistenței medicale: siguranța pacienților”.
 - 2004 - Organizația Mondială a Sănătății a înființat Alianța Mondială pentru îmbunătățirea siguranței pacienților în timpul furnizării de servicii medicale.
 - 2005 - Consiliul Europei a adoptat declarația de la Luxemburg - „Siguranța pacienților - să o facem”.
 - 2009 - Uniunea Europeană a aprobat Directiva 2011/24/UE privind siguranța pacienților „Siguranța pacienților în cadrul asistenței medicale interbelice”.
 - 2019 - Organizația Mondială a Sănătății a adoptat Rezoluția WHA72.6 „Acțiune globală privind siguranța pacienților”.
 - 2021 - Organizația Mondială a Sănătății a aprobat „Planul de acțiuni globale pentru siguranța pacienților 2021-2030 „Pentru eliminarea vătămărilor evitabile în domeniul sănătății”.
 - 2023 - Al V-lea Summit ministerial global privind siguranța pacienților, 2023 (Montreux).

VII. PREVEDERI PENTRU REGLEMENTAREA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII

40. Despăgubirea „fără dovada vinei” va fi acordată în condițiile stabilite prin lege și reglementările conexe. Conceptul are în vedere relațiile sociale legate de compensarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților fără a utiliza asistența sistemului juridic și fără a stabili vinovăția unei persoane juridice sau fizice. Astfel, vor fi create condiții pentru ca medicii să nu-și ascundă greșelile, să nu mușamalizeze deficiențele sistemului de sănătate și ale științei medicale, să discute deschis despre posibilele riscuri cu pacienții sau cu rudele de încredere ale acestora atunci când aleg diagnosticul și tratamentul bolilor, să nu trimită pacienții la proceduri de diagnosticare și tratament inutile și să nu prescrie medicamente și consumabile medicale în exces pentru a se asigura împotriva unor posibile erori medicale sau de teama de a fi trași la răspundere civilă. În plus, a fost extins numărul pacienților care pot beneficia de compensare fără costuri suplimentare. În acest fel, obiectivele juridice și sociale ale Conceptului se completează reciproc, deoarece ajută pacienții să obțină mai rapid și mai ușor dreptate și despăgubiri pentru prejudiciile cauzate sănătății lor dar și pentru a-și restabili sănătatea afectată.
41. Legea ar trebui să definească procedura de notificare a cererii de despăgubire a unui pacient, constituirea unei entități juridice care să analizeze cererile de despăgubire, motivele și funcțiile activității acesteia, precum și procedura de luare a deciziilor, de contestare a cererilor și de plată a despăgubirilor, venind să precizeze că atât daunele pecuniare, cât și cele nepecuniare sunt despăgubite, dar daunele morale (durere, disperare etc.) nu sunt despăgubite.
42. Administrarea procesului de compensare. Procesul de compensare va fi administrat de către o subdiviziune creată în cadrul Instituției Naționale pentru Drepturile Omului din Republica Moldova (oficiul Ombudsmanului din Moldova) - Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților (denumită în continuare PaSaGe - Patient Safety Agency), care are statut juridic de instituție publică și a cărei activitate, drepturi și obligații vor fi definite prin acte juridice. Misiunea PaSaGe este de a conjuga serviciile medicilor, pacienților și funcționarilor publici, de a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale, de a favoriza sănătatea oamenilor și de a eficientiza sistemul de sănătate prin eforturi comune. Viziunea PaSaGe este cea de a îmbunătăți siguranța pacienților și de a cultiva încrederea în medicină. O decizie de despăgubire bazată pe respectarea standardului de rambursare (denumit în continuare „Standardul”) va fi luată de o comisie de experți legată de PaSaGe prin relații de muncă. Componenta și regulamentul de procedură al comisiei de experți vor fi aprobate de guvernul țării. Trebuie subliniat faptul că PaSaGe ar trebui să fie o entitate juridică independentă, care să reprezinte în mod egal atât interesele medicilor, cât și ale pacienților. Cererile de despăgubire ale pacienților vor fi depuse și examinate în modul prevăzut de lege. Cererea pacientului trebuie să fie examinată în termen de cel mult trei luni, iar pacientul trebuie să fie notificat în scris cu privire la decizie.
43. Decizia privind rambursarea daunelor ar trebui să fie luată în conformitate cu Standardul, ale cărui principii vor fi definite prin lege și a cărui descriere detaliată va fi aprobată de guvernul țării. Standardul va include atât prejudiciile evitabile, cât și cele inevitabile cauzate pacienților, pe baza celor mai bune practici internaționale. Tabelele de compensare în cazuri specifice de prejudicii (denumite în continuare „tabele”)

- vor fi aprobate în conformitate cu procedura stabilită și puse la dispoziția publicului. Tabelele vor lua în considerare vârsta pacientului, ținând cont de numărul de ani de muncă rămași până la vârsta de pensionare (până la 18-30-45-60 sau mai mult), de perioada de incapacitate de muncă (până la 30-60-90-120-150-180 sau mai multe zile), de perioada de tratament necesară (până la 15-30-45-60 sau mai multe zile) și de costurile materiale suportate sau de costurile materiale potențiale.
44. Limitări ale compensației. O cerere de despăgubire pentru compensarea prejudiciului cauzat sănătății unui pacient în timpul furnizării de servicii medicale trebuie să fie depusă de către pacient sau de către reprezentantul acestuia în termen de cel mult un an de la momentul în care pacientul a luat cunoștință de prejudiciul ce i s-a adus, dar nu mai târziu de trei ani de la momentul în care a fost cauzat prejudiciul. Sumele minime și maxime ale despăgubirilor sunt stabilite prin lege.
 45. Fondul de compensare a prejudiciilor cauzate de sănătate (denumit în continuare „Fondul”). Fondul este înființat ca un subfond al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (denumită în continuare - CNAM). CNAM gestionează și dispune de acest Fond în conformitate cu procedura stabilită de Guvern. Veniturile fondului constau din contribuții anuale de la instituțiile medicale, care sunt transferate către Fond în conformitate cu procedura stabilită de Guvern. Procentul legal al contribuțiilor la Fond din partea instituțiilor de sănătate depinde de tipul de servicii medicale furnizate de aceasta: numai instituțiile care prestează servicii de îngrijire personală a sănătății de nivel primar, instituțiile de servicii de îngrijire cronică spitalicească, serviciile de îngrijire medicală la domiciliu și serviciile de îngrijire paliativă, și/sau numai servicii de moașe și/sau numai asistență medicală și/sau numai asistentă dietetică și/sau numai terapie ocupațională și/sau numai fizioterapie și/sau numai fizioterapie și/sau numai masaj terapeutic și/sau numai optometrist plătesc o contribuție de 0,1 % din valoarea fondurilor financiare obținute de către acestea în anul precedent, dar nu mai puțin de 2000 lei. Instituțiile medicale care prestează servicii medicale individuale, care nu sunt menționate supra, achită 0,2 la sută din valoarea fondurilor financiare obținute de către acestea în anul precedent, dar nu mai puțin de 4000 de lei. Cheltuielile fondului constau în despăgubiri acordate pacienților pentru prejudiciile cauzate sănătății lor în baza deciziilor PaSaGe și în costurile administrative ale acestuia.
 46. Stabilirea prejudiciului și a cuantumului despăgubirii. În caz de deces al pacientului se plătește o sumă forfetară - valoarea a 24 (12, 36, 48) de salarii medii lunare naționale pentru anul precedent (12.000 lei x 24 = 288.000 lei). Pe lângă confirmarea faptului de despăgubire, comisia de experți trebuie să calculeze și cuantumul indemnizației, care se stabilește pe baza unor tabele. În baza cuantumului compensației calculate de comisia de experți (în continuare - Decizia), PaSaGe decide, în termen de 7 zile, dacă va plăti sau nu compensația și notifică în scris CNAM despre aceasta. CNAM transferă, în termen de 7 zile, suma prevăzută în Decizie în contul bancar indicat de pacient sau de reprezentantul acestuia.
 47. Mecanismul de contestare a unei Decizii privind despăgubirea pentru daunele aduse sănătății pacientului. Un pacient care nu este mulțumit de Decizia comisiei de experți sau de avizul PaSaGe poate depune în instanță o cerere de despăgubire. În cazul în care pacientul a fost rambursat din Fond și ulterior îl acționează în instanță, valoarea despăgubirii acordate în instanță se reduce cu valoarea despăgubirii deja plătite. În cazul în care pacientul se adresează instanței de judecată pentru despăgubiri înainte de emiterea deciziei sau a hotărârii PaSaGe, toate acțiunile PaSaGe în legătură cu plângerea pacientului vor înceta și nu vor fi reluate.

VIII. LISTA DE REFERINȚE

1. A comparative study of the legal and factual situation in Member states of the Council of Europe. Pr. Herman NYS Professor in Medical Law, Universities of Leuven and Maastricht Strasbourg, 7 March 2005 CDCJ (2005) 3 rev1, EUROPEAN COMMITTEE ON LEGAL CO-OPERATION (CDCJ).
2. Aktualitāti (Mums rūpimos aktualijos). Gydytojų žinios. 2011. Nr. 10 (541):2-3 (în lituaniană).
3. Acyif Kassam. The Swedish Patient Injury Act and Swedish patient injury compensation (Presentation). October 31, 2013. Riga.
4. Administrative Compensation for Medical Injuries: Lessons from Three Foreign Systems. Michelle M. Mello, Allen Kachalia, and David M. Studdert. Issues in International Health Policy. July 2011. Commonwealth Fund pub. 1517. Vol. 14: 4-7.
5. Annica Ohrn, Johan Elfstrom, Hans Tropp, Hans Rutberg. What can we learn from patient claims? -A retrospective analysis of incidence and patterns of adverse events after orthopaedic procedures in Sweden. Patient Safety in Surgery. 2012. 6:2.
6. Asigurarea obligatorie a cadrelor medicale - 16 milioane de litas (Privalomam medikų draudimui-16 mln. litų). 2005. <http://www.delfi.lt/archive/print.php?id=5902388> (în lituaniană).
7. Carlo I. Cremonesi, Ville Ponka. Compensation for personal injuries in Finland (Presentation). Milan. 2016.
8. Cirtautienė Solveiga. Asigurarea riscurilor civile de către furnizorii de servicii medicale (Sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas). Justicia, 2005. 2(56): 65-74 (în lituaniană).
9. Clinical Negligence Law: The Ultimate Guide. <https://legamart.com/articles/clinical-negligence-law/>
10. Conceptul de asigurare socială a pacienților în Republica Lituania (Lietuvos Respublikos pacientų socialinio draudimo koncepcijos projektas). Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius. 2012 (în lituaniană).
11. Conceptul pentru implementarea proiectului. Pregătirea și implementarea unui model social de asigurare a lucrătorilor medicali împotriva erorilor medicale și a evenimentelor adverse, precum și de despăgubire precontencioasă a pacienților pentru daunele aduse sănătății lor în cadrul furnizării de servicii medicale. Editat de Galdikas Juozas. Vilnius. 2013 (în lituaniană).
12. Cyril H. Wecht. The history of legal medicine. J Am Acad Psychiatry law. 2005. Vol.33:245-251.
13. Damage compensation in Estonia. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/ru/pensiya-i-posobiya/drugie-svyazannye-s-pensiyey-posobiya-i-kompensacii/kompensacii-za-uscherbhtt>
14. De două ori mai multe procese împotriva cadrelor medicale decât în urmă cu zece ani (Bylų medikams dabar keliama dvigubai daugiau nei prieš dešimtmetį). <http://veidas.lt>. - 2012.03.29. (în lituaniană).
15. Despăgubirea prejudiciilor fără identificarea vinovăției (Žalos atlyginimas be kaltės). Gydytojų žinios. 2011. 23(541):12-13 (în lituaniană).

16. De două ori mai multe procese împotriva cadrelor medicale decât în urmă cu zece ani (Bylų medikams dabar keliama dvigubai daugiau nei prieš dešimtmetį). <http://veidas.lt>. - 2012.03.29. (în lituaniană).
17. Dina Soritsa, Janno Lahe. The possibility of compensation for damages in cases of wrongful conception, wrongful birth and wrongful life. An Estonian perspective. *Eur J Health Law*. 2014. April, 21 (2):141-160.
18. DUTE, J.C.J., FAURE, M.G., and KOZIOL, H. No-fault compensatiesysteem. Den Haag,
19. Edgaras Savickas. Procedură nouă: Cei nemulțumiți de activitatea medicilor vor putea cere bani (Kuria naują tvarką: nepatenkinti gydytojų darbu galės reikalautipinigu). 2018.12.30. <https://www.delfi.lt/verslas/verslas/kuria-nauja-tvarka-nepatenkinti-gydytoju-darbu-gales-reikalauti-inigu.d?id=79798415> (în lituaniană).
20. Evelina Machova, Ana Daukševič. Masa rotundă: Despăgubirea pentru prejudiciile cauzate pacienților fără identificarea vinovăției este un lux sau o obligație (Apskritojo stalo diskusija: pacientų žalos atlyginimas be kaltės-prabanga ar būtinybė). *Medikų žinios*, 2015-03-12 (în lituaniană).
21. Galdikas Juozas. Despăgubirea pacientului pentru daunele aduse sănătății sale - o nouă direcție (Prezentare). *Almaty*. 2017 (în rusă).
22. Galdikas Juozas. Siguranța pacienților - o nouă direcție în politica de asigurare a calității serviciilor medicale (Prezentare). *Almaty*. 2017 (în rusă).
23. Health at a Glance 2015. https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
24. Health at a Glance 2019. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
25. HEALTHCARE IN DENMARK. AN OVERVIEW. 2017. <http://www.sum.dk>
26. Health Care in Denmark. 2008. <http://www.sum.dk>
27. Health Systems in Transition. 2023. Vol. 25, No.4:47-48. Nils Janlov, Sara Blume, Anna H. Glengard, Kajsa Hanspers, Anders Anell, Sherry Merkur. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2023.
28. I.Bikava, A.Skrīde. Evaluation of healthcare policy in Latvia. *SHS Web of Conferences* 40, 02002 (2018). *Int. Conf. SOCIETY. HEALTH. WELFARE*. 2016. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002002>.
29. Încă un pas spre un model de despăgubire a pacienților fără identificarea vinovaților (Dar vienas žingsnis žalos atlyginimas be kaltės modelio link). *Gydytojų žinios*. 2012-10-16: 545-546 (în lituaniană).
30. Ieva Liepina. Constitutional guarantees of the basic level of health care in Latvia: Myth or reality? *MASTER-THESIS*. Wien. 2015.
31. Jane Alop. Estonian Health Insurance Funds' activities for Quality Improvement (Presentation). October 31, 2013. Riga.
32. Janno Lahe and Irene Kull. VIII. Estonia. *European Tort Law Yearbook*. <https://doi.org/10.1515/tortlaw-2022-0008ps>
33. Jocelyn Bogdan. Medical malpractice in Sweden and New Zealand: should their systems be replicated here. *CJ&D. White Paper*. 2011. No. 21: 2-7.
34. Klimasauskiene Inga. Compensation for personal injuries in the Baltics (Presentation). Milan. 2015.
35. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013. 15 (6).

36. Martin E. Bommersholdt. Focusing on High Quality in Health care (Presentation). Latvia and Europe. October 31, 2013. Riga.
37. Mykolas Deikus. Modelul de compensare a daunelor - un colac de salvare pentru medic și pacient? (Žalos atlyginimo modelis: gelbėjimosi ratas gydytojui ir pacientui?). Lietuvos Sveikata. 2012. 24 (967): 3-4 (în lituaniană).
38. Protecția pacienților - atenție exclusivă (Pacientų saugai-išskirtinį dėmesį). Pacientų sauga. Lietuvos Sveikata Specializuotas priedas. 2011:1-4 (în lituaniană).
39. Patients rights and compensation for damage in Estonia. 2023. <https://www.tervisekassa.ee/ru/kontaktpunkt/prava-pacienta-i-vozmozhnosti-obzhalovaniya/vozmozhnosti-dlya-obzhalovaniya-i>
40. Prejudicii aduse pacienților - nu neapărat din vina medicilor (Žala pacientams – nebūtinai dėl gydytojų kaltės). Savaitė. 2016. 1:10-11 (în lituaniană).
41. Raport de audit de stat - Evaluarea implementării sistemului de asigurare obligatorie de răspundere civilă pentru prejudiciile cauzate pacienților (Valstybinio audito ataskaita-Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo įgyvendinimo vertinimas). 2006.06.30. Nr. 2030-3-14. Vilnius (în lituaniană).
42. Sheila A.M., McLean. No Fault Compensation Review Group. Report and recommendations. Vol. 1. Commissioned by the Scottish Government. 2011.
43. Solvejg Kristensen. Patient safety culture as a measure of patient safety (Presentation). October 31, 2013. Riga.
44. Tom Vandersteegen, Wim Marneffe, Irina Cleemput, Lode Vereeck. The impact of no-fault compensation on health care expenditures: An empirical study of OECD countries. ELSEVIER. Health Policy. 2014. Vol.119. Issue 3: 367-374.
45. Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, Rurane A, Stuburs A, Zusmane E, Avdeeva O, Schäfer M. Latvia: Health system review. Health Systems in Transition. 2008. 10 (2).
46. Vilma Ramanauskaitė. Sistemul trebuie îmbunătățit, nu distrus. (Sistemą reikia tobulinti, o ne griauti). Savaitė, 2016. 1:10 (în lituaniană).
47. Violeta Gustaitytė. Asigurările protejează deja buzunarele medicilor care greșesc (Suklydusių gydytojų kišenę jau saugo draudimas). Kauno diena, 2006-06-06. <http://www.delfi.lt/archive/article.php?id=978727> (în lituaniană).

IX. REGLEMENTĂRILE NORMATIVE NECESARE PENTRU PUNEREA ÎN APLICARE A CONCEPTULUI DE ASIGURARE ÎMPOTRIVA ERORILOR MEDICALE ȘI DESPĂGUBIREA PACIENȚILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

- ANEXA 1. Proiect modificări legislative pentru reglementarea *Despăgubirilor pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului* (modificările ar putea fi la Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995 și/sau Codul civil al RM nr. 1107 din 06.06.2002).
- ANEXA 2. Proiect modificări legislative pentru reglementarea *Adresarea în instanță* (modificările ar putea fi la la Legea nr. 263 din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului și/sau la Codul civil al RM nr. 1107 din 06.06.2002).
- ANEXA 3. Proiect modificări legislative pentru reglementarea *Formării componenței Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților și a Listei de experți, elementele de bază ale activităților comisiei și ale experților* (modificările ar putea fi la Legea nr. 263 din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului și/sau la Codul civil al RM nr. 1107 din 06.06.2002).
- ANEXA 4. Proiect modificări legislative pentru reglementarea *Fondului de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacientului* (modificările ar putea fi la Codul civil al RM nr. 1107 din 06.06.2002 și sau la altă lege relevantă).
- ANEXA 5. Proiect de act normativ privind *Statutul Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților*.
- ANEXA 6. Proiect de act normativ privind *Regulamentul cu privire la activitatea Comisiei pentru determinarea prejudiciului adus sănătății pacienților*.
- ANEXA 7. Proiect de act normativ privind *Descrierea cerințelor față de plângerea pacientului și a documentelor prezentate odată cu plângerea*.
- ANEXA 8. Proiect de act normativ privind *Pretențiile pacientului pentru despăgubirea prejudiciilor (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății acestuia*.
- ANEXA 9. Proiect de act normativ privind *Pretențiile altei personae, care are dreptul la despăgubirea prejudiciilor (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului*.
- ANEXA 10. Proiect de act normativ privind *Descrierea procedurii de despăgubire pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului*.
- ANEXA 11. Proiect de act normativ privind *Descrierea procedurii pentru prezentarea concluziilor experților și specialiștilor sin sistemul de sănătate care nu sunt incluși în lista experților*.
- ANEXA 12. Proiect de act normativ privind *Procedura de plată a prejudiciilor din Fond de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacienților și de restituire a mijloacelor plătite din Fond la Fond*.

ANEXA 1. PROIECT MODIFICĂRI LEGISLATIVE PENTRU REGLEMENTAREA DESPĂGUBIRILOR PENTRU PREJUDICIILE (PECUNIARE ȘI NEPECUNIARE) CAUZATE SĂNĂTĂȚII PACIENTULUI

Articolul ...: Despăgubiri pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății unui pacient

1. Un pacient sau o altă persoană specificată în lege (denumită în continuare “altă persoană care are dreptul la despăgubiri”), pentru a primi despăgubiri în termen de cel mult 3 ani de la data la care a aflat despre producerea unui prejudiciu asupra sănătății pacientului, se adresează în modul prevăzut în actulele normative “*Descrierea cerințelor față de plângerea pacientului și a documentelor prezentate odată cu plângerea*” (denumită în continuare “*Descriere*”) și „*Pretențiile pacientului pentru despăgubirea prejudiciilor (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății acestuia*” (denumită în continuare “*Cerere*”) Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților (în continuare – Comisia) care acționează în conformitate cu legea. Comisia este un organism obligatoriu în cadrul procedurilor premergătoare procesului privind chestiunile de despăgubire a prejudiciilor, cu excepția cazurilor de depunere a unei cereri civile de despăgubire a prejudiciilor în cursul cercetării premergătoare sau al procedurilor penale. Comisia examinează Cererile în mod gratuit.
2. Cererile pot fi depuse direct în scris sau la distanță (prin scrisoare recomandată, prin curier, prin trimitere prin e-mail, prin alte mijloace de comunicare electronică care asigură posibilitatea de a identifica persoana care depune cererea). Cererea trebuie să precizeze prejudiciul, valoarea prejudiciului solicitat și circumstanțele (motive de fapt) care justifică prejudiciul. În cazul în care cererea este depusă de către reprezentantul pacientului, la cerere se anexează un document care confirmă reprezentarea, iar în cazul în care cererea este depusă de către o altă persoană care are dreptul la despăgubire - documentul (documentele) care confirmă dreptul acesteia la despăgubire. Cererea este însoțită, de asemenea, de documente care să confirme circumstanțele specificate în cerere, dacă pacientul le are (motivate de fapt). Cerințele detaliate privind cererea și documentele prezentate împreună cu cererea sunt stabilite de Guvern.
3. În cazul în care unele documentele, executate incorect, care ar trebui să fie prezentate împreună cu cererea sunt prezentate împreună cu cererea și (sau) acestea și (sau) cererea conțin informații incomplete și (sau) nefiabile, Comisia, în modul prevăzut de *Descriere*, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data primirii cererii, informează solicitantul cu privire la deficiențele identificate și îl informează că cererea nu va fi luată în considerare dacă deficiențele nu sunt eliminate în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii și că, în acest caz, pacientul are dreptul de a depune o nouă Cerere.
4. Comisia ia decizia de a refuza examinarea unei Cereri și returnează cererea persoanei care a depus-o, indicând motivele returnării în următoarele cazuri:
 - 1) nu sunt prezentate împreună cu cererea toate documentele care trebuie să însoțească cererea, executate incorect, și (sau) în acestea sunt indicate informații incomplete și (sau) informații nesigure și (sau) cererea și persoana care depune cererea în termenul stabilit;
 - 2) Cererea nu este lizibilă;

- 3) a fost depusă o cerere de despăgubire pentru un prejudiciu care nu a fost cauzat ca urmare a serviciilor medicale individuale;
- 4) Cererea este depusă după termenul limită specificat în lege.
5. Decizia Comisiei de a refuza să ia în considerare cererea poate fi atacată în instanță în conformitate cu procedura stabilită de legislația privind cauzele administrative.
6. Comisia, în conformitate cu procedura stabilită în Descriere, ia o decizie privind rambursarea prejudiciului reclamat în termen de cel mult 3 luni de la data primirii cererii adresate Comisiei. În cazul în care, din motive obiective (caz complex de investigare a prejudiciului (decesul unui pacient, nu este clar în ce instituție medicală s-a produs prejudiciul), concluzii suplimentare, examinări, alte documente necesare pentru luarea deciziei etc.) și decizia nu poate fi luată în acest termen, Avocatul Poporului din Republica Moldova, la cererea motivată a Comisiei, poate prelungi acest termen, dar nu mai mult de 2 luni. În cazul în care ancheta preliminară sau cauza penală este pe rol în instanța de judecată din cauza prejudiciului cauzat în cerere, Comisia decide să suspende examinarea cererii până la finalizarea anchetei preliminare sau până la pronunțarea deciziei instanței, iar decizia și acest termen nu se includ în termenul de adoptare a deciziei Comisiei, astfel cum este specificat în prezenta parte. Decizia Comisiei este transmisă pacientului sau altei persoane care are dreptul la despăgubire în modul în care a fost depusă cererea sau, în cazul în care cererea este depusă direct, este trimisă prin scrisoare recomandată pacientului sau altei persoane care are dreptul la despăgubire la adresa specificată în cerere și este, de asemenea, trimisă prin poștă instituției de asistență medicală personalizată care a furnizat servicii de îngrijire a sănătății personale sau a efectuat cercetarea biomedicală care a cauzat doar efecte temporare nedorite minore.
7. Despăgubirile se rambursează în cazul în care Comisia constată că sănătatea pacientului a fost afectată în timpul furnizării de servicii de asistență medicală individuală sau de cercetare biomedicală care cauzează doar efecte adverse temporare minore și că acest lucru nu reprezintă un prejudiciu inevitabil pentru sănătate. În cazul în care Comisia constată că pacientul a contribuit în mod intenționat sau din neglijență gravă la producerea prejudiciului, prejudiciul nu se despăgubește în condițiile și modalitățile specificate în Descriere sau se reduce cu 50% din valoarea prejudiciului care poate fi despăgubit. Comisia decide cu privire la repararea prejudiciului fără a evalua culpa instituției de asistență medicală personalizată și a personalului medical al acesteia. În decizia Comisiei se specifică valoarea despăgubirii.
8. Comisia stabilește cuantumul prejudiciilor care pot fi despăgubite în conformitate cu cuantumul prejudiciilor ce pot fi despăgubite specificate în Descriere, determinate în baza următoarelor criterii:
 - 1) Despăgubiri pecuniare:
 - a) pentru pierderile directe (cheltuieli rezonabile, necesare și rezonabile suportate pentru servicii medicale individuale, medicamente și dispozitive medicale, cu excepția celor plătite din Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din fonduri de la bugetul de stat sau bugetele locale, alte cheltuieli rezonabile, necesare și rezonabile direct legate de prejudiciul cauzat (cheltuieli pentru îngrijirea pacientului și/sau pentru restabilirea sănătății și/sau alte cheltuieli);
 - b) la pierderile indirecte (venituri pierdute);
 - 2) Despăgubiri nepecuniare (cu excepția daunelor morale):

- a) În cazul vătămării sănătății - în funcție de natura și gravitatea leziunilor suferite de pacient, de durata afecțiunii sănătății și a incapacității temporare de muncă, de gradul de dizabilitate sau de capacitatea de muncă, de natura și gradul de suferință fizică (inclusiv durerea), de natura tulburărilor psihice și comportamentale care rezultă din vătămare și de gravitatea, natura și gradul de impact al vătămării asupra vieții sociale a pacientului, de starea de sănătate a pacientului (inclusiv caracteristicile individuale și stilul de viață), de natura vătămării și de gravitatea și gradul de impact al vătămării asupra vieții sociale a pacientului (inclusiv caracteristicile individuale și stilul de viață) până la vătămarea pacientului, de valoarea pagubelor materiale și alte circumstanțe importante.
 - b) în caz de deces - în funcție de gradul și natura relației dintre cealaltă persoană care are dreptul la despăgubiri și pacient, de durata vieții comune, de faptul că există un sprijin material, de natura și gravitatea tulburărilor psihice și comportamentale rezultate în urma decesului pacientului, de impactul decesului pacientului asupra statutului social al persoanei care are dreptul la despăgubiri, de natura și durata vieții, de starea de sănătate a pacientului (inclusiv caracteristicile individuale și stilul de viață al pacientului) până în momentul decesului, de valoarea pagubelor materiale și alte circumstanțe importante.
9. Despăgubirea prejudiciilor se efectuează din Fondul de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacientului, create pe lângă Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, administrate de CNAM, care acumulează contribuțiile instituțiilor de asistență medicală individuală pentru despăgubirea prejudiciilor (denumit în continuare "Fondul").
 10. În termen de 15 zile de la data deciziei Comisiei, CNAM plătește din resursele Fondului valoarea prejudiciului specificat în decizia Comisiei.

ANEXA 2. PROIECT MODIFICĂRI LEGISLATIVE PENTRU REGLEMENTAREA ADRESĂRII ÎN INSTANȚĂ

Articolul ...: Aplicarea în instanță

1. În cazul în care pacientul și alte persoane care au dreptul la despăgubiri pentru prejudiciul (pecuniar și nepecuniar) cauzat sănătății pacienților, în termen de 30 de zile de la data la care au luat cunoștință sau ar fi trebuit să ia cunoștință de decizia Comisiei, nu sunt de acord cu cuantumul despăgubirii specificat în decizia Comisiei sau în cazul în care despăgubirea nu este stabilită, acestea au dreptul de a se adresa unei instanțe de drept comun, în modul prevăzut de Codul de procedură civilă, pentru a examina pe fond problema despăgubirii pentru prejudiciul cauzat sănătății pacientului (pecuniar și nepecuniar). În cazurile specificate în acest alineat, pârâțul în cauză este Consiliul/ Agenția pentru Siguranța Pacienților.
2. Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților are dreptul de a obține toate informațiile necesare (inclusiv copii ale documentelor medicale ale pacientului și explicații de la instituțiile de asistență medicală individuală și de la medicii și asistenții medicali, care conțin toate informațiile despre pacient (inclusiv informații despre prezența pacientului în instituția de asistență medicală individuală, starea de sănătate a pacientului, diagnosticul, prognosticul și tratamentul bolii, precum și toate celelalte date cu caracter personal despre pacient) necesare atunci când reprezintă statul în instanță. Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților furnizează instanței informațiile specificate în prezenta secțiune. Toate informațiile despre pacient prezentate de Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților, instituția de asistență medicală individuală și specialiștii din sistemul sănătății, utilizate în scopul reprezentării statului în instanță de către Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților atunci când se ia o decizie privind despăgubirea pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului, sunt considerate confidențiale și pot fi divulgate altor persoane numai pe baza temeiurilor stabilite prin actele juridice care reglementează procedura de tratare a acestor informații și procedura.
3. În cazul în care cuantumul prejudiciului reparabil nu a fost stabilit printr-o decizie a Comisiei, dar a fost stabilit printr-o hotărâre judecătorească, sau dacă cuantumul prejudiciului reparabil specificat în hotărârea judecătorească depășește cuantumul prejudiciului reparabil specificat în decizia Comisiei, pacientul sau altă persoană care are dreptul la despăgubire obține, în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a hotărârii judecătorești, rambursarea din resursele Fondului, în conformitate cu procedura stabilită în Regulamentul Fondului, a cuantumului prejudiciului specificat în hotărârea judecătorească sau a cuantumului prejudiciului egal cu diferența dintre cuantumul specificat ale prejudiciului reparabil în conformitate cu hotărârile judecătorești și ale Comisiei. În cazul în care valoarea prejudiciului reparabil specificată în decizia instanței este mai mică decât valoarea prejudiciului reparabil specificată în decizia Comisiei, pacientul sau altă persoană care are dreptul la despăgubire este obligată, în termen de cel mult 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a prezentei decizii, prin decizie a instanței, să restituie Fondului suma despăgubirii primite, în modul prevăzut de Descrierea procedurii de despăgubire pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului, într-o sumă egală cu diferența dintre sumele specificate în deciziile instanței și Comisiei.

4. În cazul în care instanța de judecată satisface cererea civilă a pacientului sau a altei persoane care are dreptul la despăgubiri pentru prejudiciul adus sănătății pacientului (pecuniar și nepecuniar), introdusă în conformitate cu procedura stabilită de Codul de procedură penală, în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a hotărârii judecătorești, în conformitate cu procedura stabilită, Fondul este debitat cu suma prejudiciului reparabil din fonduri bănești egală cu suma prejudiciului reparabil acordat prin hotărârea judecătorească intrată în vigoare.

ANEXA 3. PROIECT MODIFICĂRI LEGISLATIVE PENTRU REGLEMENTAREA FORMĂRII COMPONENTEI COMISIEI PENTRU DETERMINAREA PREJUDICIILOR ADUSE SĂNĂTĂȚII PACIENȚILOR ȘI A LISTEI DE EXPERȚI, ELEMENTELE DE BAZĂ ALE ACTIVITĂȚILOR COMISIEI ȘI ALE EXPERȚILOR

Articolul ...: Formarea componentei Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților și a Listei de experți, baza activităților Comisiei și ale experților

1. Comisia este formată pentru o perioadă de patru ani din 7 persoane cu o reputație ireproșabilă:
 - 1) dintre care cel puțin 2 sunt profesioniști cu diplomă universitară postuniversitară în nursing sau în medicină sau o calificare echivalentă și cel puțin trei ani de experiență în domeniul nursing sau al practicii medicale,
 - 2) Cel puțin 1 profesionist cu o diplomă universitară postuniversitară în stomatologie sau o calificare echivalentă și cel puțin trei ani de experiență în practica stomatologică,
 - 3) Cel puțin 2 profesioniști cu diplomă universitară, studii superioare de drept postuniversitare într-o specialitate sau calificare echivalentă și cel puțin trei ani de experiență juridică.
2. Doi membri ai Comisiei sunt reprezentanți delegați ai organizațiilor neguvernamentale care reprezintă drepturile pacienților, și doi - reprezentanți delegați ai instituțiilor medicale. Președintele Comisiei este numit de Avocatul Poporului din Republica Moldova, iar adjunctul acestuia este ales în mod democratic de către toți membrii Comisiei la prima ședință a acesteia. Membrii Comisiei trebuie să îndeplinească criteriile de reputație ireproșabilă prevăzute în Legea privind funcția publică a Republicii Moldova. Procedura de constituire și de activitate a Comisiei se stabilește prin regulamentul cu privire la Comisie, aprobat de Guvern. Componenta personalului Comisiei se aprobă de către Avocatul Poporului din Republica Moldova.
3. Aceeași persoană nu poate îndeplini mai mult de două mandate consecutive în calitate de membru al Comisiei.
4. Oficiul Avocatului Poporului din Republica Moldova asigură condițiile tehnice de activitate a Comisiei, în baza resurselor financiare și materiale ale Consiliului/Agenția pentru Siguranța Pacienților.
5. Atribuțiile unui membru al Comisiei încetează în momentul în care mandatul acestuia expiră, acesta nu mai poate îndeplini atribuțiile de membru al Comisiei din cauza bolii, a pierderii reputației ireproșabile, a decesului, a demisiei sau nu mai poate îndeplini atribuțiile de membru al Comisiei din alte motive stabilite prin lege. În caz de încetare anticipată a atribuțiilor unui membru al Comisiei, un alt membru al Comisiei este numit pentru a ocupa postul vacant pentru perioada rămasă din mandatul Comisiei, în conformitate cu procedura stabilită prin prezenta lege și prin Regulamentul de activitate a Comisiei.
6. Remunerarea muncii membrilor Comisiei se efectuează în conformitate cu procedura stabilită de actele normative privind remunerarea muncii angajaților instituțiilor de

asistență medicală individuală antrenate în asigurarea obligatorie de asistență medicală. Membrii Comisiei li se plătește suma stabilită a remunerației pentru o oră de ședință, pentru pregătirea cererii de examinare a unui pacient la ședința Comisiei și suma stabilită a remunerației pentru reprezentarea în instanță în timpul examinării unei cauze civile prin decizia Comisiei. Președintelui Comisiei (în absența acestuia - vicepreședintelui Comisiei) i se plătește o remunerație suplimentară de 30 % din remunerația efectiv acumulată în ore pentru fiecare ședință a Comisiei.

7. Atunci când examinează o cerere, Comisia colectează documente (inclusiv copii ale documentelor medicale ale pacientului și explicații de la instituția de asistență medicală individuală și de la medici și asistenți medicali) care conțin toate informațiile despre pacient (inclusiv informații despre aflarea pacientului în instituția de asistență medicală, starea de sănătate, diagnosticul de boală, prognosticul și tratamentul) necesare pentru examinarea cererii și luarea unei decizii, precum și pentru obținerea unor concluzii care necesită cunoștințe speciale, angajând următoarele. În cazul în care este necesară o calificare profesională pentru a emite un aviz, care nu se află pe lista de experți specialiști din sistemul sănătății sau dacă specialiștii din sistemul sănătății care figurează pe lista de experți (denumiți în continuare “experți”) nu pot emite un aviz din cauza unui risc de conflict de interese publice și private sau din alte motive obiective (incapacitate temporară de muncă etc.), Comisia are dreptul de a solicita un aviz altor specialiști din sistemul sănătății care îndeplinesc cerințele stabilite prin lege (denumiți în continuare “alți specialiști din sistemul sănătății”). Experții și alți specialiști din sistemul sănătății cărora Comisia solicită un aviz au dreptul de a primi toate informațiile necesare (inclusiv copii ale documentelor medicale ale pacientului și explicații de la instituția de asistență medicală individuală și de la specialiștii din sistemul sănătății, care conțin toate informațiile despre pacient (inclusiv informații despre aflarea pacientului în instituția de asistență medicală individuală, starea de sănătate, diagnosticul, prognosticul și tratamentul bolii, precum și toate celelalte date cu caracter personal despre pacient) necesare pentru elaborarea unui aviz. Experții și alți specialiști din sistemul sănătății cărora li se adresează Comisia sunt obligați să îi furnizeze aceste informații și documentele specificate în prezenta parte. Toate informațiile furnizate de Comisie experților și altor specialiști din sistemul sănătății cu privire la un pacient, la o instituție de asistență medicală individuală sunt utilizate la luarea deciziilor privind despăgubirile pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacienților și sunt considerate confidențiale. Acestea pot fi dezvăluite altor persoane numai pe baza și în conformitate cu procedura stabilită prin actele juridice care reglementează gestionarea acestor informații.
8. Experții trebuie să fie calificați pentru a practica nursing, medicina sau stomatologia și să aibă cel puțin cinci ani de experiență în nursing, medicină sau stomatologie. Experții trebuie să îndeplinească criteriile de reputație ireproșabilă prevăzute de Legea privind funcția publică. Lista experților se întocmește în conformitate cu procedura stabilită de ministrul sănătății. Lista experților este publicată pe site-ul Ministerului Sănătății, Consiliului/Agenției pentru Siguranța Pacienților și al Oficiului Avocatului Poporului din Republica Moldova. Procedura de adresare a experților și a altor specialiști din sistemul sănătății și de furnizare a opiniilor acestora este stabilită prin Statutul și Regulamentul Comisiei. Experții și alți specialiști din sistemul sănătății sunt obligați să refuze să ofere o opinie, dacă aceasta creează risc de conflict de interese publice sau private.

9. Un expert înscris în lista experților este radiat din lista experților la cererea acestuia, precum și atunci când și-a pierdut reputația ireproșabilă, a demisionat din funcția pe care o deține în cadrul instituției care l-a delegat, nu mai poate îndeplini atribuțiile de expert din cauza bolii, decedează sau atunci când Comisia, urmând criteriile stabilite de prezenta lege și de Regulamentul de activitate al Comisiei, decide că expertul nu își îndeplinește corespunzător atribuțiile sau nu mai poate îndeplini atribuțiile de expert din alte motive stabilite de lege.
10. Pentru furnizarea unei opinii conforme, expertul și celălalt specialist din sistemul sănătății primesc o remunerație în cuantum de XXX din salariul de bază al salariului oficial din anul respectiv pentru analiza documentației pacientului la domiciliu (în ore), pentru fiecare oră de participare la ședința Comisiei, pentru fiecare oră de reprezentare în instanță într-o cauză civilă și pentru pregătirea (în ore) în vederea participării la o audiere în instanță.
11. Ședințele Comisiei sunt legale dacă la ele participă cel puțin cinci membri ai Comisiei.
12. Comisia ia decizii prin consensul membrilor Comisiei care participă la ședința Comisiei, iar în cazul în care membrii Comisiei nu ajung la un consens - prin votul majorității membrilor Comisiei care participă la ședință. Fiecare membru al Comisiei dispune de un vot. În cazul în care voturile membrilor Comisiei sunt împărțite în mod egal, votul președintelui Comisiei este decisiv, iar în absența unui astfel de vot - votul vicepreședintelui Comisiei. Un membru al Comisiei care nu este de acord cu decizia Comisiei are dreptul de a prezenta o opinie separată, care se anexează la procesul-verbal al ședinței Comisiei. Pacientul, o altă persoană care are dreptul la despăgubire și/sau reprezentantul acestora, reprezentanții instituțiilor de asistență medicală care au furnizat servicii de asistență medicală individuală sau au efectuat cercetări biomedicale care au cauzat doar efecte adverse temporare minore specificate în cerere și în concluzii au dreptul de a participa la ședința Comisiei. Acest drept se acordă, de asemenea, experților sau altor specialiști din sistemul sănătății care reprezintă instituții de asistență medicală individuală ale căror interese sunt afectate de discutarea unei anumite cereri.

ANEXA 4. PROIECT MODIFICĂRI LEGISLATIVE PENTRU REGLEMENTAREA FONDULUI DE DESPĂGUBIRE A PREJUDICIILOR ADUSE SĂNĂTĂȚII PACIENTULUI

Articolul ...: Fondul de despăgubire a prejudiciilor asuse sănătății pacientului

1. Contribuțiile la Fondul de despăgubire a prejudiciilor aduse sănătății pacientului (denumit în continuare „Fondul”) se plătesc de către toate instituțiile medicale care prestează servicii medicale personale, după cum urmează:
 - 1) instituțiile care prestează servicii de îngrijire personală a sănătății de nivel primar, instituțiile de servicii de îngrijire cronică spitalicească și a serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu și a serviciilor de îngrijire paliativă, și/sau numai moașe și/sau numai asistenta medicală și/sau numai asistenta dietetică și/sau numai terapie ocupațională și/sau numai fizioterapie și/sau numai fizioterapie și/sau numai masaj terapeutic și/sau numai optometrist plătesc o contribuție de 0,1 % din valoarea fondurilor financiare obținute de către acestea în anul precedent, dar nu mai puțin de 2000 lei.
 - 2) instituțiile de asistență medicală care prestează servicii medicale individuale care nu sunt specificate la alineatul (1) din prezenta secțiune achită o contribuție în mărime de 0,2% din suma fondurilor specificate la alineatul (3) din prezentul articol, dar nu mai puțin de 4000 lei.
2. Instituțiile de asistență medicală individuală furnizează CNAM (instituție autorizată de stat), informațiile necesare pentru stabilirea cuantumului contribuției la fond. CNAM are dreptul să primească informațiile menționate în prezenta parte de la instituțiile de asistență medicală publice și private.
3. Valoarea contribuției se calculează din toate fondurile primite în anul calendaristic precedent (cu excepția cazurilor prevăzute la alineatele (5) și (6) din prezentul articol) [veniturile provenite din producția de dispozitive medicale și (sau) de componente ale acestora, precum și de medicamente și (sau) din aplicarea acestora se includ numai într-o instituție de asistență medicală individuală care are dreptul legal de a desfășura activități de asistență medicală individuală care sunt în drept să le producă, să le fabrice și/sau să le aplice]:
 - 1) fondurile primite pentru prestarea serviciilor medicale individuale din bugetul Fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în baza contractelor cu CNAM.
 - 2) sumele de finanțare stabilite prin legislația privind răspunderea sectorului public sau fondurile întreprinderilor sau instituțiilor utilizate pentru furnizarea de servicii de asistență medicală individuală;
 - 3) fondurile primite de la pacienți, asiguratorii, alte persoane fizice și juridice pentru furnizarea de servicii medicale individual cu plată;
 - 4) fonduri ale unei întreprinderi sau instituții utilizate pentru îngrijirea individuală a sănătății angajaților săi;
 - 5) fondurile primite pentru furnizarea de asistență medicală individuală din alte surse care nu sunt specificate la alineatele (1) - (4) din prezenta parte.
4. Instituția de asistență medicală individuală plătește integral contribuția de asigurare pentru anul calendaristic în curs, calculată conform procedurii stabilite la alineatul

- (1) din prezentul articol, imediat sau după ce a informat instituția autorizată de stat conform procedurii stabilite prin lege. Rata integrală sau prima tranșă pentru anul calendaristic se plătește până la data de 30 martie a anului calendaristic în curs, iar restul - până la data de 30 septembrie a anului calendaristic în curs. În cazul în care o instituție de asistență medicală individuală își începe activitatea după 30 martie, dar înainte de 30 septembrie a anului calendaristic în curs, aceasta plătește pentru anul în curs până la 30 septembrie a anului calendaristic în curs, iar dacă își începe activitatea după 30 septembrie, plata se efectuează până la 30 decembrie a anului calendaristic în curs.
5. În cazul anulării în anul calendaristic în curs a acreditării pentru asistența medicală individuală, instituția de asistență medicală individuală plătește în anul respectiv o parte din contribuție proporțională cu numărul de luni în care aceasta a fost valabilă. Suma plătită în plus la Fond se restituie instituției de asistență medicală individuală după efectuarea decontărilor finale cu toate instituțiile medicale.
 6. În cazul în care instituția de asistență medicală individuală nu a furnizat informațiile menționate la alineatul (2) din prezentul articol în modul prevăzut la alineatul (2) din prezentul articol, cuantumul taxei care urmează să fie rambursată se determină în funcție de ultimele informații primite de la instituția de asistență medicală individuală de la CNAM menționată la alineatul (2) din prezentul articol sau, în cazul în care aceste informații nu au fost furnizate niciodată, se plătește cuantumul minim pentru această instituție.
 8. Resursele fondului constau în:
 - 1) contribuții din partea instituțiilor de asistență medicală individuală;
 - 2) alte mijloace financiare dobândite în mod legal.
 9. Fondul este gestionat de un organism autorizat de stat - CNAM. Acesta depune fondurile într-un cont la o instituție bancară selectată prin concurs.
 10. Procedura detaliată de calculare a contribuțiilor la fond, de plată a acestora și a cheltuielilor legate de administrare se stabilește de către Guvern.
 11. Resursele fondului se utilizează numai în modul prevăzut de prezenta lege pentru a despăgubi daunele, pentru a finanța activitățile Consiliului/Agenției pentru Siguranța pacienților și ale Comisiei (inclusiv ale experților), pentru a acoperi costurile de administrare a Fondului și pentru a acoperi costurile juridice specificate la articolul 2 alineatul (4) din prezenta lege. Costurile de administrare a Fondului de către CNAM nu pot depăși 0,5 % din venitul anual al contului, în timp ce Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților și Comisia pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților nu pot depăși 9 %. În cazul în care, în anul curent, fondurile din cont sunt insuficiente pentru a despăgubi prejudiciul până când în cont vor exista fonduri suficiente, despăgubirea se plătește succesiv până la compensarea integrală a prejudiciului, în conformitate cu decizia anterioară a Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților.
 12. Resursele Fondului nu pot fi transferate la bugetul de stat sau utilizate pentru a finanța alte nevoi ale statului. Resursele Fondului care nu sunt utilizate în anul bugetar curent sunt transferate și utilizate în anul bugetar următor.
 13. Rapoartele privind activitățile Fondului sunt publicate pe site-ul CNAM-a și Consiliului/Agenției pentru Siguranța Pacienților.

ANEXA 5. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND STATUTUL COMISIEI PENTRU DETERMINAREA PREJUDICIILOR ADUSE SĂNĂTĂȚII PACIENȚILOR

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Statutul Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților (denumită în continuare „prezentul Statut”) reglementează înființarea și activitățile Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților (denumită în continuare „Comisia”), precum și determinarea cuantumului prejudiciilor aduse pacienților atribuite competenței sale și soluționarea problemelor de despăgubire.
2. Comisia nu are drepturile unei persoane juridice.
3. Comisia este responsabilă și răspunde în fața Avicatului Poporului din Republica Moldova.
4. În activitatea sa, Comisia se conduce de Constituția Republicii Moldova și de alte acte legislative ale Republicii Moldova, de prezentul statut și de regulamentul de activitate al Comisiei, aprobat de Guvernul Republicii Moldova.
5. Activitatea Comisiei se bazează pe principiile de colegialitate a examinării problemelor, democrație, legalitate, precum și pe responsabilitatea personală a membrilor Comisiei pentru activitatea acesteia. Toate informațiile despre pacienți prezentate Comisiei sunt considerate confidențiale.

II. FUNCȚIILE COMISIEI

6. Comisia este o instituție preprocesuală obligatorie pentru examinarea litigiilor privind încălcarea drepturilor pacienților și stabilirea cuantumului prejudiciului cauzat sănătății acestora.
7. Funcțiile Comisiei:
 - 7.1. să decidă cu privire la cererea pacientului (reprezentantul acestuia) sau a altor părți interesate în legătură cu competența Comisiei;
 - 7.2. să examineze litigiile privind despăgubirile pentru prejudiciile (cu excepția prejudiciilor morale) cauzate pacienților în legătură cu asistența medicală individuală primită în cadrul instituțiilor de asistență medicală individuală din țară;
 - 7.3. să stabilească prejudiciul cauzat și valoarea acestuia la cererea pacientului (reprezentantului acestuia) sau a altor părți interesate;
 - 7.4. să determine valoarea prejudiciului pecuniar și nepecuniar cauzat pacientului.
8. În exercitarea funcțiilor sale, Comisia are dreptul:
 - 8.1. să obțină toate informațiile și documentele necesare pentru a lua o decizie;
 - 8.2. să angajeze experți și să invite la ședințele Comisiei reprezentanți ai instituțiilor medicale individuale și ai instituțiilor de supraveghere ale acestora care au prezentat avize.
9. Atunci când ia o decizie, Comisia ia în considerare concluziile instituțiilor și ale experților, instituțiilor care supraveghează instituțiile de asistență medicală, precum și alte circumstanțe relevante.

III. INSTITUIREA COMISIEI ȘI ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII

10. Comisia este formată pentru o perioadă de patru ani din 7 persoane prin ordinul Avocatului Poporului din Republica Moldova. Președintele Comisiei și adjuncții acestuia sunt numiți de către Avocatul Poporului din Republica Moldova.
11. Membri ai Comisiei pot fi numite persoane cu studii medicale, juridice sau cu o altă diplomă universitară superioară.
12. Ca răspuns la solicitarea scrisă a Avocatului Poporului din Republica Moldova de a desemna reprezentanți, conducătorii organizațiilor neguvernamentale de protecție a drepturilor pacienților, ai instituțiilor medicale private, ai asociațiilor instituțiilor medicale de publice prezintă candidații propuși pentru Comisie în termen de 10 zile lucrătoare.
13. Cel puțin doi membri ai Comisiei sunt reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale care apără drepturile pacienților. La selectarea membrilor Comisiei, se ține seama de faptul că interesele pacienților, ale profesioniștilor din domeniul sănătății și ale instituțiilor de asistență medicală individuală sunt reprezentate în mod egal.
14. Președintele Comisiei reprezintă Comisia și prezidează ședințele acesteia.
15. În absența președintelui Comisiei, funcțiile acestuia sunt exercitate de vicepreședintele Comisiei.
16. Forma de activitate a Comisiei este reprezentată de ședințe, care au loc cel puțin o dată pe lună.
17. O ședință a Comisiei este convocată și prezidată de președintele Comisiei sau, în absența acestuia, de adjuncții său.
18. Membrii Comisiei, solicitantul (reprezentantul acestuia) și alte părți interesate și, dacă este necesar, experții, sunt notificați cu privire la ședință cu cel puțin 5 zile calendaristice înainte și li se pună la dispoziție toate documentele necesare: recursurile pacientului (reprezentantul acestuia) sau ale altor părți interesate și materialele aferente (copii ale documentelor).
19. Ședințele Comisiei sunt legale dacă la ele participă cel puțin cinci membri ai Comisiei. În cazul în care un membru al Comisiei nu poate participa la o ședință, acesta informează președintele Comisiei cu cel puțin 3 zile înainte de ședință.
20. Deciziile se iau prin consensul membrilor Comisiei care participă la ședință. În cazul în care membrii Comisiei nu ajung la un consens, deciziile se iau cu votul majorității membrilor Comisiei care participă la ședință. Fiecare membru al Comisiei dispune de un vot. În caz de egalitate de voturi, votul președintelui Comisiei este decisiv, iar în absența unui astfel de vot, votul vicepreședintelui Comisiei este decisiv.
21. Solicitantul sau reprezentantul acestuia, angajații instituțiilor de asistență medicală și alte părți terțe de la care se poate recupera ulterior o despăgubire în cadrul unui recurs, precum și experții angajați de Comisie au dreptul de a participa la ședința Comisiei.
22. Secretariatul Comisiei, care face parte integrantă din Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților, este nominalizat pentru a oferi sprijin tehnic pentru activitatea Comisiei.
23. Secretariatul Comisiei:

- 23.1. înregistrează cererile pacientului (reprezentantul acestuia) și ale altor părți interesate adresate Comisiei și informează în scris solicitantul cu privire la primirea acestora;
- 23.2. înregistrează și colectează alte documente primite adresate Comisiei;
- 23.3. cel târziu în termen de 2 zile lucrătoare de la primirea cererii pacientului (reprezentantului acestuia) și a altor părți interesate, transmite copii ale acesteia tuturor membrilor Comisiei;
- 23.4. pregătește materialele pentru ședința Comisiei;
- 23.5. colectează informațiile necesare pentru activitatea Comisiei;
- 23.6. îndeplinește alte sarcini ale Comisiei sau ale președintelui Comisiei care organizează activitatea Comisiei.
24. Activitatea Comisiei și a secretariatului acesteia este organizată din punct de vedere financiar și tehnic prin intermediul alocațiilor bugetare Consiliului/Agenciei pentru Siguranța Pacienților, cu sprijinul material al Oficiului Avocatului Poporului din Republica Moldova.
25. Membrii Comisiei primesc o remunerare pentru participarea la activitățile Comisiei. Procedura de remunerare se stabilește de către Guvern.
26. Ședințele Comisiei sunt consemnate în procese-verbale. Procesul-verbal conține: data și locul ședinței, numele președintelui și al membrilor Comisiei, precum și componența secretariatului Comisiei, problemele discutate în cadrul ședinței, alți participanți la ședință, rezultatele votului, deciziile. Procesul-verbal este întocmit de un angajat al Secretariatului Comisiei și semnat de președintele Comisiei și de un angajat al Secretariatului Comisiei.
27. Comisia examinează cererea și ia o decizie în termen de cel mult 3 luni de la data primirii cererii, cu excepția cazului în care legea prevede altfel. În cazul în care, din motive obiective, cererea nu poate fi examinată și nu se poate lua o decizie în acest termen, la cererea Comisiei, Ombudsmanul Republicii Moldova poate prelungi acest termen, dar nu mai mult de două luni.
28. Procesul-verbal al ședinței Comisiei se întocmește în termen de 3 zile lucrătoare de la data deciziei.
29. Decizia Comisiei se ia în scris și se confirmă prin semnătura președintelui Comisiei.
30. Decizia luată de Comisie este trimisă solicitantului și celorlalte părți interesate în termen de 5 zile lucrătoare de la data deciziei.
31. Deciziile Comisiei sunt obligatorii pentru instituțiile de asistență medicală individuală, pentru pacient sau pentru alte persoane care au dreptul la despăgubiri pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare.

IV. RECURS

32. Pacientul (reprezentantul acestuia), altă persoană interesată și (sau) instituția individuală de asistență medicală, în cazul în care nu sunt de acord cu decizia Comisiei, în termen de 30 de zile de la data deciziei, precum și persoanele care nu au fost prezente în timpul deciziei - în termen de 30 de zile de la data la care decizia a devenit cunoscută, dar nu mai târziu de 90 de zile de la data deciziei, au dreptul de a ataca decizia Comisiei în instanță în modul prevăzut de lege.

ANEXA 6. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND REGULAMENTUL CU PRIVIRE LA ACTIVITATEA COMISIEI PENTRU DETERMINAREA PREJUDICIULUI ADUS SĂNĂTĂȚII PACIENȚILOR

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Prezentul regulament stabilește procedura de lucru a Comisiei pentru determinarea prejudiciului adus sănătății pacienților (în continuare – Comisia).
2. Comisia este un organism preprocesual care examinează litigiile privind despăgubirile pentru prejudiciile cauzate pacienților, cu excepția litigiilor care decurg din relațiile de asigurare de răspundere civilă.
3. Comisia are competență numai în cazurile de despăgubire a pacienților în care prejudiciul a avut loc după 1 ianuarie 2022.
4. Comisia ia în considerare numai acele cereri care sunt însoțite de un răspuns scris din partea conducătorului instituției medicale cu privire la cererile de despăgubire menționate în cerere.
5. În activitatea sa, Comisia se ghidează după Constituția Republicii Moldova și după alte acte juridice ale Republicii Moldova, după Statutul Comisiei și după prezentul Regulament al Comisiei.
6. Activitatea Comisiei se bazează pe principiile de colegialitate a examinării problemelor, democrație, legalitate, precum și pe responsabilitatea personală a membrilor Comisiei pentru activitatea acesteia. Toate informațiile despre pacienți transmise Comisiei sunt considerate confidențiale.

II. ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII COMISIEI

7. Pentru susținerea tehnică a activității Comisiei în temeiul legislației se creează o subdiviziune structurală în cadrul Oficiului Avocatului Poporului din Republica Moldova – Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților.
8. Cererile pacientului (reprezentantul acestuia) și ale altor părți interesate adresate Comisiei sunt înregistrate de către Secretariatul Comisiei, care face parte din Consiliul/ Agenția pentru Siguranța Pacienților, pe un suport informatizat, cu indicarea datei de primire și a numărului documentului, și sunt trimise președintelui Comisiei sau adjunctului acestuia.

La primirea plângerii reclamantului, secretariatul Comisiei trimite o copie a plângerii persoanei interesate (respondent), care are obligația de a oferi un răspuns motivat la plângerea pacientului, în scris și în format electronic, în termen de 5 zile calendaristice de la data primirii plângerii.

9. La primirea unei cereri din partea unui pacient (reprezentantul acestuia) și a altor părți interesate, președintele Comisiei sau adjunctul acestuia o examinează și emite un aviz.
10. Printr-o scrisoare semnată de președintele Comisiei sau de vicepreședintele Comisiei sau, în numele acestora, de șeful secretariatului Comisiei, solicitantul este informat cu privire la faptul că pacientul (reprezentantul său) și alte părți interesate au primit ce-

rerea cel târziu în termen de 5 zile calendaristice de la data primirii cererii și cu privire la data examinării cererii cel târziu cu 5 zile calendaristice înainte de ședința programată a Comisiei.

11. În termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data primirii cererii pacientului (reprezentantului acestuia) și a altor părți interesate, secretariatul Comisiei transmite copii tuturor membrilor Comisiei.
12. Documentele solicitanților depuse la Comisie nu se returnează și se păstrează la secretariatul Comisiei. Secretariatul Comisiei păstrează documentația Comisiei.

III. ȘEDINȚELE COMISIEI

13. Ședințele comisiei se țin cel puțin o dată pe lună.
14. O ședință a Comisiei este convocată și prezidată de președintele Comisiei.
15. Secretariatul Comisiei informează membrii Comisiei, solicitantul (reprezentantul acestuia) și alte părți interesate și, dacă este necesar, experții, cu cel puțin 5 zile calendaristice înainte de următoarea ședință.
Medicii și asistenții medicali despre a căror calitate neconformă a asistenței medicale se plânge pacientul pot fi invitați la ședințele comisiei.
16. Secretariatul Comisiei prezintă membrilor Comisiei ordinea de zi a ședinței cu cel puțin 5 zile calendaristice înainte.
17. Ședințele Comisiei sunt legale dacă la ele participă cel puțin cinci membri ai Comisiei. Membrul Comisiei notifică secretariatul Comisiei cu privire la participarea sa cu 3 zile calendaristice înainte.
18. Deciziile se iau prin consens între membrii Comisiei care participă la ședință. În cazul în care membrii Comisiei nu ajung la un consens, deciziile se iau cu votul majorității membrilor Comisiei care participă la ședință. Fiecare membru al Comisiei dispune de un vot. În caz de distribuție egală a voturilor, votul președintelui Comisiei este decisiv, iar în absența unui astfel de vot, votul vicepreședintelui Comisiei este decisiv.
19. Comisia ia o decizie în termen de cel mult 3 luni de la data primirii cererii, cu excepția cazului în care legea prevede altfel.

IV. PUNEREA ÎN APLICARE A DECIZIILOR COMISIEI

20. Ședințele Comisiei sunt consemnate într-un proces-verbal care indică: data și locul ședinței, numele și prenumele președintelui și membrilor Comisiei, angajatul Secretariatului Comisiei, participanții la ședință, problemele discutate în cadrul ședinței, rezultatele votului, decizia. Procesul-verbal este întocmit de un angajat al Secretariatului Comisiei și semnat de președintele Comisiei și de un angajat al Secretariatului Comisiei.
21. Procesul-verbal al ședinței Comisiei se întocmește în termen de 3 zile lucrătoare de la data deciziei.
22. Decizia Comisiei se execută în scris și se confirmă prin semnătura președintelui Comisiei. Decizia Comisiei precizează: locul și data deciziei; denumirea și componența Comisiei; numele și componența Comisiei; numele părților în litigiu și ale reprezentanților acestora care au participat la ședință; conținutul plângerii (cererii); circum-

stanțele stabilite de Comisie; esența deciziei luate; procedura și condițiile de contestare a deciziei. Un membru al Comisiei desemnat de președintele Comisiei pentru a pregăti un raport privind o plângere specifică a unui pacient transmite electronic, în ziua următoare ședinței Comisiei, decizia adoptată în cadrul ședinței Comisiei către Secretariatul Comisiei, care include: circumstanțele stabilite de Comisie; esența deciziei adoptate .

23. Decizia luată de Comisie este trimisă solicitantului și celorlalte părți interesate în termen de 5 zile lucrătoare de la data deciziei.

V. ACHITAREA LUCRULUI COMISIEI

24. Cu membrii Comisiei se încheie contracte de prestări servicii.
25. Pe baza proceselor-verbale ale ședințelor Comisiei, secretariatul Comisiei ține o evidență a activităților Comisiei, indicând timpul de lucru al fiecărui membru al Comisiei în ore la ședințe, numărul de cereri examinate și participarea în instanțe.
26. Din alocațiile financiare ale Consiliului/Agenției pentru Siguranța Pacienților, membrul Comisiei primește suma stabilită pentru o oră de ședință, suma stabilită pentru pregătirea cererii unui pacient în vederea examinării în cadrul unei ședințe a Comisiei și suma stabilită pentru reprezentarea în instanță în timpul examinării unei cauze civile, astfel cum a fost decisă de Comisie. Președintele Comisiei (în absența acestuia - vicepreședintele Comisiei) primește o remunerație suplimentară de 30 % din remunerația efectiv acumulată în ore pentru fiecare ședință a Comisiei.

ANEXA 7. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND DESCRIEREA CERINȚELOR FAȚĂ DE PLÂNGEREA PACIENTULUI ȘI A DOCUMENTELOR PREZENTATE ODATĂ CU PLÂNGEREA

1. Cerințele față de plângerea pacientului și a documentelor depuse împreună cu plângerea, înaintate de către persoana în cauză la instituția medicală unde consideră că i-au fost încălcate drepturile.
2. Plângerea trebuie să precizeze:
 - 2.1. numele și prenumele pacientului, locul de reședință al acestuia - adresa, numărul de telefon și/sau adresa de e-mail;
 - 2.2. în cazul în care plângerea este depusă de către reprezentantul pacientului - numele și prenumele reprezentantului, locul de reședință al acestuia - adresa, numărul de telefon și/sau adresa de e-mail;
 - 2.3. drepturile pacientului, care, în opinia sa, au fost încălcate în instituția medicală;
 - 2.4. circumstanțele în care au fost încălcate drepturile pacientului (descriere liberă);
 - 2.5. cererile pacientului de despăgubire pentru încălcarea drepturilor sale (de exemplu, furnizarea de servicii medicale persoanei respective, restituirea banilor plătiți pentru servicii etc.).
3. Documente care trebuie să fie prezentate împreună cu plângerea:
 - 3.1. documentul de confirmare a identității pacientului (copie);
 - 3.2. în cazul în care plângerea este depusă de către reprezentantul pacientului - documentul de certificare;
 - 3.3. dacă pacientul deține documente care confirmă circumstanțele menționate în plângere și care justifică cerințele menționate în plângere.
4. Documentele menționate la punctul 3, copiile și extrasele acestora trebuie să fie confirmate de un notar sau de alte persoane în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

ANEXA 8. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND PRETENȚIILE PACIENTULUI PENTRU DESPĂGUBIREA PREJUDICIILOR (PECUNIARE ȘI NEPECUNIARE) CAUZATE SĂNĂȚĂII ACESTUIA

(data/luna/anul)

(locație)

CAPITOLUL I

DATE GENERALE

1. Pacient:
 - 1.1. Nume, prenume;
 - 1.2. IDNP;
 - 1.3. Adresă de domiciliu;
 - 1.4. Numărul de telefon al pacientului;
 - 1.5. Adresa de e-mail a pacientului
2. Reprezentantul pacientului:
 - 2.1. Numele, prenumele;
 - 2.2. IDNP;
 - 2.3. Adresa de domiciliu;
 - 2.4. Numărul de telefon al persoanei;
 - 2.5. Adresa de e-mail a persoanei
3. Solicit despăgubiri pentru prejudiciile aduse sănătății pacientului ("prejudiciu"):
pecuniare _____ Lei
nepecunicare _____ Lei
4. Solicit ca compensarea pentru prejudiciu să fie transferată către:
instituție bancară;
numărul de cont bancar personal al pacientului

CAPITOLUL II DETALII PRIVIND PREJUDICIILE

CAPITOLUL III DETALII PRIVIND PIERDEREA MATERIALĂ CAUZATĂ DE PREJUDICIU

CAPITOLUL IV DETALII CU PRIVIRE LA PIERDEREA MORALĂ REZULTATĂ DIN PREJUDICIU

NOTĂ. Cererea trebuie să conțină în această secțiune informațiile specificate, susținute de documente sau de copii ale acestora.

- Certific că informațiile furnizate în această cerere și în alte documente sunt corecte și exacte.

- Confirm că sunt familiarizat(ă) cu drepturile pacientului și cu despăgubirea pacientului pentru prejudiciile aduse sănătății, precum și cu posibilele despăgubiri în conformitate cu legislația Republicii Moldova.
- Sunt de acord că în această anexă și în alte documente necesare pentru examinarea corectă a cererii mele, datele mele personale să fie prelucrate în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

Prin această solicitare, vă prezint:

1. (____ file).
2. (____ file).
3. (____ file).
4. (____ file).
5. (____ file).

(Semnătura pacientului sau a reprezentantului acestuia)

(Numele și prenumele pacientului sau al reprezentantului acestuia)

ANEXA 9. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND PRETENȚIILE ALTEI PERSONAE, CARE ARE DREPTUL LA DESPĂGUBIREA PREJUDICIILOR (PECUNIARE ȘI NEPECUNIARE) CAUZATE SĂNĂTĂȚII PACIENTULUI

(data/luna/anul)

(locație)

CAPITOLUL I

DATE GENERALE

1. Pacient:
 - 1.1 Nume, prenume
 - 1.2 IDNP
 - 1.3. Adresă de domiciliu
2. O altă persoană care are dreptul la la despăgubiri [adică o persoană care, în ziua decesului pacientului, era dependentă financiar și material de pacient și avea dreptul de a primi întreținere de la acesta (copii minori (copii adoptivi), soț/soție, părinți șomeri (părinți adoptivi), copiii ai pacientului decedat născuți după decesul acestuia și părinții apți de muncă (părinți adoptivi) și copiii adulți (copii adoptivi) ai pacientului decedat]):
 - 2.1 Numele, prenumele
 - 2.2 IDNP
 - 2.3 Adresa de domiciliu
 - 2.4. Numărul de telefon al persoanei
 - 2.5. Adresa de e-mail a persoanei
3. Reprezentantul pacientului care are dreptul de a primi despăgubiri pentru pacient:
 - 3.1 Numele, prenumele
 - 3.2 IDNP
 - 3.3 Adresa persoanei
 - 3.4 Numărul de telefon al persoanei
 - 3.5. Adresa de e-mail a persoanei
4. Solicit despăgubiri pentru prejudiciile survenite ca urmare a prejudiciului adus sănătății pacientului (denumite în continuare „prejudiciu”):

pecuniar _____ Lei

nepecuniar _____ Lei
5. Solicit ca compensarea pentru prejudiciu fie transferată către:

instituție bancară

numărul de cont bancar personal al persoanei

CAPITOLUL II

DETALII PRIVIND PREJUDICIU

CAPITOLUL III

DETALII PRIVIND PIERDEREA MATERIALĂ CAUZATĂ DE PREJUDICIU

CAPITOLUL IV

DETALII CU PRIVIRE LA PIERDEREA MORALĂ REZULTATĂ DIN PREJUDICIU

NOTĂ. Cererea trebuie să conțină în această secțiune informațiile specificate, susținute de documente sau de copii ale acestora.

- Certific că informațiile furnizate în prezenta cerere și în alte părți ale documentelor sunt corecte și exacte.
- Confirm că sunt familiarizat(ă) cu drepturile pacientului și cu despăgubirile pentru prejudiciile aduse sănătății pacientului, precum și cu despăgubirile corespunzătoare în conformitate cu legislația Republicii Moldova.
- Sunt de acord că în această anexă și în alte documente necesare pentru examinarea corectă a cererii mele, datele mele personale să fie prelucrate în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

Prin această solicitare, vă prezint:

1. (____ file).
2. (____ file).
3. (____ file).
4. (____ file).
5. (____ file).

(Semnătura celeilalte persoane care are dreptul la despăgubire sau a reprezentantului acesteia)

(Numele și prenumele altei persoane care are dreptul la despăgubiri sau reprezentantul acesteia)

ANEXA 10. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND DESCRIEREA PROCEDURII DE DESPĂGUBIRE PENTRU PREJUDICIILE (PECUNIARE ȘI NEPECUNIARE) CAUZATE SĂNĂȚĂȚII PACIENTULUI

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Procedura de despăgubire a prejudiciului pecuniar și nepecuniar cauzat sănătății pacientului (denumit în continuare “Procedura”) stabilește succesiunea procesului pentru pacient și pentru alte persoane care au dreptul la despăgubire a prejudiciului (și anume o persoană care în ziua decesului pacientului era dependentă financiar și material de pacient și avea dreptul de a primi întreținere din partea acestuia (copii minori (copii adoptivi), soțul/soția, părinții șomeri (părinți adoptivi), copiii pacientului decedat născuți după decesul acestuia, precum și persoanele apte de muncă ale pacientului decedat) și care se pot adresa Comisiei pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților (denumită în continuare “Comisia”). Comisia are dreptul de a decide cu privire la determinarea prejudiciului, la valoarea și amploarea acestuia, la cuantumul despăgubirii pentru prejudiciul cauzat pacientului și altor persoane care au dreptul la despăgubire (și anume o persoană care, în ziua decesului pacientului, era dependentă financiar și material de pacient și avea dreptul de a primi întreținere din partea acestuia [copii minori (copii adoptivi), soț/soție, părinți șomeri (părinți adoptivi), copii născuți după decesul pacientului, precum și părinții ați de muncă (părinți adoptivi) și copiii adulții (copiii adoptive) a pacientului decedat].

II. PROCEDURA DE DEPUNERE A CERERILOR LA COMISIE ȘI DE EVALUARE A CONFORMITĂȚII ACESTORA CU CERINȚELE STABILITE

2. Pacientul sau o altă persoană care are dreptul la despăgubire (denumită în continuare “Solicitantul”) depune cererea la Comisie direct (după sosirea la Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților sau la distanță (trimisă prin scrisoare recomandată, prin curierat, în format electronic prin e-mail sau alte forme de comunicare electronică cu posibilitatea de a identifica solicitantul).
3. Secretarul Comisiei înregistrează în Consiliu/Agenția pentru Siguranța Pacienților toate documentele menționate la alineatul 2., le evaluează în conformitate cu cerințele și le predă:
 - 3.1. în cazul în care au fost depuse toate documentele și dacă cererea și toate documentele îndeplinesc cerințele, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data primirii cererii, informează Solicitantul cu privire la primirea documentelor sale și înmânează cererea și documentele președintelui Comisiei (originale) și tuturor membrilor Comisiei (copii);
 - 3.2. în cazul în care nu sunt prezentate toate documentele sau o parte dintre acestea nu îndeplinesc cerințele minime, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data primirii cererii, informează Solicitantul cu privire la primirea documentelor sale, indicând deficiențele și, în termen de 30 de zile, așteaptă informații suplimentare din partea Solicitantului cu remedierea deficiențelor din cerere și documente. În

cazul în care persoana care a depus cererea (Solicitantul) nu trimite documentele cu deficiențele corectate în termenul specificat sau dacă aceste deficiențe nu sunt eliminate în documentele primite de secretarul Comisiei, cererea este înaintată președintelui Comisiei (originale) și tuturor membrilor Comisiei (copii) în vederea luării unei decizii.

În cazul în care Comisia decide că cererea prezintă deficiențe, secretarul Comisiei informează Solicitantul în acest sens în termen de 5 zile lucrătoare de la decizia Comisiei și, în termenul specificat de Comisie, așteaptă informații din partea Solicitantului cu privire la remedierea deficiențelor, precum și îl informează că, în cazul în care nu remediază deficiențele, cererea nu va fi supusă examinării Comisiei. În acest caz, solicitantul are dreptul de a depune o nouă cerere la Comisie, prezentând din nou toate documentele.

4. În cazul în care, la punctul 3.2. pe cazul respectiv, Comisia decide că cererea este neconformă, secretarul Comisiei informează persoana care a depus cererea (Solicitantul) în acest sens în termen de 5 zile lucrătoare de la data deciziei Comisiei, precum și prin telefon sau e-mail. În decizia sa, Comisia precizează că persoana care a depus cererea (Solicitantul) are dreptul de a se adresa instanței.
5. În cazul în care cererea nu este luată în considerare de către Comisie, secretarul Comisiei returnează cererea și toate documentele persoanei care a depus cererea (Solicitantul) în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data deciziei Comisiei și o informează pe aceasta prin telefon sau e-mail. În decizia sa, Comisia precizează că persoana care a depus cererea (Solicitantul) are dreptul de a se adresa instanței.

În cazul în care cererea este luată în considerare de către Comisie, cererea și toate documentele nu vor fi returnate Solicitantului și vor fi păstrate în dosarul Consiliului/ Agenției pentru Siguranța Pacienților timp de 3 ani de la data la care a fost depusă cererea.

6. Secretarul Comisiei, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la primirea cererii și a documentelor sau a cererii și a documentelor cu înlăturarea deficiențelor, trimite scrisori instituțiilor medicale prin care solicită toate documentele (inclusiv documentele medicale ale pacientului (copii), ale instituției înseși și ale specialiștilor curanți ai pacientului (explicații)), care conțin toate informațiile necesare despre serviciile furnizate pacientului (inclusiv informații despre pacient la momentul internării în instituție, starea de sănătate a acestuia, diagnosticul, prognosticul și procesul de tratament), care vor fi necesare pentru evaluarea și luarea deciziei Comisiei. Instituția medicală trebuie să furnizeze Comisiei aceste documente în termen de 10 zile lucrătoare de la primirea scrisorii din partea secretarului Comisiei.

III. PROCEDURA DE EXAMINARE A CERERILOR DE CĂTRE COMISIE ȘI DECIZIA COMISIEI PRIVIND ACORDAREA DE DESPĂGUBIRI PENTRU PREJUDIICIILE SUFERITE

7. Președintele Comisiei, după primirea cererii, desemnează unul dintre membrii Comisiei ca raportor responsabil cu prezentarea cererii și a documentelor descrise la pct. 6. în cadrul ședinței Comisiei (denumit în continuare “raportorul”).
8. Secretarul Comisiei informează, cel târziu în următoarea zi lucrătoare de la primirea documentelor de la instituțiile descrise la pct.6, președintele Comisiei, care stabilește

ziua și ora ședinței Comisiei. Secretarul Comisiei notifică tuturor membrilor Comisiei cu privire la reuniunea Comisiei cel târziu în termen de 5 zile calendaristice, cu privire la cererea solicitantului și/sau a reprezentantului acestuia, și în scris prezintă membrilor Comisiei documentele furnizorilor instituțiilor descrise la pct. 6. cu informații privind ora ședinței Comisiei. Solicitantul și/sau reprezentantul acesteia, precum și instituția care a prezentat documentele descrise la punctul 6. sunt informate că participarea la reuniunea Comisiei este opțională și că, în timpul reuniunii Comisiei, li se poate solicita să ofere explicații cu privire la documentele prezentate.

9. În cadrul ședinței, Comisia audiază raportorul, precum și cererea Solicitantului și a reprezentantului instituției, în cazul în care aceștia participă și preferă să fie audiați sau Comisia adoptă o decizie care identifică necesitatea de a audia cererea Solicitantului și/sau a reprezentantului instituției sau necesitatea de a obține opinia unui expert din Lista sau a unui alt specialist SS pentru a lua o decizie, precum și a instituțiilor medicale, a altor persoane care dețin informațiile necesare care au legătură cu cererea și influențează decizia Comisiei. În cazul în care Comisia ia o decizie care îndeplinește din punct de vedere juridic cerințele specificate în regulamente, decizia Comisiei trebuie să includă una dintre aceste decizii:
 - 9.1. prejudiciul cauzat sănătății pacientului îndeplinește criteriile prevăzute de lege;
 - 9.2. prejudiciul cauzat sănătății pacientului nu îndeplinește criteriile legale dacă:
 - 9.2.1. nu a existat niciun prejudiciu pentru sănătatea pacientului atunci când i-au fost furnizate servicii medicale;
 - 9.2.2. în timpul furnizării de servicii medicale, sănătatea pacientului a fost afectată, dar a fost un prejudiciu inevitabil care îndeplinește cel puțin unul dintre aceste criterii:
 - 9.2.2.2.1. este o consecință sau o complicație a unei boli sau tulburări de sănătate pe care pacientul o avea înainte de furnizarea serviciilor medicale menționate în cerere și care nu ar fi putut fi evitată în conformitate cu stadiul actual al științei și cu bunele practici medicale;
 - 9.2.2.2.2. este o boală sau o tulburare de sănătate care apare din cauza individualității pacientului;
 - 9.2.2.2.3. este o boală sau o afecțiune care apare ca urmare a utilizării medicamentelor atunci când depozitarea, prepararea, caracterizarea și utilizarea acestora respectă cerințele legale și de protocol stabilite în țară;
 - 9.2.3. atunci când i s-au a furnizat servicii medicale unei persoane, sănătatea acesteia a fost afectată, dar pacientul însuși a contribuit la aceasta prin acțiunile (inacțiunea) sa:
 - 9.2.3.1. în mod conștient (intenționat) sau din cauza unei neglijențe grave, nu au fost îndeplinite îndatoririle pacientului atunci când, dacă ar fi fost îndeplinite, prejudiciul lor ar fi fost evitat și/sau;
 - 9.2.3.2. nerespectarea, în mod deliberat (intenționat) sau din cauza unei mari neglijențe, a celor mai simple măsuri de precauție, percepute de toți oamenii, atunci când se furnizează servicii de îngrijire a sănătății unei persoane, dacă prejudiciul ar fi fost evitat dacă acestea ar fi fost efectuate.
10. Atunci când Comisia decide cu privire la valoarea despăgubirii pentru prejudiciul cauzat sănătății pacientului în cazurile specificate la subpunctul 9.1, valoarea despăgubirii specificată în decizie poate fi diferită de valoarea despăgubirii specificate în cerere.

11. În cazul în care Comisia decide că este necesar să se adreseze unui specialist de pe lista de experți în ceea ce privește concluziile care necesită cunoștințe speciale și/sau să obțină de la alte persoane fizice sau juridice informațiile necesare pentru decizia Comisiei, secretarul Comisiei se adresează în scris specialistului sau persoanei fizice sau juridice respective, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare, cu solicitarea de a furniza aceste informații. Celelalte persoane fizice și juridice menționate în prezentul punct trimit informațiile Comisiei cel târziu în termen de 5 zile lucrătoare de la data primirii cererii respective de la secretarul Comisiei. La primirea informațiilor de la experți, de la alte persoane fizice sau juridice, secretarul Comisiei informează, cel târziu în următoarea zi lucrătoare de la primirea acestor informații, președintele Comisiei, care stabilește data și ora ședinței Comisiei.

Secretarul Comisiei notifică cu privire la ședința Comisiei cel târziu în termen de 5 zile calendaristice toți membrii Comisiei, cu privire la cererea persoanei care a depus documentele și (sau) reprezentantul acesteia în scris, precum și documentele depuse de către instituțiile descrise la pct.6, experții și specialiștii din SS în forma obișnuită, cu informații despre ora ședinței Comisiei, precum și cu informații pentru aceștia că participarea lor la ședința Comisiei nu este obligatorie și că în timpul ședinței Comisiei li se poate cere să ofere explicații cu privire la documentele depuse. Tuturor acestora li se pun la dispoziție concluzia experților și specialiștilor din SS, alte documente primite, cu excepția documentelor medicale. În cazul în care Comisia decide că, în timpul ședinței Comisiei, este necesar să se asculte cererea persoanei care prezintă cererea (Solicitantul) și (sau) a reprezentantului acesteia și/sau a reprezentantului instituției în care a fost cauzat prejudiciul sau să primească explicații la documentele prezentate, acestora li se furnizează, de asemenea, informațiile care urmează să fie discutate în cadrul ședinței Comisiei. În cazul în care Comisia decide că, în timpul reuniunii Comisiei, este necesar să asculte experții sau specialiștii SS sau să primească explicații cu privire la documentele prezentate de aceștia, acestora li se furnizează, de asemenea, informațiile care urmează să fie discutate în cadrul reuniunii Comisiei.

12. Președintele Comisiei organizează activitatea Comisiei în conformitate cu legea, Statutul și Regulamentul de activitate a Comisiei. Președintele Comisiei, după ce a stabilit că, din motive obiective (leziuni complexe ale pacientului (deces, nu este clar în ce instituție a fost produsă prejudiciul), sunt necesare concluzii suplimentare, expertiză și alte documente pentru luarea deciziei), nu va putea lua decizia descrisă la punctul 9. după termenul stabilit de legislație, se adresează Avocatului Poporului Republicii Moldova cu o cerere de prelungire a termenului în care Comisia trebuie să ia o decizie, dar nu mai mult de încă 2 luni.

În cazul în care se primesc informații cu privire la începerea unei anchete prealabile sau la faptul că există o cauză penală pe rol în instanță cu privire la această cerere, Comisia decide să sisteze toate demersurile referitoare la cerere până la decizia finală a anchetei prealabile sau a hotărârii judecătorești. Secretarul Comisiei notifică cu privire la această decizie a Comisiei cel târziu în termen de 5 zile calendaristice toți membrii Comisiei, persoana care a depus cererea și (sau) reprezentantul acesteia în scris, precum și documentele instituțiilor care au depus cererea descrise la punctul 6, experții și specialiștii din SS care au participat la analiza cererii în forma obișnuită.

13. Decizia Comisiei se ia în scris și este semnată de președintele și de secretarul Comisiei. În decizia Comisiei se menționează decizia, locul și data, numele Comisiei, componența acesteia, conținutul cererii, circumstanțele stabilite de Comisie, decizia și justi-

ficarea acesteia, precum și informația că persoana care a depus cererea (Solicitantul) are dreptul de a se adresa instanței.

14. Secretarul Comisiei cu privire la decizia Comisiei în termen de cel mult 7 zile lucrătoare de la decizia Comisiei:
 - 14.1. trimite decizia persoanei care a depus cererea și (sau) reprezentantului acesteia (Solicitantului). Decizia Comisiei este transmisă în același mod în care a fost depusă cererea sau, în cazul unei cereri depuse direct, este trimisă prin scrisoare recomandată la adresa anexată;
 - 14.2. este trimisă prin poștă pentru instituția în legătură cu care Comisia a luat o decizie;
 - 14.3. este trimisă la CNAM pentru transferul despăgubirii financiare relevante în contul bancar indicat în Cerere.

IV. PROCEDURA DE STABILIRE A VALORII PREJUDICIULUI CARE TREBUIE DESPĂGUBIT

15. Valoarea despăgubirii este stabilită de Comisie după cum urmează:
 - 15.1. în conformitate cu pierderile directe cauzate de prejudiciul cauzat pacientului (cheltuieli rezonabile, necesare și rezonabile suportate pentru servicii medicale individuale, medicamente și dispozitive medicale, cu excepția celor plătite de CNAM, de bugetul de stat sau locale, precum și alte cheltuieli necesare și rezonabile direct legate de prejudiciul cauzat (pentru îngrijirea pacientului, pentru restabilirea sănătății pacientului și (sau) alte cheltuieli);
 - 15.2. în funcție de prejudiciile indirecte (venituri pierdute). Acestea includ numai acele venituri pierdute care ar fi putut fi încasate în mod rezonabil și justificat înainte de producerea prejudiciului și care nu au fost încasate din cauza prejudiciului cauzat pacientului (net din salariul mediu național, alte venituri medii încasate în ultimul an calendaristic, excluzând costurile forței de muncă și impozitele obligatorii).

Alte persoane care au dreptul la despăgubiri pentru prejudiciu și care aveau dreptul la întreținere integrală din partea pacientului primesc ca prejudicii indirecte (venituri neîncasate) o sumă egală cu suma calculată pentru întreținerea pacientului până la o anumită perioadă (vârstă) sau până la sfârșitul vieții acestuia (dacă este specificat), calculată în funcție de speranța de viață medie statistică a persoanelor de vârsta respectivă din țară.

Alte persoane care au dreptul la despăgubire, cu excepția celor care aveau dreptul la întreținere integrală din partea pacientului pe viață, primesc ca pierderi indirecte (venituri neîncasate) o sumă conform următoarelor calcule: venitul mediu al defunctului se împarte la 2 dacă cererea a fost făcută de o altă persoană cu drept la despăgubire, sau la 3, dacă cererea a fost făcută de 2 alte persoane cu drept la despăgubire, sau la 4 dacă cererea a fost făcută de 3 alte persoane cu drept la despăgubire etc., iar în cazul în care suma primită este inferioară nivelului minim de subzistență din țară pentru anul respectiv, aceasta trebuie înmulțită:

 - 15.2.1. cu numărul de luni rămase pentru pacientul decedat înainte de vârsta medie a speranței de viață a populației din țară în ziua decesului, cu excepția cazurilor menționate la punctul 15.2.2.;

- 15.2.2. cu numărul de luni rămase până la data la care copilul (persoana adoptată) împlinește vârsta majoratului, în cazul în care cealaltă persoană îndreptățită la indemnizație este un copil (persoană adoptată).
16. Comisia stabilește cuantumul despăgubirii nepecuniare după cum urmează:
- 16.1. în conformitate cu punctele evidențiate în tabelul 1, se atribuie puncte pentru fiecare criteriu care corespunde prejudiciului suferit, printr-o decizie a Comisiei. Punctele se atribuie în funcție de starea de sănătate a pacientului la momentul justificat prin documentele de sănătate ale pacientului;
- 16.2. suma de puncte obținută aritmetic se înmulțește cu 500 de lei.
17. Cuantumul despăgubirii, cu excepția cazului în care cererea este depusă de părinții și copiii adulți ai pacientului decedat care lucrează, se stabilește în conformitate cu sumele prevăzute în prezenta secțiune pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare. În prezentul alineat, cuantumul despăgubirii poate fi redus proporțional cu influența acțiunilor (omisiunilor) pacientului asupra prejudiciului suferit, în cazul în care Comisia constată că:
- 17.1. pacientul, cu bună știință (intenționat) sau din cauza unei neglijențe grave, nu a respectat obligațiile legale ale pacientului și dacă acestea ar fi fost respectate prejudiciul ar fi fost mai mic;
- 17.2. pacientul, cu bună știință (intenționat) sau din cauza unei neglijențe grave, nu a respectat cele mai simple, pentru toți oamenii, reguli acceptabile de comportament și prudență în timp ce beneficiază de servicii medicale, iar dacă acestea ar fi fost respectate, prejudiciul ar fi fost mai mic.

V. DISPOZIȚII FINALE

18. Deciziile Comisiei, concluziile experților, documentele persoanelor juridice și ale persoanelor fizice se păstrează în Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților, în conformitate cu normele stabilite în țară, timp de 3 ani de la data deciziei finale a Comisiei cu privire la o anumită cerere, iar în cazul în care persoana care a depus cererea a făcut recurs în instanță - timp de 3 ani de la data pronunțării hotărârii definitive în instanță. De asemenea, Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților păstrează documentele cererii timp de 1 an dacă acestea au fost ilizibile.

Tabelul 1.

Nr. d/o	Criterii de despăgubire pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare	Puncte pentru prejudiciu suferit
1.	Prejudiciu sănătății pacientului sau în caz de vătămare a pacientului (denumit în continuare „vătămare”):	
1.1.	Natura vătămării și complexitatea acesteia:	
1.1.1.	Pierderea ireversibilă sau afectarea ireversibilă a funcției organelor, a sistemelor sau a părților corpului (cu excepția dinților) din cauza unei vătămări - (punctele se acordă în funcție de importanța organelor, sistemelor sau părților corpului pentru viața și activitățile zilnice ale pacientului).	1-190

Nr. d/o	Criterii de despăgubire pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare	Puncte pentru prejudiciu suferit
1.1.2.	Din cauza unei vătămări, funcțiile organelor, ale sistemelor sau ale părților corpului (cu excepția dinților) au fost pierdute sau afectate, dar cu posibilitatea de a le restabili - (punctele se acordă ținând cont de importanța organelor, sistemelor sau părților corpului pentru viața și activitățile zilnice ale pacientului).	1-25
1.1.3.	Funcția de masticație este pierdută sau afectată permanent din cauza unei vătămări	3-35
1.1.4.	Funcția de masticație este pierdută sau afectată din cauza unei vătămări, dar poate fi restabilită	1-10
1.1.5.	Înteruperea sarcinii sau întreruperea necesară a sarcinii din cauza unei vătămări (atribuită în plus față de punctele de la punctele 1.1.1.-1.1.4. din prezentul tabel):	
1.1.5.1.	până la 12 săptămâni de sarcină	5-10
1.1.5.2.	13 până la 22 săptămâni de sarcină	11-20
1.1.5.3.	de la 23 de săptămâni de sarcină	21-30
1.1.6.	Pierderea funcției de reproducere. Punctele sunt atribuite în funcție de vârsta pacientului, de numărul de copii (atribuite în plus față de punctele de la punctele de la punctele 1.1.1.-1.1.5. din acest tabel).	30-80
1.1.7.	Afectarea reproducerii. Punctele se atribuie în funcție de vârsta pacientului, de numărul de copii (atribuite în plus față de punctele de la punctele 1.1.1.-1.1.5. din prezentul tabel).	10-30
1.2.	Efectul vătămării asupra naturii și amplitudinii vieții sociale a pacientului, ținând seama de următoarele circumstanțe:	1-20
1.2.1.	Este posibil să se facă aceeași muncă pe care pacientul o făcea înainte de vătămare și (sau) în funcție de calificarea profesională dobândită, calificarea a fost redusă sau pierdută.	
1.2.2.	Oportunități reduse sau pierdute de a se angaja în activități anterioare (altele decât munca)	
1.2.3.	Diminuarea sau pierderea oportunității de a învăța	
1.2.4.	Înteruperea căsătoriei unui pacient	
1.2.5.	Capacitatea redusă de a avea grijă de copii (copii adoptați) și/sau de alte rude de care pacientul a avut grijă înainte de vătămare	
1.2.6.	Capacitatea redusă de a întemeia o familie și de a concepe copii și/sau de a stabili noi legături sociale	
1.2.7.	Apariția deteriorării aspectului pacientului (în funcție de locul în care este localizată leziunea și dacă este vizibilă în viața de zi cu zi)	
1.3.	Natura și amploarea suferinței fizice (inclusiv a durerii) primite:	
1.3.1.	Nu mai mult de o săptămână de durere continuă pentru care au fost prescrise pentru tratament alte medicamente decât narcoticele	1
1.3.2.	Nu mai mult de o săptămână de durere continuă pentru care au fost prescrise medicamente narcotice pentru tratament	3
1.3.3.	O săptămână până la trei luni de durere continuă pentru care au fost prescrise medicamente narcotice pentru tratament	5
1.3.4.	Peste trei luni de durere continuă pentru care au fost prescrise pentru tratament alte medicamente decât narcoticele	5

Nr. d/o	Criterii de despăgubire pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare	Puncte pentru prejudiciu suferit
1.3.5.	Mai mult de trei luni de durere continuă pentru care au fost prescrise proceduri invazive pentru tratament	10
1.3.6.	A avut și alte neplăceri în afară de durere	1-10
1.4.	Afectarea sănătății și durata incapacității temporare de muncă	
1.4.1.	11-30 zile	3
1.4.2.	31-60 de zile	5
1.4.3.	61-90 de zile	7
1.4.4.	91-180 de zile	10
1.4.5.	181-364 de zile.	15
1.5.	Ca urmare a vătămării suferite, a suferit deficiențe psihice și tulburări de comportament de o natură și un grad de complexitate:	
1.5.1.	Deficiențe mentale și tulburări de comportament experimentate	5-10
1.5.2.	Deficiențele mentale și tulburările de comportament de care pacientul se plângea înainte de vătămare s-au agravat sau s-au agravat	1-5
1.6.	Starea de sănătate a pacientului înainte de vătămare (inclusiv natura și stilul de viață individual al pacientului):	
1.6.1.	Pacientul nu a avut o boală sau o deficiență care să rezulte din vătămare	2
1.6.2.	Vătămarea a provocat o exacerbare sau o agravare a unei boli sau a unei afecțiuni pe care pacientul o avea înainte de vătămare	1
1.7.	Valoarea pagubelor materiale:	
1.7.1.	15.000-50.000 lei	1
1.7.2.	Mai mult de 50.000 lei	2
1.8.	Alte circumstanțe importante care nu sunt enumerate în subpunctele 1.1.-1.7. din prezentul tabel includ	1-10
2.	În caz de deces.	
2.1.	O altă persoană care are dreptul la despăgubiri pentru prejudiciul suferit de pacient (pecuniar și nepecuniar) este pentru pacient:	
2.1.1.	Copil minor (copil adoptat)	150
2.1.2.	Un copil adult (copil adoptat)	50
2.1.3.	Soț	100
2.1.4.	Mama sau tatăl atunci când pacientul este minor	100
2.1.5.	Mama sau tatăl atunci când pacientul este adult	50
2.1.6.	Altă rudă îndreptățită la despăgubiri pentru daune	10
2.2.	O altă persoană care are dreptul la daune (pecuniare și nepecuniare) și de a evalua proximitatea și compactitatea sa și a pacientului în funcție de intensitatea comunicării lor și de grija unuia față de celălalt	1-50
2.3.	Faptul de întreținere materială de către un pacient a unei alte persoane care are dreptul la despăgubiri (pecuniare și nepecuniare):	
2.3.1.	Pacientul își făcea întreținerea completă	10
2.3.2.	Pacientul a contribuit la întreținerea acestuia	5

Nr. d/o	Criterii de despăgubire pentru prejudiciile pecuniare și nepecuniare	Puncte pentru prejudiciu suferit
2.4.	O altă persoană care are dreptul la despăgubiri (pecuniare și nepecuniare) și care a suferit o infirmitate mintală și tulburări de comportament:	
2.4.1.	Datorită decesului, a experimentat boli psihice și tulburări de comportament de natură și complexitate diferite	5-10
2.4.2.	Din cauza decesului, afecțiunile psihice și comportamentale de care se plângea încă dinainte de accidentare s-au agravat și s-au agravat.	3
2.5.	Impactul decesului unui pacient asupra vieții sociale, natura și volumul acestuia pentru o altă persoană care are dreptul la despăgubiri (pecuniare și nepecuniare):	
2.5.1.	Se instituie o tutelă instituțională sau se stabilește o îngrijire instituțională pentru el sau ea	10
2.5.2.	Nu este nevoie de îngrijire instituționalizată sau de tutelă	5
2.6.	Starea de sănătate a pacientului înainte de deces (inclusiv caracteristicile individuale ale pacientului și stilul de viață):	
2.6.1.	Pacientul nu a avut o boală sau o deficiență care a rezultat în urma vătămării și din care pacientul a decedat	2
2.6.2.	Pacientul avea o boală sau o afecțiune care a fost agravată sau agravată de vătămare și din cauza căreia pacientul a decedat.	1
2.7.	Valoarea pagubelor materiale:	
2.7.1.	15.000 - 50.000 lei	1
2.7.2.	Peste 50.000 de lei	2
2.8.	Punctele 2.1.-2.7. din acest tabel nu precizează circumstanțele.	1-10

ANEXA 11. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND DESCRIEREA PROCEDURII PENTRU PREZENTAREA CONCLUZIILOR EXPERTILOR ȘI SPECIALIȘTILOR DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE (SS) CARE NU SUNT INCLUȘI ÎN LISTA EXPERTILOR

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Experții din lista aprobată de Ministerul Sănătății (denumită în continuare Lista) și alți specialiști din sistemul de sănătate, care nu sunt incluși în Listă (denumiți în continuare - specialiști SS) implicați în furnizarea de concluzii, conform *Descrierii procedurii pentru prezentarea concluziilor experților și specialiștilor din sistemul de sănătate (SS) care nu sunt incluși în Lista experților*, (denumită în continuare – „Descriere”) definește procedura de lucru a acestora atunci când sunt implicați de către Comisia pentru determinarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților (denumită în continuare Comisia) pentru a furniza concluzii pentru care este necesară o expertiză specială.
2. În descriere, conceptele sunt utilizate în conformitate cu definițiile acestora din legi.
3. Expertul prezintă Comisiei, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data includerii sale pe listă și a celorlalți SS de specialitate, împreună cu concluziile pentru Comisie, o declarație de interese private și o promisiune de a nu divulga informații despre pacient și documentele obținute despre acesta. Expertul și specialistul SS prezintă o declarație de interese actualizată în termen de cel mult 1 zi lucrătoare de la data apariției unor modificări în declarația de interese private. Declarațiile de interese se transmit secretariatului Comisiei. Declarațiile de interese sunt păstrate în Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților timp de 4 ani.

II. PROCEDURA DE FORMARE A LISTEI DE EXPERTI ȘI SPECIALIȘTI ÎN SĂNĂTATE

4. Candiții pe lista specialiștilor SS pot fi propuși din proprie inițiativă, la propunerea unei organizații medicale profesionale, la propunerea oricărei instituții medicale, dacă îndeplinesc cerințele specificate în legislație.
5. Lista este gestionată de Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților. Pe site-ul său web, Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților anunță și actualizează în mod constant datele experților și specialiștilor SS: numele și prenumele expertului sau specialistului SS, numărul acestuia și calificarea profesională.
6. Pentru înscriere în lista specialiștilor SS este necesar:
 - 6.1. o cerere de a fi inclus în listă. Aceasta trebuie să conțină informații despre specialist: nume, prenume, cod personal, profesie și număr de identificare, număr de telefon, adresă de e-mail;
 - 6.2. cu cel puțin 12 luni în urmă, un certificat eliberat de instituția (instituțiile) sau o recomandare (recomandări) emisă (e) de instituție din care să reiasă experiența și calificarea activității profesionale;

- 6.3. completarea de către specialist SS, a unui formular de declarație de reputație ireproșabilă.
7. Organizația delegantă care propune specialistul SS pentru listă prezintă:
- 7.1. o cerere de includere a unui specialist în listă, care trebuie să conțină informații despre specialist: nume, prenume, cod personal, profesie și număr de identificare, număr de telefon, adresă de e-mail;
- 7.2. un consimțământ semnat de către specialist prin care acesta acceptă să fie propus pe listă;
- 7.3 documentele menționate în subpunctele 6.2 și 6.3.
8. Toate documentele descrise la subpunctele 6.2., 6.3., 7.2. și 7.3. se trimit prin poștă sau pe cale electronică prin intermediul unui document care să dovedească autenticitatea și responsabilitatea personală a expeditorului (denumit în continuare – „Expeditor”).
9. În cazul în care informațiile expeditorului nu îndeplinesc cerințele prevăzute la subpunctele 6.2., 6.3., 7.2. și 7.3., Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la primirea cererii, va trimite expeditorului un e-mail cu o propunere de corectare a deficiențelor în termen de 10 zile lucrătoare. În cazul în care expeditorul nu corectează deficiențele respective în termenul menționat, cererea sa este respinsă.
10. Lista conține date despre specialist: numele, prenumele, denumirea practicii (medicină, nursing, stomatologie), începutul și durata acestuia. Experții și specialiștii SS din Listă sunt grupați în funcție de două criterii: activitatea profesională (medicină, nursing, stomatologie) și data depunerii documentelor de către expeditor.
11. Expertul sau specialistul SS înscris pe listă este obligat să furnizeze Comisiei concluziile în conformitate cu legislația și să comunice Consiliului/Agenției pentru Siguranța Pacienților în termen de o zi lucrătoare orice abatere cu privire la datele sale.
12. În cazul în care datele din lista de experți sau de specialiști se modifică, acestea se actualizează imediat, dar nu mai târziu de 5 zile lucrătoare de la primirea lor.
13. Expertul sau Specialistul SS este eliminat din listă:
- 13.1. după ce a fost primită o cerere scrisă de eliminare din listă;
- 13.2. după ce a devenit clar că nu mai are o reputație ireproșabilă;
- 13.3. după ce a devenit clar că nu-și mai poate îndeplini funcțiile din cauza unei boli;
- 13.4. după ce s-a informat despre decesul acestuia;
- 13.5. după ce s-a descoperit că a încetat să mai practice medicina;
- 13.6. după ce se află că acesta a demisionat din funcțiile care i-au fost delegate în cadrul instituției medicale;
- 13.7. în cazul în care Comisia, în conformitate cu criteriile descrise la punctul 27, decide că acesta nu îndeplinește în mod satisfăcător o funcție pentru Comisie;
- 13.8. după ce a devenit clar că nu mai poate îndeplini funcțiile din alte motive definite prin lege.
14. Datele privind expertul sau specialistul SS sunt șterse temporar din listă (în termen de o zi lucrătoare), dacă se dovedește că practica acestuia este suspendată din cauza legislației.

15. Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților informează Comisia, în termen de o zi lucrătoare, cu privire la eliminarea temporară a expertului sau a specialistului SS din listă.

III. PROCEDURA DE FURNIZARE A CONSTATĂRILOR EXPERTILOR ȘI ALE SPECIALIȘTILOR DIN SISTEMUL SĂNĂTĂȚII (SS)

16. Comisia solicită concluziile experților sau ale specialiștilor SS în cazurile prevăzute de lege. Comisia selectează experții și specialiștii SS în funcție de calificările profesionale ale acestora.
17. În scopul formulării constatărilor, Comisia selectează din listă, rând pe rând, cu excepția următoarelor cazuri:
 - 17.1. în cazul în care, în conformitate cu declarația de interese, este evident că expertul sau specialistul SS nu poate furniza concluzii obiective, se selectează un alt expert sau specialist SS - următorul pe listă;
 - 17.2. în cazul în care expertul sau specialistul SS nu a prezentat o declarație de interese actualizată, iar Comisia deține informații cu privire la inexistența unei astfel de declarații. În acest caz, se selectează următorul pe listă;
 - 17.3. dacă ultima dată când expertul sau specialistul SS a colaborat cu Comisia în furnizarea concluziilor nu a îndeplinit cerințele prevăzute la punctul 21, atunci, în acest caz, se va selecta un alt expert sau specialist SS - următorul pe listă;
 - 17.4. Expertul sau specialistul SS în circumstanțele menționate la punctul 19 este selectat de Comisie în mod independent, indiferent de numărul său pe listă.
18. Același expert sau specialist SS nu poate fi selectat mai mult de o dată pe rând pentru a face constatări cu privire la un caz, cu excepția circumstanțelor menționate la punctul 19 sau atunci când pur și simplu nu există alte persoane cu calificări profesionale adecvate pe listă, sau în circumstanțele menționate la punctul 21.
19. În cazul în care Comisia decide, în mod rezonabil, că evaluarea unui caz necesită competențele și experiența specială a unui expert sau a unui specialist SS, aceasta solicită Consiliului/Agenției pentru Siguranța Pacienților să autorizeze selectarea unui specialist care nu figurează pe listă, dar care îndeplinește cerințele de la punctele 6.2., 6.3. și 7.3.
20. Solicitarea Comisiei adresată expertului sau specialistului SS de a prezenta constatări privind cazul, iar în acest scop informațiile necesare sunt furnizate în conformitate cu legislația.
21. În cazul în care expertul sau specialistul SS, după ce a primit o solicitare din partea Comisiei de a prezenta o concluzie cu privire la un caz, nu poate, din orice motiv, să facă acest lucru, acesta informează Comisia în cel mult o zi lucrătoare de la primirea solicitării în format electronic.
22. În cazul în care Comisia a solicitat o concluzie unui expert sau unui specialist SS care a fost retras de pe listă sau ale cărui date au fost temporar retrase de pe listă, Comisia decide să se adreseze unui alt expert sau specialist SS. În acest caz, expertul sau specialistul SS care a fost eliminat de pe listă sau ale cărui date au fost eliminate temporar de pe listă nu este plătit pentru activitatea sa.

23. Expertul sau specialistul SS furnizează Comisiei concluzia cazului într-un termen specificat, care nu poate fi mai scurt de 5 și mai lung de 10 zile lucrătoare de la data solicitării Comisiei.
24. În cazul în care expertul sau specialistul SS, după ce primește o solicitare din partea Comisiei de a furniza o concluzie cu privire la un caz, stabilește că sunt necesare informații suplimentare pentru a ajunge la o concluzie, acesta se adresează în scris Comisiei. Comisia ia o decizie și prelungeste în consecință termenul de îndeplinire a cererii.
25. În concluzie, expertul sau specialistul SS indică data și locul, numele și prenumele său, informațiile primite (inclusiv informațiile suplimentare) de la Comisie, precum și răspunsurile la întrebările Comisiei, dacă este cazul. Răspunsurile trebuie să fie detaliate, motivate și bazate pe informațiile primite.
26. În cazul în care Comisia decide că, în concluzia cazului, expertul sau specialistul SS nu a răspuns pe deplin sau că răspunsurile sale la întrebările Comisiei nu sunt justificate sau sunt nejustificate sau nemotivate, Comisia îl poate invita la ședință și poate obține explicații suplimentare cu privire la caz, precum și poate invita un alt expert sau specialist SS la ședință pentru a clarifica cazul. În acest caz, concluzia după discuțiile și dezbaterile finale din cadrul reuniunii Comisiei nu este nouă. În cazul în care expertul sau specialistul refuză să își completeze concluzia cu privire la caz sau refuză să răspundă la întrebările Comisiei, acesta nu este remunerat pentru îndeplinirea solicitării Comisiei.

IV. DISPOZIȚII FINALE

27. Criterii pe baza cărora Comisia decide că expertul sau specialistul SS nu își îndeplinește în mod corespunzător funcțiile:
 - 27.1. de două ori la rând sau de două ori într-un an calendaristic, concluzia este prezentată mai târziu decât termenul specificat din alte motive decât cele prevăzute la punctul 21;
 - 27.2. de două ori la rând sau de două ori într-un an calendaristic, concluzia prezentată este incompletă sau nu este pe deplin fundamentată, sau nu este motivată, sau conține informații contradictorii și:
 - 27.2.1. a refuzat să completeze concluziile sale privind cauza sau la întâlnirea cu Comisia pentru a răspunde la întrebări;
 - 27.2.2. nu a reușit să clarifice sau să completeze concluzia cazului prin intermediul Comisiei în termenul specificat sau nu s-a prezentat la o întâlnire cu Comisia în absența unor motive obiective.
28. Experții sau specialiștii SS, precum și membrii Comisiei, sunt contractați și remunerați de către Consiliu/Agenția pentru Siguranța Pacienților pentru activitatea desfășurată la cererea Comisiei.
29. Secretarul Comisiei ține evidența activității tuturor membrilor Comisiei, a experților și a specialiștilor SS angajați pentru succesul activității Comisiei, precum și a funcțiilor suplimentare: participarea în instanțe.
30. Expertul sau specialistul SS al Comisiei returnează Comisiei documentele primite odată cu încheierea cazului sau în termen de 3 zile lucrătoare în cazul în care refuză să îndeplinească cererea Comisiei.

ANEXA 12. PROIECT DE ACT NORMATIV PRIVIND PROCEDURA DE PLATĂ A PREJUDICIILOR DIN FONDUL DE DESPĂGUBIRE A PREJUDICIILOR ADUSE SĂNĂTĂȚII PACIENȚILOR ȘI DE RESTITUIRE A MIJLOACELOR PLĂTITE DIN FOND LA FOND

1. CNAM transferă o sumă de bani în contul bancar personal al unei persoane care are dreptul la despăgubirea pacientului pentru prejudiciul cauzat sănătății sale în timp ce primea servicii medicale personale:
 - 1.1. prin decizia Comisiei, suma specificată în termen de 15 zile de la decizia Comisiei;
 - 1.2. în cazul în care valoarea prejudiciului reparabil specificată în hotărârea judecătorească este mai mică decât valoarea prejudiciului reparabil specificată în decizia Comisiei, pacientul sau altă persoană care are dreptul la despăgubire este obligat să restituie Fondului suma primită drept despăgubire, în modul prevăzut în Descrierea procedurii de despăgubire pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului, într-o sumă egală cu diferența dintre sumele specificate în hotărârea judecătorească și decizia Comisiei, cel târziu în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a hotărârii judecătorești. Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților notifică în scris pacientul sau orice altă persoană care are dreptul la despăgubire pentru prejudiciul adus sănătății pacientului și care a primit despăgubirea prin decizia Comisiei, că în termenul menționat mai sus, mijloacele fără restituire vor fi creditate cu penalitate de întârziere în conformitate cu legislația Republicii Moldova pentru plata cu întârziere, aplicând rata de plată a plății întârziate.
 - 1.3. în cazul în care instanța de judecată satisface cererea civilă a pacientului sau a altei persoane care are dreptul la despăgubiri pentru daunele aduse sănătății pacientului (pecuniare și nepecuniare), introdusă în conformitate cu procedura stabilită de Codul de procedură penală, în termen de 10 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a hotărârii judecătorești, în conformitate cu procedura stabilită de Descrierea procedurii de despăgubire pentru prejudiciile (pecuniare și nepecuniare) cauzate sănătății pacientului, Fondul va fi debitat (transferat în contul bancar personal al persoanei) cu suma despăgubirilor compensatorii egală cu suma despăgubirilor compensatorii acordate prin hotărârea judecătorească care a intrat în vigoare.
2. În cazul în care Fondurile nu sunt suficiente în momentul respectiv pentru plata integrală a despăgubirilor, atunci, atât timp cât există mijloace suficiente în Fond, despăgubirile se plătesc în etape, în conformitate cu decizia Comisiei și succesiv fiecărui pacient succesiv sau altei persoane care are dreptul la despăgubiri. Consiliul/Agenția pentru Siguranța Pacienților informează pacientul sau altă persoană care are dreptul la despăgubire despre această situație în scris sau prin e-mail. În acest caz, CNAM este obligată să efectueze plata integrală către pacient sau către altă persoană care are dreptul la rambursare în termen de 5 zile lucrătoare, de îndată ce suma necesară este disponibilă în Fond. CNAM este obligată să actualizeze săptămânal informațiile privind situația financiară a Fondului pe pagina web oficială a sa.

X. ENGLISH SUMMARY

Project “Assurance of patients’ rights by strengthening the Institution of Ombudsman in Moldova” under the support of the Program “Development Cooperation and Humanitarian Aid” of the Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Lithuania through the Central Project Management Agency in Vilnius

Chisinau, 15 April 2024 - Prof. Juozas Galdikas, Head of the Project

Preface. The issues of medical errors, insurance of medical activity regarding the risk of making a mistake and harming the patient during medical services, as well as compensation for patients due to damaging their health became obvious even in the past century. Some countries in Europe and America tried to solve these issues. The real progress of medical science and practice, new drugs, new diagnostic, and treatment technologies became obvious after the Second World War. Naturally, it was followed with a higher risk for patient’s health. Consequently, more attention was paid to patients’ rights, their expectations from medical services in general, and accordingly, compensation for damage to their health.

An open discussion in the world has begun since 2000 by trying to solve the issues of improving the safety of patients by receiving medical services. Along with that, the question of human rights in the medical sector became increasingly acute: both for patients and for medical workers. The price for malpractice insurance for doctors has increased significantly as a consequence of the increased claims of patients in the millions of dollars in the form of compensation for the damage to their health when receiving medical services. Therefore, medical workers began to apply defensive tactics in their activities. The latter included the following: to prescribe non-essential medications (just in case, if the diagnosis could not be guessed 100%); to send the patient for consultations to even 3-5 specialists or carry out additional studies (not necessary for this diagnosis, but with the aim of avoiding possible error when identifying the patient’s diseases); refuse to change medications when they are ineffective for a specific patient with the goal of not recognizing a possible error in their prescription, etc. Such behavior of doctors led to additional unreasonable financial expenses of the insurance medical system, dissatisfaction of patients, and it could become an unmanageable process. Politicians, experts, associations of doctors and patients began to look for alternative solutions to these issues.

Denmark. The payment of compensation for patients for health damage during medical services was started in 1992. Today its scope and procedure are defined by the Liability for Injuries Act, approved in 2005.

The Danish Patient Safety Authority is the only body in the country authorized to help patients who want to complain about the quality of medical services received in any medical institution (public or private) in the country.

Compensation for patients are paid if it is greater than 10,000 Danish Krone (about 130 Euros) in the case of medical treatment, and more than 1,000 Danish Krone (about 13 Euros) in the case of dental treatment.

Recently, the number of patient complaints per year is about 5,000 (Denmark has a population of 5.7 million), of which about 40% are satisfied by paying compensations for health damage. When determining the compensation, the patient is compensated for material and non-material damage. Thus, the no-fault compensation model in the healthcare sys-

tem of Denmark by paying patients or their relatives for material and non-material damage received during medical services are successfully functioning more than 20 years.

Sweden. The regular compensations for health damage during medical services started to be paid out in 1975. Only voluntary patient insurance was in force until 1996, and compensation was paid only for damage to the patient's body. Mandatory patient insurance has been introduced in 1997 and compensation is compulsorily paid to patients for physical or psychological harm caused to them during the provision of medical services.

Medical service providers must insure their activities. Family doctors pay a fixed Patient Insurance fee. Private doctors and dentists pay the Patient Insurance fee, which does not depend on the doctor's experience. Other health care professionals may voluntarily insure the risks of their practice. For this purpose, two large insurance companies operate in Sweden.

The whole system is funded through County Councils and administered by Patient Compensation Insurance. Taxes are collected centrally by deducting part of the income tax.

In the last decade, the number of complaints per year is about 10,000 (Sweden has a population over 10 million), of which 45% are satisfied by paying compensations for health damage. One-time compensation usually amounts to 20,000 Swedish kroner (about 1,760 Euros). When determining the compensation, the patient is compensated for material and non-material damage.

Thus, the no-fault compensation model in the healthcare system of Sweden by paying patients or their relatives for material and non-material damage received during medical services are successfully functioning more than 25 years.

Latvia. The Medical Risk Fund was established in 2013 by the implementation of the EU Directive 2011/24/EU. It is financed from the national budget of the country and is managed by the heads of the country's major hospitals. Five years after the establishment of the Medical Risk Fund there are still many shortcomings in its activities:

- 1) the damage suffered by the patient due to medical devices or medications is not compensated. So, the patient who has suffered damage due to them and wants to receive compensation must go to court himself.
- 2) when applying to the Health Inspectorate for compensation, the patient must fill out a special form in which he must prove the location and cause of the damage. Five years of experience shows that patients are usually unable to properly justify their request for compensation for the damage they have suffered without the help of a doctor or a lawyer.

The Latvian Ombudsman Institution only records violations of patients' rights, but does not take any direct action to help them. The Latvian Ombudsman was contacted 23 and 123 times, respectively in 2014 and 2022, regarding violations of patients' rights in the country.

Thus, the system of compensation for patients for health damage during medical services in the healthcare system of Latvia is not successful until now and the court in the most of cases is a single possibility to get it.

Estonia. The Health Care Quality Expert Commission has been established under the Ministry to examine patient complaints. The competence of this commission is to examine serious violations of the quality of medical services. Unfortunately, its conclusions do not have legal force. So, the patient is forced to go to court in any case for compensation

for the damage to his health. In 2019 according to the data, the unfulfilled needs of patients are the highest in Estonia (15.5%), compared to other EU countries (average - 2.2%). The Union of Doctors, which includes about half of the country's doctors, has insured its members-doctors for professional liability in the private insurance company „If P&C Insurance”.

Thus, the system of compensation for patients for health damage during medical services in the healthcare system of Latvia is not successful until now and the court in the most of cases is a single possibility to get it.

Lithuania. The Law on Patients' Rights and Compensation for Health Damage came into force in 1997, but the essence of which was not practically implemented until 2020. The reason for this lies in the conceptual level of the law, where it is stipulated that medical workers can not make mistakes in their activities, and if they make mistakes, they must be punished - financially, administratively, criminally or by restricting their professional activity.

The no-fault damage model has been introduced since 01.01.2020. in Lithuania, according to the Scandinavian system and has been successfully operating for more than 4 years. The special commission for handling patient complaints operated for three years at the Ministry of Healthcare and since 01.01.2023 - at the VASPVT, a subordinate agency of the Ministry of Healthcare. The latter controls the payments of contributions to the Fund by all healthcare organisations in the country and provides compensations from the Fund to patients in accordance with the decisions of the Commission. In the last 4 years the Courts have not annulled any decision of the Commission, although there were a few applicants.

Financial situation of the Fund to 01.01.2024. is as follows: the account has more than 9 million Euros.

In case of interest, the amounts of annual contributions of healthcare organisations to the Fund are: the 5 largest healthcare organisations of the country pay about 1.1 million Euros, 7 regional-sized healthcare organisations - about 0.5 million Euros, 62 rayon's healthcare organisations - 1.2 million EUR, 331 other healthcare organisations - about 1 million EUR, and all the remaining 3,149 healthcare organisations - about 0.5 million Euros.

Thus, the no-fault compensation model in the healthcare system of Lithuania by paying patients or their relatives for material and non-material damage received during medical services has been successfully implemented 4 years ago.

Moldova. The no-fault compensation model in the healthcare system of Moldova would be a subject to the conditions set out in the laws and accompanying legislation acts. The concept discusses public relations according to the compensation of damage to the health of patients, without using the help of the legal system and without establishing the guilt of a legal or natural person. In this way, the conditions would be created for doctors not to hide their mistakes, not to cover up the shortcomings of the healthcare system and medical science, to allow an open discussion on possible risks with patients or their authorized relatives, by choosing methods of diagnostic and treatment, by not to sending the patient to unnecessary diagnostic and treatment procedures and not to prescribing excessive medications and medical measures, thus aiming to insure against possible medical errors or fearing the threat of being held civilly liable for inappropriate or unsuccessful treatment. In addition, the number of patients who can receive compensation at no additional cost will be expanded. Thus, the legal and social goals of the Concept complement each other - to help the patient achieve justice faster and more simply by receiving compensation for health damage or restoring injured health.

The law must define the procedure for receiving notification of a patient's request for compensation, the formation of the entity examining requests for compensation and the basis and essential functions of its activities, as well as the procedure for making decisions, appealing them and paying compensation, and specify that compensation for material and non-material damage, but not compensation for moral damage.

The compensation process is administered by the Patient Safety Agency (PaSaGe), a unit established under the Moldovan Ombudsman Institution, which has the legal status of a public authority, whose activities, rights and duties are stipulated by legal acts. PaSaGe's mission: unifying the activity of doctors, patients and civil servants, improving the quality of healthcare services, improving people's health and improving the healthcare system through joint efforts. PaSaGe's vision: improving patient safety and trust in medicine. The decision to compensate is based on the damage compensation matching Table. The decision is made by a Commission of experts, linked to PaSaGe by employment relations. The composition and work regulations of the Commission would be approved by the Government of the country. It should be emphasized that PaSaGe should be an independent legal entity that would represent the interests of doctors, patients and the general public equally. Patients' requests for compensation would be submitted and considered in accordance with the procedure established by legislation. The patient's request must be considered within three months at the latest, and the patient must be notified of the decision in writing. Based on the amount of compensation calculated by the Commission, PaSaGe must make a decision within 7 days - to pay compensation or not, and inform the National Medical Insurance Company (hereinafter - CNAM) about it in writing. The latter must transfer the estimated amount to the bank account specified by the patient or his representative within 7 days. The Commission determines the amount of compensable damage in the following order: according to the Table, the Commission allocates points for each criterion, adds them and multiplies them by the value of the score, which is equal to 500 Lei. A patient who is not satisfied with the decision of the Commission or PaSaGe can submit a claim to the court.

Limitations on Compensation. The request for the payment of compensation must be submitted by the patient or his representative no later than one year from the moment when the patient became aware of the damage suffered, but no later than three years from the fact of the injury. The law defines the minimum (4,000 Lei) and maximum (400,000 Lei) compensation amount. In the event of the patient's death, a one-time payment equal to 24 (12, 36, 48) months is paid for the size of the average salary in the country during the previous year (12,000 Lei x 24 = 288,000 Lei).

The Health Damage Compensation Fund (hereinafter - the Fund) is established as a CNAM sub-fund. CNAM manages and administers the Fund in accordance with the procedure established by the Government of the country. The Fund's income consists of the annual contributions of the country's healthcare organisations, which transfer an relevant amount of annual income to the Fund based on the principle of solidarity and the procedures established by the Government. The percentage of the contribution to the Fund set by law for healthcare organisations and depends on the type of the medical services provided by the healthcare organisation: 0.1% of the received income is paid for the provision of family doctor and medical nursing services, but not less than 2,000 Lei per year; 0.2% - for all other healthcare organisation, but not less than 4,000 Lei per year. Fund expenses consist of compensations to patients for damage to their health and administrative costs of PaSaGe.



Juozas GALDIKAS este medic, are specializare în chirurgie vasculară și experiență de 14 ani în clinica de chirurgie vasculară a Universității din Vilnius (Lituania), doi ani de studii postuniversitare în Clinica Cardiovasculară a Universității din Berna (Elveția), a primit premii pentru cercetare în chirurgie vasculară din New York și Berlin, este deținător de diplomă științifică de doctor în medicină și de doctor habilitat în medicină și are titlu de profesor la Universitatea din Vilnius.

Din 1995 s-a implicat în politică și administrație în domeniul sănătății. A fost ales în Parlamentul Lituaniei, a devenit ministru al sănătății (membru al celui de-al 8-lea guvern al Lituaniei). În poziția de ministru a organizat pregătirea și implementarea integrală a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate în țară în 1997.

Din 2001 dr. Galdikas s-a încadrat în serviciul public, devenind director adjunct și mai târziu director al agenției guvernamentale de acreditare în domeniul sănătății, fiind responsabil la nivel național pentru reglementarea dispozitivelor medicale, a medicilor și asistenților medicali, a unităților de sănătate, a auditului medical, a siguranței pacienților, a evaluării tehnologiei medicale și a devenit punctul național de contact pentru drepturile pacienților și îngrijirea transfrontalieră a sănătății.

În calitate de expert în guvernarea asistenței medicale din 2003, a participat la o serie de proiecte ale UE și OMS, precum și la misiuni TAIEX în Croația, Ucraina, Turcia. În 2018 a fost Consilier de Nivel Înalt al UE pentru Reforma Sănătății în Moldova cu misiunea de experti a UE "Sprijin pentru punerea în aplicare a Acordului de Asociere al Uniunii Europene cu Republica Moldova". Din 2019 este expert al Comisiei Europene în probleme de sănătate.

Juozas GALDIKAS has a background in medicine, specialization in Vascular Surgery and experience of 14 years in occupied in the Clinic of Vascular Surgery of Vilnius University (Lithuania), spent two years on post-graduate study in Cardiovascular Clinic of Berne University (Switzerland), got awards for research in Vascular Surgery in New York and Berlin, got scientific degree of Medical doctor, later- Habilitated doctor and the name of Professor at Vilnius University.

Since 1995 he moved to politics and administration in health care. He was directly elected to the Parliament of Lithuania, became Minister of Health (Member of the 8th Government of Lithuania). At the position of the Minister he organized preparation and full implementation of Compulsory Health insurance system in the country in 1997.

Since 2001 dr.Galdikas has started a position in civil service, becoming deputy director and later director of State health care accreditation agency, which was nationally responsible for regulation of medical devices, health specialists and nurses, health care establishments, medical audit, patient safety, health technology assessment and became the national contact point for Patient rights and cross-border health care.

As an expert of health care governance since 2003 he participated in a range of EU and WHO projects, as well as TAIEX missions to Croatia, Ukraine, Turkey. In 2018 he was the EU High Level Adviser on Health Reform to Moldova with the EU expert mission "Support to the implementation of the European Union Association Agreement with the Republic of Moldova". Since 2019 he is the expert of European Commission for health matters.