

Drepturile omului în îngrijirea pacienților

GHID PENTRU PRACTICIENI

MOLDOVA



DREPTURILE OMULUI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR

Ghid pentru practicieni

MOLDOVA



Copyright © 2011 by the Open Society Foundations

Design: Jeanne Criscola | Criscola Design

Cover photo: © Robert Lisak

CUPRINS

CAPITOLUL 1: INTRODUCERE

1.1	INTRODUCERE	9
1.2	PREZENTARE GENERALĂ A GHIDULUI	10
1.3	TABEL AL ABREVIERILOR	13
1.4	TABEL AL RATIFICĂRILOR	14

CAPITOLUL 2: CADRUL INTERNAȚIONAL PENTRU DREPTURILE OMULUI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR

2.1	INTRODUCERE	19
2.2	IZVOARE DE BAZĂ	20
2.3	DREPTURILE PACIENȚILOR	27
2.4	DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII DE SĂNĂTATE	84

CAPITOLUL 3: CADRUL REGIONAL PENTRU DREPTURILE OMULUI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

3.1	INTRODUCERE	105
3.2	IZVOARE DE BAZĂ	105
3.3	DREPTURILE PACIENȚILOR	113
3.4	DREPTURILE FURNIZORILOR	156

CAPITOLUL 4: PROCEDURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE

4.1	INTRODUCERE	169
4.2	SISTEMUL INTERNAȚIONAL	170
4.3	SISTEMUL EUROPEAN	186
4.4	PROCEDURA DE TRIMITERE A CERERILOR LA CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI	189

CAPITOLUL 5: CONTEXTUL NAȚIONAL

5.1	STATUTUL DREPTULUI INTERNAȚIONAL ȘI AL DREPTULUI EUROPEAN.....	195
5.2	STATUTUL PRECEDENTULUI	196
5.3	SISTEMUL LEGAL ȘI SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA	196

CAPITOLUL 6: DREPTURILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR LA NIVEL NAȚIONAL

6.1	DREPTURILE PACIENȚILOR	207
6.2	RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR	265

CAPITOLUL 7: DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

7.1	DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE	273
7.2	OBLIGAȚIILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE	292

CAPITOLUL 8: PROCEDURI NAȚIONALE

8.1	MECANISMELE PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR ÎN INSTANȚĂ	329
8.2	PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV	338
8.3	PROCEDURA CIVILĂ	343
8.4	PROCEDURA PENALĂ	351
8.5	MECANISME ALTERNATIVE PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR	357

ANEXE	361
--------------------	------------

PREFAȚĂ

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

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

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

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

Anand Grover

Raportor la Națiunile Unite pentru Dreptul la Sănătate

MULȚUMIRI

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

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

Organizațiile care au susținut acest proiect includ diverse entități ale Open Society Foundation (OSF) (Fundația Soros-Moldova - Programul de Sănătate Publică, și Inițiativa pentru Drepturile Omului). O mare apreciere se datorează persoanelor din aceste organizații care au fost implicate în mod direct: Liliana Gherman (Fundația Soros-Moldova); Tamar Ezer și Jonathan Cohen (Programul pentru Sănătate Publică Open Society), care, pe lângă responsabilitățile generale de supraveghere și editare, au contribuit la compartimentul procedurilor internaționale și regionale, și, împreună cu Judith Overall au fost co-autori la partea introductivă; Mariana Berbec Rostas (Inițiativa pentru Drepturile Omului a Open Society Foundation) pentru actualizarea secțiunii de proceduri regionale; Paul Silva (fostul ofițer pentru comunicare a OSI), care a oferit consultanță și coordonare a activității de proiectare a Ghidului, și Jeanne Criscola, designerul ghidului.

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

Sunt multe alte persoane care nu au fost enumerate, dar merită mulțumirile noastre, cei care au sprijinit munca grupului nostru de lucru.

Grupul autorilor din Republica Moldova (în ordine alfabetică)

Rodica Gramma, medic, dr. șt. filosofice, MSP, conferențiar universitar

Dumitru Sliusarenco, avocat

Doina Ioana Straisteanu, jurist



1.1 INTRODUCERE

1.2 PREZENTARE GENERALĂ A GHIDULUI

1.3 TABEL AL ABREVIERILOR

1.4 TABEL PRIVIND RATIFICAREA TRATATELOR

1

INTRODUCERE

1.1 INTRODUCERE

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

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

profesioniști vor găsi această carte o referință utilă, într-un spațiu juridic post-sovietic, care este în continuă schimbare.

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

1.2 PREZENTARE GENERALĂ A GHIDULUI

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

Capitolele 5, 6, 7, și 8 sunt specifice situației țării. Capitolul 5 clarifică statutul legal al tratatelor internaționale și regionale ratificate, semnate sau adoptate de Republica Moldova, explică folosirea precedentelor, și include o descriere succintă a sistemului judiciar și a sistemului de sănătate. Capitolul 6 se referă la drepturile și responsabilitățile pacienților. Secțiunea privind drepturile pacienților este organizată conform Cartei Europene a Drepturilor Pacienților, completată cu alte drepturi specifice Republicii Moldova, care nu sunt cuprinse de Cartă. Elaborată în 2002 de Rețeaua Active Citizenship - o rețea europeană

a organizațiilor civile, ale consumatorilor și ale pacienților - Carta Europeană a Drepturilor Pacienților nu este în sine un instrument juridic cu forță obligatorie, însă este privită drept cea mai clară și cuprinzătoare declarație a drepturilor pacienților. Carta încearcă să transpună documentele regionale privind sănătatea și drepturile omului în 14 prevederi concrete pentru pacienți: dreptul la măsuri preventive, acces, informare, consimțământ informat, alegere liberă, viață privată și confidențialitate, respect față de timpul pacienților, respectarea standardelor de calitate, securitate, inovație, evitarea suferinței și durerii nenecesare, tratament personalizat, dreptul de a formula plângeri și dreptul la compensare. Aceste drepturi au fost folosite în calitate de punct de referință pentru a monitoriza și evalua sistemele de îngrijiri de sănătate din Europa și drept model pentru legislațiile naționale¹. Capitolul 6, prin urmare, folosește drepturile enumerate în Carta Europeană a Drepturilor Pacienților drept principiu organizator, iar pentru fiecare drept, sunt prezentate și analizate prevederile obligatorii aplicabile în cadrul legislației naționale. În final, prezentările acestor drepturi conțin trimiteri la formulări mai generale ale drepturilor din capitolele internaționale și regionale corespunzătoare. Capitolul 7 abordează drepturile și responsabilitățile furnizorilor de servicii, inclusiv drepturile de a lucra în condiții decente, libertatea de asociere, dreptul la un proces echitabil și alte drepturi relevante specifice țării.

Capitolul 8 prezintă mecanismele naționale pentru exercitarea drepturilor și responsabilităților pacientului și furnizorului. Acestea cuprind procedurile administrative, civile și penale, precum și mecanismele alternative, cum ar fi Procuratura, Oficiul Avocatului Poporului, Ministerul Afacerilor Interne, comitete de etică, inspectorate din sănătate. Adițional conține anexe cu exemple de forme și documente de care pot avea nevoie juriștii.

Secțiunea finală reprezintă un glosar de termeni aplicabili în domeniul drepturilor omului în îngrijirea pacientului. Glosarul va permite o mai mare accesibilitate a materialului din domeniul juridic, sănătate și drepturile omului.

Utilizarea Ghidului

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

1. A se vedea capitolul 3 pentru informații suplimentare cu privire la Carta Europeană a Drepturilor Pacienților.

Site-urile web de referință

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

Nota autorilor

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

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

1.3 TABEL AL ABREVIERILOR

ABREVIERE	TITLU
AESP	Alianța Europeană pentru Sănătate Publică
AMM	Asociația Mondială Medicală
CES	Carta Europeană Socială
CEDP	Carta Europeană a Drepturilor Pacienților
CDO	Comitetul pentru Drepturile Omului
CEDF	Comitetul pentru Eliminarea Discriminării Femeilor
CEDR	Comitetul pentru Eliminarea Discriminării Rasiale
CDES	Comitetul pentru Drepturi Economice și Sociale
CDPD	Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități
CEDO	Comitetul European pentru Drepturile Omului
CEDS	Comitetul European pentru Drepturile Sociale
CIDCP	Convenția Internațională pentru Drepturile Civile și Politice
CDC	Convenția pentru Drepturile Copilului
CAT	Convenția Contra torturii și Altor Forme de Pedepsă sau Tratament Crud, Inuman sau Degradant
CEIP	Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice
CE	Consiliul Europei
CIAM	Consiliul Internațional al Asistentelor Medicale
C Civ.	Codul civil
CNAM	Casa Națională de Asigurări Medicale
CP	Codul penal
CPC	Codul de procedură civilă
CPP	Codul de procedură penală
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
DUDO	Declarația Universală pentru Drepturile Omului
HG	Hotărâre de Guvern
MS	Ministerul Sănătății
OHCHR	Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OIM	Organizația Internațională a Muncii
CJUE	Curtea de Justiție a Uniunii Europene
UE	Uniunea Europeană

1.4 TABEL AL RATIFICĂRILOR

DOCUMENTE	Data aderării	Data semnării	Data ratificării	Data intrării în vigoare	Legislația națională aplicabilă	Rezerve
INTERNAȚIONALE						
Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR)	26.01.1993			26.04.1993	Aplicabil	-
Protocolul opțional la Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR – OP)	23.01.2008			23.04.2008	Aplicabil	-
Protocolul al doilea opțional la Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (CCPR-OP2-DP)	20.09.2006			20.12.2006	Aplicabil	1
Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR)	26.01.1993			26.04.1993	Aplicabil	-
Protocolul opțional la Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR-OP)	-					-
Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW)	01.07.1994			31.07.1994	Aplicabil	-
Protocol Opțional la Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW-OP)	28.02.2006			28.02.2006	Aplicabil	-
Convenția Internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (CERD)	26.01.1993			25.02.1993	Aplicabil	1
Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT)	28.11.1995			28.12.1995	Aplicabil	2
Protocol opțional la Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT – OP)	24.07.2006	16.09.2005		23.08.2006	Aplicabil	-
Convenția cu privire la drepturile copilului (CRC)	26.01.1993			25.02.1993	Aplicabil	-
Protocol Opțional Convenția cu privire la drepturile copilului (CRC-OP-IC)	-					-
Protocol Opțional la Convenția cu privire la drepturile copilului pentru implicarea copiilor în conflicte armate (CRC-OP-AC)	07.04.2004	08.02.2002		07.04.2004	Aplicabil	1
Protocol Opțional la Convenția cu privire la drepturile copilului pentru traficul de copii, pornografia și prostituarea cu implicarea copiilor CRC-OP-SC)	12.04.2007	08.02.2002		12.04.2007	Aplicabil	1
Convenția Internațională pentru Protecția Drepturilor Tuturor Lucrătorilor Migranți și a Membrilor Familiilor Acestora (ICMW)	-	-	-	-	-	-
Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD)	21.09.2010	30.03.2007	-	21.10.2010	Aplicabil	-
Protocol Opțional la Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD) (CRPD-OP)	-					-

SECȚIUNEA 1.4 TABEL PRIVIND RATIFICAREA TRATATELOR

DOCUMENTE	Data aderării	Data semnării	Data ratificării	Data intrării în vigoare	Legislația națională aplicabilă	Rezerve
Europene (Regionale)						
Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: Convenția din 1997 privind drepturile omului și biomedicina		06.05.1997	26.11.2002	01.03.2003	Aplicabil	1
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la interzicerea clonării ființelor umane		12.01.1998	26.11.2002	01.03.2003	Aplicabil	-
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la transplantul de organe și țesuturi de origine umană		08.02.2007	05.02.2008	01.06.2008	Aplicabil	-
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina cu privire la cercetarea biomedicală		25.01.2005	07.08.2013	01.12.2013	Aplicabil	-
Protocol adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina vizând testările genetice în scopuri medicale	-	27.11.2008	29.04.2011	-	-	-
Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (CEDO)	-	13.07.1995	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	2
Protocol la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		02.05.1996	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	1
Protocol Nr. 2 Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		13.07.1995	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 3 Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, cu amendamente la Art. 29, 30 și 34		13.07.1995	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 4 Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		02.05.1996	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 5 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, pentru amendarea Art. 22 și 40		13.07.1995	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 6 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, pentru abolirea pedepsei cu moartea		02.05.1996	12.09.1997	01.10.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 7 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		02.05.1996	12.09.1997	01.12.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 8 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		13.07.1995	12.09.1997	12.09.1997	Aplicabil	-
Protocol Nr. 11 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		13.07.1995	12.09.1997	01.11.1998	Aplicabil	-
Protocol Nr. 14 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		03.05.2002	18.10.2006	01.02.2007	Aplicabil	1
Protocol Nr. 15 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale		18.11.2013	14.08.2014	-	-	-
Carta Socială Europeană (revizuită)	-	03.11.1998	08.11.2001	01.01.2002	Aplicabil	1
Convenția Europeană pentru Naționalitate	-	03.11.1998	30.11.1999	01.03.2000	Aplicabil	2

CAPITOLUL 1. INTRODUCERE

DOCUMENTE	Data aderării	Data semnării	Data ratificării	Data intrării în vigoare	Legislația națională aplicabilă	Rezerve
Convenția-cadru din 1995 pentru protecția minorităților naționale	-	13.07.1995	20.11.1996	01.02.1998	Aplicabil	-
Convenția europeană pentru prevenirea torturii și tratamentului inuman și degradant		02.05.1996	02.10.1997	01.02.1998	Aplicabil	-
Convenția europeană pentru statutul legal al lucrătorilor migranți		11.07.2002	20.06.2006	01.10.2006	Aplicabil	2
ALTE TRATATE CARE SE REFERĂ LA LEGISLAȚIA ÎN SĂNĂTATE SEMNATE DE ȚARĂ						
Convenția pentru ameliorarea condițiilor pentru cei răniți și bolnavi din armate. Geneva, 12 august 1949.				24.11.1993	Aplicabil	-
Convenția cu referire la tratamentul prizonierilor. Geneva, 12 august 1949.				24.11.1993	Aplicabil	-
Convenția pentru protecția persoanelor civile pe timp de război. Geneva, 12 august 1949.				24.11.1993	Aplicabil	-
Convenția ONU pentru substanțe psihotropice				17.03.1995	Aplicabil	-
Convenția pentru protecția copilului și cooperare pentru adopție inter-statală.				01.08.1998	Aplicabil	-
Convenția ONU pentru substanțe psihotropice, 1971				16.05.1995	Aplicabil	-
Convenția ONU contra traficului ilicit a drogurilor și substanțelor psihotropice, 1988				16.05.1995	Aplicabil	-
Convenția cu privire la securitatea și sănătatea ocupațională și mediul de muncă				28.04.2001	Aplicabil	-
Convenția pentru securitate și sănătate în agricultură, 2001				20.09.2003	Aplicabil	-



2.1 INTRODUCERE

2.2 IZVOARE DE BAZĂ

2.3 DREPTURILE PACIENȚILOR

2.4 DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII DE SĂNĂTATE

2

Cadrul internațional pentru drepturile omului în îngrijirea pacienților

2.1 INTRODUCERE

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

standardele și interpretările relevante privind un anumit drept protejat de organele de monitorizare ONU, precum și jurisprudența relevantă.

Standardele abordate în fiecare dintre aceste secțiuni cuprind tratate obligatorii, cum ar fi Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, și instrumente fără caracter obligatoriu elaborate de către ONU și de alte entități, precum Declarația Asociației Medicale Mondiale privind drepturile pacientului, de la Lisabona.²

2.2 IZVOARE DE BAZĂ

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

DECLARAȚIA UNIVERSALĂ A DREPTURILOR OMULUI

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

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

TRATATELE ONU ȘI ORGANISMELE DE MONITORIZARE A TRATATELOR

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

2. Asociația Medicală Mondială [WMA]. Declarația privind drepturile pacientului. Septembrie/octombrie 1981.
3. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite Rezoluția 217A (III): Declarația Universală a Drepturilor Omului (UDHR). Doc. ONU A/810, p. 71. 12 decembrie 1948.
4. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite Rezoluția 217A (III): Declarația Universală a Drepturilor Omului (UDHR). Doc. ONU A/810, p. 71. 12 decembrie 1948.
5. Vezi Louis Henkin, *Epoca Drepturilor* [The Age of Rights]. New York: Columbia Press, 1990. p. 19; Christina M. Cerna. „Universalitatea drepturilor omului și diversitatea culturală: Punerea în aplicare a drepturilor omului în diferite contexte socio-culturale” [Universality of human rights and cultural diversity: implementation of human rights in different socio-cultural contexts] 16 Hum. Rts. Q. 740. 1994. p. 745.
6. Hurst Hannum. „Statutul Declarației Universale a Drepturilor Omului în dreptul național și internațional.” [The Status of the Universal Declaration of Human Rights in National and International Law.] 25 Ga., J. Int'l & Comp. L. 287. 1995-1996. p. 319.

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

La momentul actual, opt⁷ din cele zece organisme principale de monitorizare a tratatelor primesc și examinează comunicări individuale. Prin aceste comunicări, indivizi și grupuri de indivizi pot face sesizări privind încălcarea drepturilor omului de către statele care au ratificat instrumentul (de exemplu, protocoalele opționale ale tratatelor), astfel creându-se mecanismul individual de plângere. În urma examinării comunicării, organismul de monitorizare respectiv emite recomandări către statul pârât. Aceste recomandări nu au caracter juridic obligatoriu, însă pot avea o influență destul de importantă. Organismele de monitorizare oferă și diverse posibilități de participare a societății civile. În Capitolul 4 sunt discutate funcțiile specifice, informațiile de contact ale fiecărui organism și modalitățile prin care societatea civilă poate participa.

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

TRATATE:

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

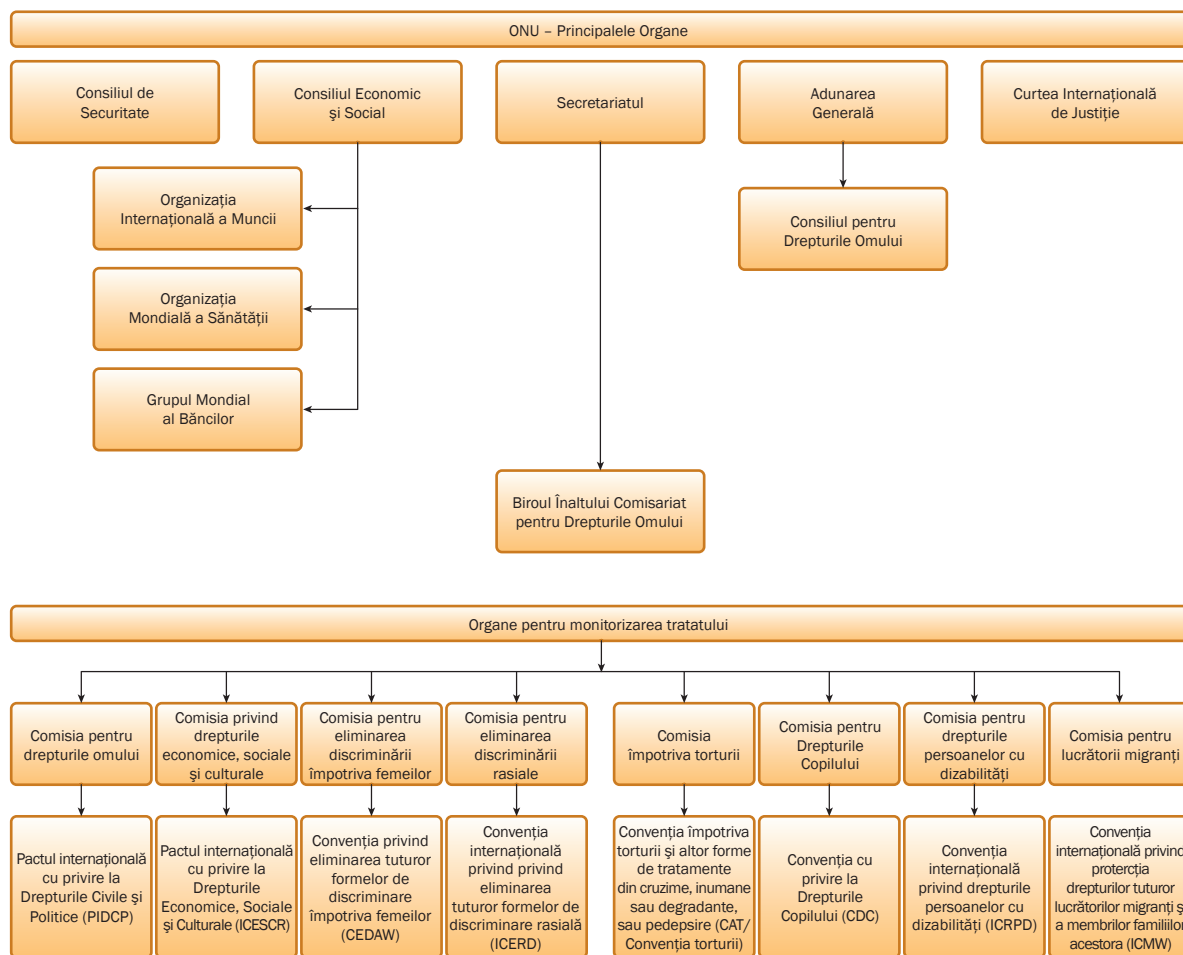
ORGANISME DE MONITORIZARE A RESPECTĂRII TRATATULUI

- ▶ **CCPR - Comitetul pentru Drepturile Omului**
- ▶ **CESCR - Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale**
- ▶ **Comitetul CAT - Comitetul împotriva Torturii**

7. Comitetul pentru Drepturile Omului [CCPR], Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale [CERD], Comitetul împotriva Torturii [Comitetul CAT], Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor [Comitetul CEDAW], Comitetul pentru Drepturile Copilului [CRC], Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități [CRPD], Comitetul pentru Disparițiile Forțate [CED] și Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale [CESCR]

- ▶ **Comitetul CEDAW - Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor**
- ▶ **CERD - Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale**
- ▶ **Comitetul CRC - Comitetul pentru Drepturile Copilului**
- ▶ **CRPD - Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități**
- ▶ **CMW - Comitetul pentru Protecția Lucrătorilor Migranți**

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



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

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

8. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 2200A [XXI]: Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice (ICCPR). Doc. ONU A/6316. 16 decembrie 1966.
9. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 2200A [XXI]: Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (ICESCR). Doc. ONU A/6316. 16 decembrie 1966.
10. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 39/46: Convenția împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante (CAT). Doc. ONU A/39/51. 10 decembrie 1984
11. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale a Națiunilor Unite 34/180: Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW). Doc. ONU A/34/46. 18 decembrie 1979.
12. United Nations General Assembly. United Nations General Assembly Resolution 2106 [XX]: International Convention for the Elimination of all Forms of Racial Discrimination (ICERD). UN Doc. A/6014. December 21, 1965.
13. United Nations General Assembly. United Nations General Assembly Resolution 44/25: Convention on the Rights of the Child (CRC). UN Doc. A/44/49. November 20, 1989.
14. United Nations General Assembly. United Nations General Assembly Resolution 61/106: International Convention on the Rights of Persons with Disabilities (ICRPD). UN Doc. A/61/49. December 13, 2006.
15. United Nations General Assembly. United Nations General Assembly Resolution 45/158: International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of Their Families. UN Doc. A/45/49. December 18, 1990.

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

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

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

INSTRUMENTE FĂRĂ FORȚĂ JURIDICĂ OBLIGATORIE

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

Națiunile Unite

- ▶ **Ansamblul de principii pentru protecția tuturor persoanelor supuse oricărei forme de detenție sau închisoare¹⁶**

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

- ▶ **Declarația de la Alma-Ata¹⁷**

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

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

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

▶ **Declarația privind Eliminarea Violenței împotriva Femeilor¹⁸**

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

▶ **Principiile Limburg privind punerea în aplicare a Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale¹⁹**

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

▶ **Linii directoare de la Maastricht privind încălcarea drepturilor economice, sociale și culturale²⁰**

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

▶ **Principiile de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special pentru medici, privind protecția prizonierilor și a deținuților împotriva torturii sau a altor tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante²¹**

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

▶ **Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și îmbunătățirea îngrijirilor medicale privind sănătatea mintală²²**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comitetul al treilea răspunde de promovarea scopului Adunării Generale din punct de vedere social, umanitar și al drepturilor omului. Acest lucru se realizează printr-o varietate de moduri, inclusiv discutarea și elaborarea de rezoluții care trebuie luate în considerare în cadrul reuniunii plene a Adunării Generale.

▶ **Rezoluțiile Consiliului ONU pentru Drepturile Omului**

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

Societatea civilă

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

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

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

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

▶ **Declarația de la Jakarta pentru Promovarea Sănătății în Secolul XXI**²⁷

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

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

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

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

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

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

▶ **Principiile de la Maastricht privind obligațiile extrateritoriale ale statelor în domeniul drepturilor economice, sociale și culturale**²⁸

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

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

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

2.3 DREPTURILE PACIENȚILOR

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

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

După cum a subliniat CCPR, deși Articolul 9 se referă la „dreptul la libertatea și siguranța persoanei”, dreptul la libertate este distinct de dreptul la siguranța persoanei. Din acest motiv, capitolul de față le abordează separat³⁰.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1 DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

Deși garantat potrivit aceluiași articol ca și dreptul la libertate din ICCPR, dreptul la siguranța persoanei este un drept în sine și nu se limitează la persoanele private de libertate în sens restrâns³². Dreptul la libertate protejează indivizii de privarea de libertate fizică arbitrară sau nejustificată. Privarea de libertate trebuie să fie necesară și proporțională, aceasta trebuie să fie destinată fie protejării individului, fie pentru a împiedica vătămarea altora, trebuie să ia în considerare alternativele mai puțin restrictive și trebuie să fie în conformitate cu procedura și cu garanțiile juridice de fond³³. Cu referire la drepturile pacienților, dreptul la libertate protejează individul de privarea de libertate fizică arbitrară sau nejustificată pentru a nu afecta sănătatea mintală sau fizică a pacientului, cum ar fi internarea nevoluntară. Detenția unui individ pe motive de sănătate, precum carantina și izolarea, trebuie să se facă în conformitate cu legislația stabilită și trebuie să protejeze drepturile individului la un proces echitabil în condițiile legii³⁴.

Dreptul la siguranța persoanei protejează libertatea individului împotriva vătămării corporale, inclusiv protecția împotriva accidentelor mortale și a vătămării din culpă³⁵. În conformitate cu acest drept, statul trebuie să ia măsurile necesare pentru a proteja individul de la amenințări împotriva integrității fizice, indiferent dacă aceste amenințări provin de la autoritățile statului sau de la actori privați³⁶. Drepturile

32. CCPR. Proiectul privind Comentariul General nr. 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8; CCPR. Comunicare nr. 195/1985: Delgado Páez v. Columbia. Doc. ONU. CCPR/C/ 39/D/195/1985. 12 iulie 1990. Punctele 5.4-5.5; CCPR. Comunicare Nr. 711/1996: Dias v. Angola. Doc. ONU. CCPR/C/68/D/ 711/1996. 18 aprilie 2000. Alin. 8.3.

33. CCPR. Comunicare Nr. 1061/2002: Fijalkowska v. Polonia. Doc. ONU. CCPR/C/84/1061/2002. 26 iulie 2005; CCPR. Comunicare Nr. 1629/2007: Fardon v. Australia. Doc. ONU. CCPR/C/98/D/1629/2007. 18 martie 2010. Para. 7,3; CCPR. Observații finale: Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/RUS/CO/6. 24 noiembrie 2009. Alin. 19

34. CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU. CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. Para. 17.

35. CCPR. Proiectul Comentariului general nr. 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. Alin. 8.

36. CCPR . Proiectul Comentariului general nr 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie, 2013. alin. 8; CCPR. Comunicare Nr. 1560/2007: Marcellana și Gumanoy v Filipine. Doc. ONU CCPR/C/94/D/1560/2007. 17 noiembrie 2008. alin. 7.7; CCPR. Observații finale: Uganda. Doc. ONU CCPR/CO/80/UGA. 4 mai 2004. alin. 12.

conexe consacrate în dreptul internațional al drepturilor omului includ dreptul de a nu fi supus la tortură sau la alte tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, dreptul la viața privată și dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Când vine vorba de încălcări ale integrității fizice a persoanei, organismele de monitorizare a tratatelor au optat pentru a le rezolva în temeiul altor drepturi conexe, în special dreptul de a nu fi supus la tortură sau la alte tratamente crude, inumane sau degradante. Prin urmare, nu există o analiză amănunțită care să provină de la organismele de monitorizare cu privire la aceste aspecte, în cadrul dreptului la siguranța persoanei. Din acest motiv, această secțiune conține observațiile finale și jurisprudența relevantă care se concentrează în primul rând pe dreptul la libertate.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR

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

▶ ICCPR

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

▶ ICESCR

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

▶ CERD

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

▶ CRC

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

▶ ICRPD

- **Art. 14:** Libertatea și siguranța persoanei:
 - 1) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți:
 - a) se bucură de dreptul la libertate și siguranță al persoanei;
 - b) nu sunt lipsite de libertate în mod ilegal sau arbitrar și că orice lipsire de libertate se face conform legii și că existența unei dizabilități nu va justifica în niciun fel lipsirea de libertate.

- 2) Statele părți se vor asigura că, în cazul în care persoanele cu dizabilități sunt lipsite de libertate, ca urmare a oricărui proces, acestea au dreptul, în condiții de egalitate cu ceilalți, la garanții, conform legislației internaționale privind drepturile omului, și că vor fi tratate în conformitate cu obiectivele și principiile prezentei convenții, inclusiv prin asigurarea unor adaptări rezonabile.

- **Art. 17:** Protejarea integrității persoanei.

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

▶ **ICMW**

- **Art. 16:**

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

- **Art. 17:**

- 1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt privați de libertate vor fi tratați corespunzător cu respectarea demnității persoanei umane și li se va respecta identitatea culturală.
- 7) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora care sunt supuși la orice formă de detenție sau închisoare, în conformitate cu legislația în vigoare, în statul în care lucrează sau în statul de tranzit se bucură de aceleași drepturi ca și cetățenii statelor respective aflați în aceeași situație.

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

- ▶ **Principiul 4:** Orice formă de detenție sau închisoare și toate măsurile care afectează drepturile omului privind o persoană supusă oricărei forme de detenție sau închisoare se dispune de către o autoritate judiciară sau de altă natură, sau va fi sub controlul efectiv al acesteia.

▶ **Principiul 11:**

1. O persoană nu poate fi ținută în detenție fără să fi avut posibilitatea efectivă de a fi ascultată de către o autoritate judiciară sau altă autoritate. O persoană deținută are dreptul de a se apăra sau de a fi asistată de avocat în conformitate cu legea.
2. O persoană deținută și avocatul său, dacă este cazul, vor primi comunicarea promptă și completă a oricărui ordin de detenție, împreună cu motivarea aferentă.
3. O autoritate judiciară este împuternicită să revizuiască, după caz, prelungirea detenției.

- ▶ **Principiul 13:** Autoritatea responsabilă de arestarea și detenția unei persoane trebuie să îi furnizeze informații și explicații privind drepturile sale și cum să profite de acestea, încă de la începutul arestării sau detenției.

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

► **Principiul 25:** O persoană deținută sau închisă, ori avocatul acesteia, are dreptul de a solicita un al doilea examen sau aviz medical unei autorități judiciare sau altei autorități responsabile, respectând condițiile necesare pentru a asigura siguranța și ordinea de la locul de detenție sau închisoare.

► **Principiul 32:**

1. O persoană deținută sau avocatul său are dreptul să introducă în orice moment o acțiune în conformitate cu dreptul intern în fața unei autorități judiciare pentru a contesta legalitatea detenției sale, în scopul de a obține eliberarea sa fără întârziere, în cazul în care detenția este ilegală.
2. Procedurile prevăzute la alineatul (1) trebuie să fie simple, rapide și fără costuri pentru persoanele deținute care nu beneficiază de mijloace adecvate. Persoana deținută trebuie prezentată în fața autorității judiciare fără întârzieri nerezonabile de către instituția responsabilă cu detenția sa.

Directive etice internaționale de cercetare biomedicală care implică subiecți umani:³⁸

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

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

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

► **Principiul 9:**

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

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

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

Declarația WMA de la Lisabona privind Drepturile Pacienților⁴⁰:**▶ Principiul 2. Dreptul la libertatea alegerii**

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

▶ Principiul 3. Dreptul la autodeterminare

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

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății mintale

În conformitate cu dreptul la libertate, o persoană este protejată împotriva detenției arbitrare sau nejustificate care s-ar baza exclusiv pe sănătatea mintală, fără control judiciar⁴¹. Statele trebuie să se asigure că punctul de vedere al pacientului este respectat în acest proces și că interesele pacientului sunt reprezentate și apărate⁴². Chiar și un pacient admis nevoluntar sau deținut într-o instituție de psihiatrie are dreptul la un proces echitabil, incluzând dreptul de a fi informat cu privire la motivele pentru care se află în detenție, să fie reținut doar cât este absolut necesar, să-și poată contesta detenția la un organ judiciar și să poată beneficia de un avocat numit din oficiu pentru a-l asista într-o asemenea procedură⁴³. Continuarea detenției ar trebui să fie reevaluată în mod regulat pentru a se asigura necesitatea acesteia⁴⁴.

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

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

41. Vezi CCPR. Proiectul CCPR al Comitetului General nr. 35 cu privire la articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc. ONU. CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. Alin. 8; CCPR. Observații finale: Belgia. Doc. ONU CCPR/CO/81/BEL. 12 August 2004. alin. 17.

42. CCPR. Observații finale: Republica Cehă. Doc. ONU CCPR/C/CZE/CO/2. 09 august 2007. Alin. 14; CCPR. Observații finale: Bulgaria. Doc. ONU CCPR/C/BGR/CO/3. 25 iulie 2011. alin. 17; a se vedea, de asemenea, Comitetul pentru Drepturile Copilului. Comentariul general nr. 9: Drepturile copiilor cu dizabilități. Doc. ONU CRC/C/GC/9. 2 februarie 2007. alin. 48.

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

44. CCPR. Comunicare Nr. 754/1997: A v. Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/C/66/D/754/1997. 03 august 1999. alin. 7.2; CCPR. Observații finale: Canada. Doc. ONU CCPR/C/CAN/CO/5. 20 aprilie 2006. alin. 17 .

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

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

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

CAZURI LEGATE DE SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATE

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

Fijalkovska v. Polonia (CCPR)(2002). Comitetul nu a constatat nici o încălcare în cazul în care pacienta a fost reținută în conformitate cu Legea privind sănătatea mintală din Polonia. Cu toate acestea, Comitetul a găsit încălcări cu privire la faptul că reclamanta nu a primit consilierea unui avocat specializat cu privire la contestarea admiterii nevoluntare și cu privire la eșecul autorităților de a informa reclamanta despre acest drept până după ce a fost eliberată⁴⁷.

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul bolilor contagioase

Teama răspândirii bolilor contagioase a determinat statele să supună persoanele suspectate de a fi infectate detenției forțate, precum carantina sau izolarea forțată, chiar și în cazul în care acestea refuză tratamentul⁴⁸. CCPR a cerut guvernelor să se asigure că asemenea măsuri restrictive privind persoanele suspectate de a fi infectate sunt în conformitate cu drepturile individului, inclusiv cu garanția revizuirii judiciare⁴⁹.

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

45. CCPR. Observații finale: Estonia. Doc. ONU. CCPR/CO/77/EST. 15 aprilie 2003. alin. 10.

46. CCPR. Comunicarea Nr. 754/1997: A v. Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/ C/66/D/754/1997. 03 august 1999.

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

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

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

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

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

Statul parte trebuie să revizuiască urgent această măsură pentru a o aduce în conformitate cu ICCPR. Trebuie să se asigure că orice măsură coercitivă care privește o problemă de sănătate publică va ține cont de drepturile pacienților, va garanta revizuirea judiciară și confidențialitatea pacientului, astfel încât persoanele cu tuberculoză vor fi tratate într-un mod uman.⁵⁰

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

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

Ca și în alte contexte, dreptul la siguranța persoanei a fost rareori utilizat pentru a aborda problemele de sănătate sexuală și reproductivă. De multe ori, organismele de monitorizare ale tratatelor au analizat astfel de probleme prin prisma drepturilor la libertate, viața privată și interzicerea torturii și a tratamentelor crude, inumane sau degradante. Cu toate acestea, dreptul la siguranța persoanei a fost considerat relevant în cazul în care statul sau persoanele private amenință sănătatea sexuală sau libertatea de reproducere a unui individ, cum ar fi atunci când femeile sunt supuse la sterilizare forțată⁵².

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

Comitetul este îngrijorat de faptul că, în ciuda Strategiei Naționale de Sănătate (2005-2015), utilizarea avortului ca măsură contraceptivă este o metodă larg răspândită. În acest sens se remarcă faptul că legea privind asigurarea medicală obligatorie, care prevede includerea contraceptivelor în pachetul de beneficii de bază, nu a fost pusă în aplicare.

În plus, Comitetul este îngrijorat că, deși avortul nu este interzis prin lege, au existat cazuri în care femeile au fost urmărite în justiție pentru omor sau pruncucidere după ce au făcut avort și acestea nu au beneficiat de asistență medicală după avort în închisoare. (Art. 3, 9 și 10)

Statul parte trebuie să:

(a) ia măsuri pentru a elimina utilizarea avortului ca metodă de contracepție, asigurând furnizarea de măsuri de contracepție la prețuri accesibile și introducerea educației sexuale și reproductive în progra-

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

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

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

mele școlare și pentru publicul larg;

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

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

(d) furnizeze asistență medicală adecvată în penitenciare pentru femeile care au recurs la avort.⁵³

2.3.2 DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

Dreptul la viață privată protejează individul de intervenția nelegală și arbitrară asupra vieții sale private - în sensul că orice intervenție trebuie să se bazeze pe lege și să fie proporțională cu obiectivul urmărit⁵⁴. În contextul îngrijirii pacientului, acest drept poate fi aplicat pentru a preveni divulgarea nejustificată de informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, situația medicală, diagnostic, prognostic, tratament și alte informații personale. Colectarea, deținerea, precum și schimbul de informații cu caracter personal de către o instituție publică sau privată trebuie să fie reglementate prin lege⁵⁵.

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

► **UDHR, Art. 12:**

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

► **ICCPR, Art. 17(1):**

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

► **CRC, Art. 16(1):**

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

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

54. CCPR. CCPR Comentariul general nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, a familiei, a domiciliului, a corespondenței și protecția privind onoare și reputația. 8 aprilie 1988.

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

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

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

▶ **CRPD, Art. 22:**

- 1) Nici o persoană cu dizabilități, indiferent de locul sau de tipul de reședință, nu va fi supusă intruziunii arbitrare sau nelegale în viața personală, în familia, căminul ori corespondența sa sau în alte tipuri de comunicare ori atacurilor ilegale la onoarea și reputația sa. Persoanele cu dizabilități au dreptul la protecția legii împotriva unor asemenea intruziuni sau atacuri
- 2) Statele părți vor proteja confidențialitatea informațiilor referitoare la datele personale, medicale și de reabilitare ale persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți.

▶ **ICMW, Art. 14:**

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

Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune⁵⁸

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

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

▶ **Principiul 8. Dreptul la confidențialitate**

- (a) Orice informație identificabilă asupra stării de sănătate a pacientului, situației medicale, diagnosticului, prognosticului și tratamentului, precum și orice informație cu caracter personal, trebuie să fie păstrată în mod confidențial, chiar și după deces. În mod excepțional, urmașii pot avea dreptul de a accesa informațiile care i-ar înștiința cu privire la riscurile lor de sănătate.
- (b) Informația confidențială poate fi divulgată numai dacă pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă este prevăzut expres de lege. Informația poate fi divulgată altor furnizori de îngrijiri de sănătate numai în condiții stricte și absolut necesare, dacă pacientul nu-și dă consimțământul în mod explicit.
- (c) Orice informație identificabilă a pacientului trebuie să fie protejată. Protecția informației trebuie să fie corespunzătoare modului de stocare a ei. Substanțele umane din care poate fi derivată informația trebuie de asemenea să fie protejate.

▶ **Principiul 10. Dreptul la demnitate**

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

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

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

Dreptul la viață privată în contextul îngrijirilor de sănătate mintală

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

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

Comitetul salută eforturile statului parte de a îmbunătăți sănătatea mintală a copiilor prin înființarea, printre altele, a 32 de centre pentru servicii de sănătate mintală la nivel național. Cu toate acestea, Comitetul rămâne îngrijorat de faptul că starea generală a sănătății mintale a copiilor în statul parte s-a deteriorat și că rata de depresie și suicid în rândul copiilor a crescut, în special în rândul fetelor. Comitetul constată punerea în aplicare a unui instrument de diagnosticare pentru a facilita depistarea precoce și prevenirea sinuciderii, dar este totuși îngrijorat de faptul că instrumentul de diagnosticare ar putea avea un impact negativ asupra dreptului copilului la viață privată. Comitetul recomandă ca statul parte să întreprindă măsuri pentru dezvoltarea unei politici de sănătate mintală a copiilor, bazată pe un studiu temeinic al cauzelor profunde ale depresiei și suicidului în rândul copiilor, și să investească în dezvoltarea unui sistem global de servicii, incluzând activități de promovare a sănătății mintale și de prevenire, cu scopul de a asigura prevenirea eficientă a comportamentului suicidal, în special în rândul fetelor. Privind utilizarea acestui instrument de diagnostic pentru detectarea și prevenirea sinuciderii, Comitetul recomandă ca statul parte să stabilească măsuri de siguranță adecvate pentru a se asigura că instrumentul de diagnosticare este utilizat într-un mod care respectă pe deplin dreptul copilului la viață privată și de a fi consultat în mod corespunzător⁶².

Dreptul la viață privată în contextul bolilor contagioase

Dreptul la viață privată impune ca statul să se asigure că informațiile privind starea de sănătate a indivizilor, cum ar fi statutul HIV, să rămână confidențiale. Dezvăluirea acestor informații ar trebui să se facă cu acordul informat al pacientului. Statele ar trebui să definească în mod clar și să stabilească principii directe și recomandări pentru prelucrarea unor astfel de informații, precum și să adopte legi privind viața privată și confidențialitatea. Acestea ar trebui să crească gradul de conștientizare al celor care accesează acest tip de date⁶³. Legile în interesul sănătății publice care interferează cu acest drept trebuie să fie „în conformitate cu dispozițiile, scopurile și obiectivele [ICCPR] și trebuie să fie în orice caz rezonabile în circumstanțele respective”⁶⁴.

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

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

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

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

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

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

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

Statul parte trebuie să ia măsuri împotriva stigmatizării persoanelor diagnosticate cu HIV/SIDA prin campanii de sensibilizare cu privire la HIV/SIDA și trebuie să modifice legislația și cadrul de reglementare cu scopul de a elimina interdicția de a adopta copiii cu HIV/SIDA, precum și orice alte legi sau norme referitoare la HIV/ SIDA care sunt discriminatorii⁶⁵.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

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

Dreptul la viața privată în contextul sănătății sexuale și reproductive

Necesitatea de a proteja confidențialitatea informațiilor medicale este deosebit importantă în ceea ce privește sănătatea sexuală și reproductivă. Analizele privind dreptul la viața privată realizate de către organismele de monitorizare a tratatelor ONU au inclus: (i) condamnarea existenței unei datorii legale a personalului medical privind raportarea cazurilor de avorturi, ca parte a unei incriminări generale a procedurii, fără excepție, descurajând astfel femeile de a căuta tratament medical și deci punându-le viața în pericol;⁶⁷ (ii) investigarea acuzațiilor privind necesitatea ca femeile care doresc ocuparea locurilor de muncă în întreprinderi străine să fie supuse la teste de sarcină și la un interogatoriu personal intruziv, urmat de administrarea de medicamente împotriva sarcinii⁶⁸; și (iii) necesitatea de a aborda preocupările și viața privată a adolescenților cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv a celor căsătoriți de la o vârstă fragedă și a celor aflați în situații vulnerabile⁶⁹.

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

Comitetul observă un aspect pozitiv în faptul că Biroul de informații al comisarului australian a emis un ghid privind aplicarea Legii australiene privind viața privată în ceea ce privește prelucrarea informațiilor cu caracter personal ale copiilor. Cu toate acestea, Comitetul este preocupat de faptul că Statul parte nu are o legislație cuprinzătoare privind protejerea dreptului la viața privată al copiilor. Mai mult decât atât, deși notează faptul că Biroul de informații al comisarului australian este împluternicit să primească

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

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

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

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

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

reclamații cu privire la încălcările drepturilor de confidențialitate în conformitate cu Legea privind dreptul la viața privată din 1998 (Cth), totuși este îngrijorat de faptul că nu există mecanisme accesibile și prietenoase copilului și că cele disponibile sunt limitate la reclamațiile formulate împotriva agenților și oficiilor de plăți ale guvernului și ale organizațiilor private mari. În plus, Comitetul este îngrijorat deoarece copiii care beneficiază de servicii de sănătate, în special servicii de sănătate sexuală și reproductivă, nu sunt protejați împotriva încălcărilor dreptului la viața privată.

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

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

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

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

2.3.3 DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

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

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient⁷⁸,

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

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

Declarația WMA privind Drepturile Pacienților⁷⁹

► Principiul 7. Dreptul la informare:

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

► Principiul 9. Dreptul la Educație pentru Sănătate:

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

Dreptul la informare în contextul sănătății mintale

Pacienților care suferă de afecțiuni din sfera sănătății mintale le este refuzat adesea accesul la informații cu privire la starea lor de sănătate, inclusiv cele referitoare la diagnostic și tratament. Acest lucru se datorează percepției conform căreia acești pacienți sunt incapabili să ia decizii privind îngrijirea și propriul tratament⁸⁰. Organismele de monitorizare a tratatelor și procedurile speciale au recunoscut importanța accesului la informații în contextul sănătății mintale și au subliniat faptul că informațiile privind starea de sănătate mintală a pacientului trebuie să fie puse la dispoziția pacientului, iar în cazul copiilor aceste informații să fie accesibile părinților⁸¹.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA INFORMARE ÎN ESTONIA

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

Statul parte trebuie:

(a) Să asigure o supraveghere eficace și o monitorizare independentă de către organele judiciare cu privire la orice spitalizare involuntară a persoanelor cu dizabilități mintale și psihosociale în instituțiile psihiatrice și să se asigure că fiecare pacient, indiferent dacă este spitalizat voluntar sau nevoluntar, este

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

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

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

pe deplin informat cu privire la tratamentul prescris și i se oferă posibilitatea de a refuza tratamentul sau orice altă intervenție medicală ...

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

Dreptul la informare în contextul bolilor contagioase

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

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INFORMARE ÎN LIBIA

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

Comitetul recomandă ca statul parte să: ... (c) asigure accesul și educația adolescenților cu privire la problemele de sănătate ale acestora, într-o manieră sensibilă, în special în ceea ce privește sănătatea mintală⁸⁵.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INFORMARE

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

Dreptul la informare în contextul sănătății sexuale și reproductive

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

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

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

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

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

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

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

tului⁸⁸. Astfel, organismele de monitorizare a tratatelor ONU au îndemnat guvernele să îmbunătățească accesul, luând în considerare creșterea avorturilor în rândul adolescentelor, precum și a bolilor cu transmitere sexuală⁸⁹, inclusiv HIV/ SIDA⁹⁰, acest drept la acces extinzându-se și în ceea ce-i privește pe copii⁹¹.

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

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

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

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INFORMARE

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

-
88. Comitetul CEDAW. Recomandarea generală CEDAW Nr.24: Art. 12 CEDAW. Doc. ONU A/54/38/Rev. 1, cap. I. 1999. para. 14; Comitetul CRC. Observații finale: Austria. Doc. ONU CRC/C/15/ Add.98. 7 mai 1999. para. 15; Comitetul CRC. Observații finale: Bangladesh. Doc. ONU CRC/C/15/Add.221. 27 octombrie 2003. para. 60; Comitetul CRC. Observația finală a Comitetului privind Drepturile Copilului: Barbados. Doc. ONU CRC/C/15/Add.103. 24 august 1999. para. 25.
89. CESC. Observații finale: Lituania. Doc. ONU E/C.12/1/Add.96. 7 iunie 2004; Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului privind Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare Împotriva Femeilor: Sesiunile 28, 29. Doc. ONU A/58/38 (SUPP). 2003; a se vedea și CESC. Observații finale: Republica Populară China (inclusiv Hong Kong și Macao). Doc. ONU E/C.12/1/Add.107. 13 mai 2005.
90. CESC. Observații finale: Chile. Doc. ONU E/C.12/Add.105. 26 noiembrie 2004; a se vedea și CESC. Observații finale: Cameroon. Doc. ONU E/C.12/1/Add.40. 8 decembrie 1999; a se vedea și Comitetul CEDAW. Raportul Comitetului privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor: Sesiunile 28, 29. Doc. ONU A/58/38 (SUPP). 2003
91. Comitetul CRC. Observații finale: Mozambique. Doc. ONU CRC/C/15/Add.172. 3 aprilie 2002; a se vedea și Comitetul CRC. Observații finale: Indonesia. Doc. ONU CRC/C/15/Add.223. 26 februarie 2004.
92. Comitetul CEDAW. Observații finale: Panama. Doc. ONU CEDAW/C/PAN/CO/7 . 5 februarie 2010. alin 40-41.
93. Comitetul CEDAW. Comunicare Nr. 4/2004: A.S. v. Ungaria. Doc ONU. CEDAW/C/36/D/4/2004. 14 iulie 2006. alin. 11.2 (amintind Comentariul general 21 al Comitetului CEDAW privind egalitatea în căsătorie și în relațiile de familie).

2.3.4 DREPTUL LA INTEGRITATEA CORPORALĂ

Dreptul la integritatea corporală protejează individul de vătămare corporală⁹⁴. În contextul îngrijirii pacientului, acest drept devine relevant în cazurile de tratament medical nevoluntar și în proceduri experimentale⁹⁵. Acesta nu este recunoscut în mod specific în ICCPR sau ICESCR, dar a fost interpretat ca fiind parte a drepturilor conexe, inclusiv a dreptului de a nu fi supus torturii și de a nu fi supus tratamentelor săvârșite crude, inumane și degradante (ICCPR, Art. 7); dreptul la siguranța persoanei (ICCPR, Art. 9); dreptul la viața privată (ICCPR, Art. 17); și dreptul privind atingerea celui mai înalt standard de sănătate (ICESCR, Art. 12). În conformitate cu acest drept, un stat trebuie să ia măsurile necesare pentru a proteja individul de la amenințările privind integritatea sa corporală, indiferent dacă aceste amenințări provin de la agenții statului sau de la persoane private⁹⁶. A se vedea secțiunile privind drepturile conexe.

DISPOZIȚII RELEVANTE

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

94. CCPR. Proiectul Comentariului general nr. 35: Articolul 9: Libertatea și siguranța persoanei. Doc ONU. CCPR/C/107/R.3. 28 ianuarie 2013. alin. 8.

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

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

▶ **ICRPD**

● **Art. 14:**

- 1) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți:
 - (a) Se bucură de dreptul la libertate și siguranță a persoanei;....

- **Art. 17:** Fiecare persoană cu dizabilități are dreptul de a-i fi respectată integritatea fizică și mintală, în condiții de egalitate cu ceilalți..

▶ **ICMW, Art. 16:**

- 1) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la libertate și la siguranță.
- 3) Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora au dreptul la o protecție efectivă a statului împotriva violenței, vătămării fizice, amenințărilor și intimidărilor săvârșite fie de către funcționarii publici, fie de către persoane fizice, grupuri sau instituții.

Recomandări Internaționale Etice pentru Studii Biometrice cu Implicarea Subiecților Umani⁹⁷:

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

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

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

▶ **Principiul 9:**

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

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

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

Declarația de la Lisabona privind drepturile Pacienților⁹⁹

▶ Principiul 2. Dreptul la libertatea de alegere

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

▶ Principiul 3. Dreptul la autodeterminare

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

▶ Principiul 4. Pacientul inconștient

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

▶ Principiul 5. Pacientul incapabil din punct de vedere legal

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

▶ Principiul 6. Proceduri realizate împotriva voinței pacientului

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

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

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății mintale

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

Așa cum s-a explicat mai sus, amenințările față de integritatea corporală a unor astfel de persoane pot fi realizate și prin încălcarea altor drepturi conexe, cum ar fi dreptul la siguranță al persoanelor și dreptul de a nu fi supus torturii, tratamentelor crude, inumane și degradante. Ca și în cazul dreptului la siguranța persoanei, statul are obligația de a monitoriza instituțiile psihiatrice și alte instituții pentru a se asigura că nici o persoană nu este internată pe baza dizabilității sale mintale și fără consimțământul liber și dat în cunoștință de cauză al acesteia¹⁰³. Dacă este necesară folosirea forței sau imobilizarea, aceasta trebuie să fie făcută în urma unei „evaluări medicale aprofundate și profesionale”, din care să rezulte că se impune o asemenea intervenție¹⁰⁴. Mai mult decât atât, guvernul are obligația de a stabili un sistem de monitorizare și raportare al instituțiilor de sănătate mintală¹⁰⁵.

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

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

Statul parte trebuie să ia măsuri imediate pentru a aboli utilizarea paturilor prin care se închide persoana în instituțiile psihiatrice și cele conexe. Statul parte trebuie să stabilească, de asemenea, un sistem de control, luând în considerare Principiile Națiunilor Unite pentru Protecția Persoanelor cu Boli Psihice și Îmbunătățirea Sănătății Mintale¹⁰⁶.

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

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

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

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

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

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

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

Dreptul la integritate corporală în contextul bolilor contagioase

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

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

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

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

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la siguranță îi garantează persoanei dreptul de a avea control asupra propriului corp. Acțiunile fizice realizate asupra corpului individului fără consimțământul său (cum ar fi sterilizarea forțată) au fost considerate „acte de violență”¹¹⁰. Organismele de monitorizare ale tratatelor au recunoscut faptul că practicile precum mutilarea genitală pot încălca dreptul fetelor la siguranța personală și integritatea lor fizică și morală, amenințându-le viața și sănătatea¹¹¹. În cazul sterilizării forțate, guvernele trebuie să ia măsurile necesare pentru a preveni astfel de acte, cum ar fi tragerea la răspundere penală a furnizorilor de asistență medicală pentru efectuarea sterilizărilor fără consimțământul total, liber și dat în cunoștință de cauză de către persoană¹¹².

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA SIGURANȚA PERSOANEI

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

2.3.5 DREPTUL LA VIAȚĂ

Dreptul la viață protejează individul împotriva pedepsei cu moartea în cazul în care hotărârea din procesul care a stat la baza condamnării nu este în conformitate cu dreptul internațional al drepturilor omului (ICCPR, Art. 14)¹¹⁵. În plus, dreptul la viață implică obligații substanțiale din partea statului (1) să se abțină de la utilizarea forței letale efective sau potențiale, din partea agenților statului, în măsura în care nu este absolut necesară și (2) să protejeze viața persoanelor predispușe vătămarilor realizate de actori privați. Aceasta include, de asemenea, o obligație procedurală din partea statului de a efectua investigații eficiente în privința deceselor (altele decât cele care rezultă din cauze naturale).

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

În conformitate cu dreptul la viață, guvernul trebuie să furnizeze un nivel minim de servicii de îngrijiri de sănătate și medicamente esențiale care să asigure sănătatea pacientului. În cazul în care serviciile de îngrijiri de sănătate sunt neadecvate și duc la moartea pacientului, atunci, în funcție de circumstanțe, statul poate fi tras la răspundere pentru proasta gestionare a resurselor de îngrijiri de sănătate, precum și de moartea pacientului¹¹⁸.

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

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

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

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

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

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Art. 3:** Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.
- ▶ **ICCPR, Art. 6(1):** Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viața sa în mod arbitrar.
- ▶ **CRC, Art. 6:**
 - 1) Statele părți recunosc dreptul la viață al fiecărui copil.
 - 2) Statele părți vor face tot ce le stă în putință pentru a asigura supravegherea și dezvoltarea copilului.
- ▶ **ICRPD, Art. 10:** Statele părți reafirmă că fiecare ființă umană are dreptul inalienabil la viață și vor lua toate măsurile necesare pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități se bucură efectiv de acest drept în condiții de egalitate cu ceilalți.
- ▶ **ICMW**
 - **Art. 9:** Dreptul la viață al lucrătorilor migranți și al membrilor familiilor este protejat prin lege.
 - **Art. 28:** Lucrătorii migranți și membrii familiilor au dreptul să primească orice îngrijire medicală care este urgentă și necesară pentru protejarea propriei vieți sau evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu trebuie să le fie refuzată din cauza unei neregularități, de orice natură ar fi aceasta, legată de ședere sau angajare.

Dreptul la viață în contextul sănătății mintale

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

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ ÎN AUSTRALIA

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

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

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

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

(a) Să vină în urma studiului Institutului Australian de Sănătate și Bunăstare cu măsuri destinate să abordeze cauzele directe și indirecte care stau la baza numeroaselor probleme de sănătate mintală la copii și tineri, privind în special sinuciderile și alte tulburări legate, printre altele, de abuz de substanțe, violență și calitate necorespunzătoare a măsurilor de îngrijire în cazurile de îngrijire alternativă;

(b) Alocarea resurselor specifice pentru îmbunătățirea disponibilității și calității serviciilor de intervenție timpurie, pregătirea și dezvoltarea profesorilor, consilierilor, profesioniștilor din domeniul medical și a persoanelor care lucrează cu copii, precum și sprijinul părinților;

(c) Dezvoltarea serviciilor specializate de sănătate și a strategiilor care vizează copiii predispuși la probleme de sănătate mintală și familiile lor, asigurarea accesului pentru cei care au nevoie de aceste servicii, ținând cont de vârstă, sex, context socio-economic, geografic, origine etnică, etc.;

(d) În planificarea și implementarea celor expuse mai sus, să consulte copiii și tinerii pentru a se reuși o îmbunătățire a acestor măsuri. Trebuie să se țină cont de numărul tot mai mare al problemelor de sănătate mintală și de scopul urmărit privind îmbunătățirea legăturilor de familie și asigurarea sprijinului comunității, precum și reducerea stigmatizării;

(e) Monitorizarea atentă a stimulentele psihice prescrise copiilor, oferirea unui acces larg la măsurile și tratamentele psihologice pentru copiii care suferă de ADHD și ADD, dar și pentru părinții și profesorii acestora. Trebuie să ia în considerare colectarea și analiza datelor defalcate în funcție de tipul de substanțe și de vârstă, în vederea monitorizării posibilului abuz al copiilor de medicamente din categoria stimulentele psihice¹²¹.

Dreptul la viață în contextul bolilor contagioase

Conform CCPR, în ceea ce privește dreptul la viață, guvernele trebuie „să asigure toate măsurile posibile... pentru creșterea speranței de viață, în special prin adoptarea măsurilor de eliminare a... epidemiilor”¹²². Considerat ca fiind cel mai de bază drept al omului, dreptul la viață a jucat un rol important în promovarea prevenției și accesul la medicamente și tratamente. Dreptul la viață a jucat un rol important în reacțiile statelor împotriva bolilor contagioase cum ar fi HIV/SIDA și continuă să fie folosit de litiganți și de activiști pentru a pune presiune pe state în scopul adoptării măsurilor necesare protejării vieții persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA¹²³.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ ÎN UGANDA

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

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

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

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

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

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

Dreptul la viață în contextul sănătății sexuale și reproductive

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

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

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

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

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW)(2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață¹³⁰.

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

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

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

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

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

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

2.3.6 DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD POSIBIL DE SĂNĂTATE

Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate (denumit în continuare „dreptul la sănătate”) este dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate atât mintală, cât și fizică. Dreptul la sănătate impune ca facilitățile, bunurile și serviciile să fie disponibile, accesibile, acceptabile și de calitate. Cu alte cuvinte, în conformitate cu acest drept, statele au obligația de a face disponibile unități, bunuri și servicii de îngrijiri de sănătate, în cantitate suficientă și accesibile tuturor, atât din punct de vedere fizic, economic, cât și fără discriminare¹³¹. Unitățile, bunurile și serviciile de îngrijiri de sănătate trebuie să respecte etica medicală, să fie acceptate din punct de vedere cultural, iar din punct de vedere științific și medical să fie adecvate și de bună calitate¹³². Dreptul la sănătate nu se extinde doar la îngrijirile medicale adecvate și accesibile, ci și la factorii de bază ai sănătății cum ar fi accesul la apă potabilă, la o alimentație și nutriție adecvată și la un domiciliu sigur¹³³.

ICESCR permite statelor părți să „realizeze progresiv” dreptul la sănătate, recunoscând limitările pe care resursele unui stat le poate întâmpina pentru a asigura pe deplin acest drept. Cu toate acestea, Pactul stabilește obligații imediate care presupun ca statele părți să efectueze pașii „deliberați, concreți și țințiți” spre realizarea deplină a dreptului – aceștia includ asigurarea că dreptul este „exercitat fără discriminare de orice fel (art. 2.2)”¹³⁴. CESCR a arătat clar că „realizarea progresivă” a dreptului nu văduvește „conținutul semnificativ” al obligațiilor statelor părți. În schimb, aceasta înseamnă că statele părți au „o obligație specifică și continuă de a acționa cât mai repede și mai eficient posibil spre realizarea deplină a [dreptului la sănătate]”¹³⁵. Mai mult decât atât, statele părți nu au voie să ia măsuri regresive, iar în cazul în care sunt necesare asemenea măsuri, statul parte trebuie să dovedească faptul că aceste măsuri au fost luate în urma unei „analize atente a tuturor alternativelor posibile și că măsurile pot fi justificate prin referire la ansamblul tuturor drepturilor prevăzute în Pact, în contextul utilizării depline a resurselor maxim disponibile ale statului.”¹³⁶

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

În plus, dreptul la sănătate este unul incluziv și presupune libertăți, nu doar beneficii¹³⁹. Astfel de libertăți includ dreptul persoanei de a-și controla sănătatea și propriul corp, inclusiv libertatea sexuală și repro-

-
131. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12; Vezi Comitetul CEDAW. Comentarii finale ale Comitetului privind eliminarea discriminării față de femei: Arabia Saudită. Doc. ONU CEDAW/C/SAU/CO/2. 8 aprilie 2008. punctele 33-34; CESCR. Observații finale ale Comitetului privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Algeria. Doc. ONU E/C.12/DZA/CO/4. 07 iunie 2010. alin 20.
132. Vezi CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 12.
133. Vezi CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 4.
134. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 30
135. CESCR. CESCR Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000.para. 31.
136. CESCR. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. UN Doc. E/C.12/2000/4. August 11, 2000. para. 32.
137. CESCR. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. UN Doc. E/C.12/2000/4. August 11, 2000. paras. 46-52.
138. CESCR. Concluding Observations: Uruguay. UN Doc. E/C.12/1/Add.18. December 22, 1997. Alarm expressed at fact that very low wages paid to nurses led to a low ratio of nurses to doctors (lower than 1:5), tending to diminish the quality and accessibility of medical care available to the community; see also CESCR. Concluding Observations: Republic of the Congo. UN Doc. E/C.12/1/Add.45. May 23, 2000. Grave concern expressed at decline of standard of health, due in part to ongoing financial crisis, which resulted in serious shortage of funds for public health services; CESCR. Concluding Observations: Mongolia. UN Doc. E/C.12/1/Add.47. September 1, 2000. Deteriorating health situation for population since 1990 in light of decreasing government expenditure on health from 5.8 percent of GDP in 1991 to 3.6 percent in 1998.
139. CESCR. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. UN Doc. E/C.12/2000/4. August 11, 2000. para. 8; UN Special Rapporteur on the Right to Health. Report on “Mental and the Right to Health.” UN Doc. E/CN.4/2005/51. February 11, 2005. para. 38.

ductivă, precum și dreptul de a nu fi supus ingerințelor, precum dreptul de a nu fi supus tratamentului medical fără consimțământ și experimentării¹⁴⁰.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR, Art. 25:

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

▶ ICESCR, Art. 12:

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

▶ CRC

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

▶ Art. 24:

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

▶ CEDAW, Art. 12:

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

140. CESCR. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. UN Doc. E/C.12/2000/4. August 11, 2000. para. 8.

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

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

► **ICMW**

- **Art. 28:** Lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora beneficiază de dreptul de a primi orice îngrijire medicală care este necesară de urgență, în vederea protejării propriei vieți sau pentru evitarea unui prejudiciu ireparabil pentru sănătatea lor, în baza egalității de tratament cu cetățenii statului în cauză. O astfel de îngrijire medicală de urgență nu va fi refuzată din cauza unei neregularități legate de ședere sau angajare.
- **Art. 43(1)(e):** Lucrătorii migranți trebuie să se bucure de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu: ...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect.
- **Art. 45(1)(c):** Membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de egalitate de tratament cu cetățenii statului în care lucrează, în legătură cu: accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția respectării cerințelor de participare la un astfel de proiect ...
- **Art. 70:** Statele părți trebuie să aplice măsuri la fel de favorabile ca cele aplicate propriilor cetățeni, în vederea asigurării conformității condițiilor de muncă și de trai pentru lucrătorii migranți și membrii familiilor acestora într-o situație obișnuită, cu standardele de fitness, siguranță, sănătate și principiile demnității umane.

Dreptul la sănătate în contextul sănătății mintale

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

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT POSIBIL STANDARD DE CALITATE ÎN SĂNĂTATE ÎN AUSTRALIA

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

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

Dreptul la sănătate în contextul bolilor contagioase

În conformitate cu dreptul la sănătate, persoanele care suferă de boli contagioase au dreptul de a accesa un tratament pe care să și-l permită, cum ar fi terapia antiretrovirală și servicii adecvate de îngrijiri de sănătate și de consiliere¹⁴⁵. În contextul bolilor contagioase, statele au de asemenea obligația de a se pregăti, de a preveni și de a răspunde la riscul bolilor contagioase emergente. De exemplu, statele sunt obligate să pună în aplicare o supraveghere eficientă a sănătății publice și a sistemelor de raportare¹⁴⁶. Autorităților li se interzice discriminarea persoanelor pe baza stării lor de sănătate, cum ar fi HIV/SIDA și tuberculoza¹⁴⁷.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) să asigure implementarea integrală și efectivă a unei politici cuprinzătoare de prevenire a HIV/SIDA, cu direcționarea adecvată către zonele și grupurile care sunt cele mai vulnerabile; (b) să își întărească eforturile privind combaterea HIV/SIDA, inclusiv prin campanii de conștientizare¹⁴⁸.

Dreptul la sănătate în contextul sănătății sexuale și reproductive

Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au legat mortalitatea maternă de o „lipsă de servicii cuprinzătoare de sănătatea reproducerii, legi restrictive privind avortul, avorturi nesigure sau ilegale, sarcini în perioada adolescenței, căsătorii forțate și între copii, precum și accesul neadecvat la contraceptive”¹⁴⁹. Mai mult decât atât, Consiliul ONU pentru Drepturile Omului a declarat că mortalitatea maternă reprezintă o încălcare a drepturilor omului și a cerut statelor să ia măsurile necesare pentru a o preveni¹⁵⁰. De exemplu, în plus față de facilitarea accesului la contraceptive și la planificare familială¹⁵¹, statele trebuie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW)(2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață¹⁵⁴.

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

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

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

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

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

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

Dreptul de a nu fi supus torturii și altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante (denumite în continuare TCIDT) obligă statul să prevină și să protejeze cetățenii de astfel de tratamente și să îi pedepsească pe cei care le aplică. Conform *jus cogens*, acest drept este unul dintre puținele drepturi absolute ale omului din dreptul internațional de la care nu se poate deroga, ceea ce înseamnă că dreptul este „de neatins”, chiar și în circumstanțe excepționale, cum ar fi cele de război sau amenințare de război.¹⁵⁶ Cele mai multe interdicții de drepturile omului împotriva torturii acoperă abuzurile care variază de la tortură, la tratament crud și inuman și până la tratament degradant. CCPR a ezitat să facă o distincție clară între diferitele tipuri de abuz, dar a indicat că distincțiile se realizează în funcție de natura, scopul și severitatea tratamentului¹⁵⁷. Mai mult decât atât, în timp ce CAT definește tortura conform articolului 1, niciunul dintre tratatele internaționale privind drepturile omului nu definește tratamentele crude, inumane și degradante. Totuși, Manfred Nowak, fostul raportor special al ONU pe problema TCIDT a făcut distincția. Potrivit lui Nowak, diferența nu provine din gradul de „intensitate a suferinței cauzate” sau „gravitatea tratamentului”, ci mai degrabă din „scopul comportamentului, din intenția făptuitorului și din nivelul de neputință al victimei”¹⁵⁸. Tortura presupune patru elemente esențiale: actul care provoacă durere sau suferințe grave, fizice sau psihice; intenția; scopul specific; și implicarea unui agent al statului, cel puțin prin acceptarea tratamentului¹⁵⁹. În schimb, tratamentele crude, inumane sau degradante (denumite în continuare CIDT) reprezintă „provocarea de durere sau suferințe severe fără scop sau intenție și în afara unei situații în care o persoană se află de facto sub controlul altei persoane”¹⁶⁰ Juan Mendez, actualul Raportor special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante (Raportor special privind tortura), a definit CIDT ca „acte care nu se încadrează în definiția torturii”¹⁶¹.

Dreptul internațional al drepturilor omului protejează pacienții împotriva torturii în instituțiile medicale și obligă statul să prevină, să investigheze, să urmărească și să pedepsească încălcările actorilor non-statali¹⁶² În cazul în care a avut loc o încălcare, obligația de a furniza un remediu eficient în conformitate cu Articolul 2(3)(a) din ICCPR poate include furnizarea de asistență medicală și psihiatrică adecvată;¹⁶³ iar în cazul în care personalul medical participă la acte de tortură, aceștia trebuie să fie trași la răspundere și pedepsiți¹⁶⁴.

În raportul său din februarie 2013, Raportorul special privind tortura subliniază aplicabilitatea TCIDT în instituțiile medicale, inclusiv obligația statului de a preveni nu numai tortura aplicată de către funcțio-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

În privința deținuților, refuzul tratamentului medical și/sau al accesului la acesta, atunci când individul este în custodia statului pot fi considerate tratamente crude, inumane sau degradante în conformitate cu dreptul internațional¹⁶⁸. În ceea ce privește articolul 10(1), CCPR a găsit o încălcare a dreptului în cazul unui deținut condamnat la pedeapsa cu moartea căruia i-a fost refuzat tratamentul medical¹⁶⁹, iar supra-aglomerarea din centrul de detenție preventivă a produs condiții inumane și nesănătoase, care au dus în cele din urmă la moartea deținutului¹⁷⁰. Alte exemple de încălcări ale articolelor 7 și 10(1) includ un caz în care un deținut a fost ținut în izolare într-o celulă subterană, a fost supus torturii timp de trei luni și i-a fost refuzat tratamentul medical necesar pentru starea sa de sănătate¹⁷¹. Într-un alt caz, combinația dintre dimensiunea celulelor, condițiile neigienice, dieta săracă și lipsa de îngrijire dentară a dus la constatarea unei încălcări a articolelor 7 și 10 (1)¹⁷².

În plus, interzicerea accesului la ameliorarea durerii, în cazul în care există o durere sau o suferință severă, constituie tratament sau pedeapsă crudă, inumană, sau degradantă¹⁷³. Refuzul accesului direct al unui deținut la dosarul său medical, în special în cazul în care acest lucru poate avea anumite consecințe asupra tratamentului său, poate constitui de asemenea o încălcare a articolului 10(1)¹⁷⁴. Mai mulți Raportori speciali ONU privind tortura au găsit numeroase abuzuri privind sănătatea deținuților și accesul acestora la servicii de sănătate, care reprezintă încălcarea interdicției privind tortura sau tratamentele crude, inumane sau degradante. Raportorii speciali au constatat că, deseori, condițiile și insuficiența

-
165. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 24. A se vedea și Comisia CAT. Comentariu general Nr. 2: Punerea în aplicare a articolului 2 de către statele părți. Doc. ONU CAT/C/GC/2. 24 ianuarie 2008. alin. 15..
166. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 39.
167. Raportorul special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Raport privind instituțiile medicale. Doc. ONU A/HRC/22/53. 1 februarie 2013. alin. 84.
168. Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44. 14 ianuarie 2009. alin. 71.
169. CCPR. Comunicare Nr. 527/1993: Lewis v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/57/D/527/1993. 18 iulie 1996. Programările pentru tratarea bolilor de piele nu s-au ținut pe perioadă de 2 ani și jumătate; a se vedea, de asemenea, CCPR. Comunicare Nr. 232/1987: Pinto v Trinidad și Tobago. Doc. ONU CCPR/A/45/40 (vol. II SUPP). 20 iulie 1990. CCPR a reafirmat că obligația de a trata persoanele private de libertate cu respectarea demnității inerente a ființei umane presupune prestarea de îngrijiri medicale adecvate în timpul detenției și că această obligație, în mod evident, se extinde la persoanele condamnate la pedeapsa cu moartea. Cu toate acestea, faptele nu au dezvăluit o încălcare în cazurile pentru care s-au făcut acuzații de rele tratamente și lipsă de îngrijire medicală, acestea nu au fost coroborate și s-au făcut într-un stadiu târziu al cererii; CCPR. Comunicare Nr. 571/1994: Henry și Douglas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/A/51/40 (Vol. II SUPP); CCPR/C/57/D/571/1994. 25 iulie 1996. Menținerea lui Henry într-o celulă rece după ce a fost diagnosticat de cancer a încălcat articolele 7 și 10 (1); CCPR. Comunicare Nr. 613/1995: Leehong v Jamaica. Doc. ONU CCPR/A/54/40 (Vol II.); CCPR/C/66/D/613/1995. 13 iulie 1999. Prizonierului condamnat la moarte i s-a permis să fie consultat de un medic doar o dată, în ciuda bățăilor susținute din partea gardienilor și a cererilor de asistență medicală.
170. CCPR. Comunicare Nr. 763/1997: Lantsova v Federația Rusă. Doc. ONU CCPR/C/74/D/763/1997. 26 martie 2002.
171. CCPR. Comunicare Nr. R.14/63: Setelich/Sendic v Uruguay. Doc. ONU CCPR/A/37/40. 28 octombrie 1981.
172. CCPR. Communication No. 798/1998: Howell v. Jamaica. UN Doc. CCPR/A/59/40 (Vol. II); C/79/D/798/1998). October 21, 2003.
173. Consiliul pentru Drepturile Omului al Organizației Națiunilor Unite. Raportul Raportorului Special al ONU privind tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Doc. ONU A/HRC/10/44. 14 ianuarie 2009. punctele 71-72.
174. Comunicare Nr. 726/1996: Zheludkov v Ukraine. Doc. ONU CCPR/A/58/40 (Vol. II); CCPR/C/76/D/726/1996. 29 octombrie 2002; a se vedea opinia separată Quiroga, care prevede că interpretarea comisiei a articolului 10 alineatul (1) cu privire la accesul la dosarele medicale este în mod nejustificat de restrânsă și că simpla negare a înregistrărilor este suficientă pentru a constitui o încălcare, indiferent de consecințe.

serviciilor medicale sunt mai grave pentru arestații preventiv decât pentru deținuți¹⁷⁵. Unele dintre cele mai grave abuzuri includ: incapacitatea de a oferi accesul deținuților noi la servicii medicale profesionale și la condiții igienice de trai¹⁷⁶; incapacitatea de a-i izola pe cei cu boli contagioase (ex: tuberculoza);¹⁷⁷ proceduri de carantină complet inacceptabile¹⁷⁸; furnizarea insuficientă de alimente, ceea ce duce în unele cazuri la foamete¹⁷⁹; și suferință psihică, care ar putea atinge pragul de tortură psihică¹⁸⁰.

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Art. 5:** Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante.
- ▶ **ICCPR**
 - **Art. 7:** Nimeni nu va fi supus torturii și nici unor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. În special, este interzis ca o persoană să fie supusă, fără consimțământul său, unei experiențe medicale sau științifice.
 - **Art. 10(1):** Orice persoană privată de libertate va fi tratată cu umanitate și cu respectarea demnității inerente persoanei umane.
- ▶ **CAT**
 - **Art. 1:**
 - 1) În sensul prezentei convenții, termenul tortură înseamnă orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenție, o durere sau suferințe puternice, fizice ori psihice, mai ales cu scopul de a obține de la această persoană sau de la o persoană terță informații sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terță persoană l-a comis ori este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiuni asupra ei ori de a intimida sau a face presiuni asupra unei terțe persoane, sau pentru oricare alt motiv bazat pe o formă de discriminare oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau astfel de suferințe sunt aplicate de către un agent al autorității publice sau de orice altă persoană care acționează cu titlu oficial sau la instigarea ori cu consimțământul expres sau tacit al unor asemenea persoane. Acest termen nu se referă la durerea ori suferințele rezultând exclusiv din sancțiuni legale, inerente acestor sancțiuni sau ocazionate de ele.
 - 2) Acest articol nu aduce atingere niciunui instrument internațional sau legi naționale care conține ori poate să conțină dispoziții de mai largă cuprindere.
 - **Art. 2:**
 - 1) Fiecare stat parte ia măsuri legislative, administrative, judiciare și alte măsuri eficace pentru a împiedica săvârșirea de acte de tortură pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa.

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

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

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

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

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

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

- 2) Nici o împrejurare excepțională, oricare ar fi ea, fie că este vorba de starea de război sau de amenințări cu războiul, de instabilitate politică internă sau de orice altă stare de excepție, nu poate fi invocată pentru a justifica tortura.
 - 3) Ordinul unui superior sau al unei autorități publice nu poate fi invocat pentru a justifica tortura.
- **Art. 4:**
 - 1) Fiecare stat parte veghează ca toate actele de tortură să constituie infracțiuni în raport cu dreptul său penal. Se va proceda tot astfel în legătură cu tentativa de a săvârși tortura sau cu orice act, comis de orice persoană, care constituie complicitate sau participare la actul de tortură.
 - 2) Fiecare stat parte consideră aceste infracțiuni ca fiind pasibile de pedepse corespunzătoare, dată fiind gravitatea lor.
 - **Art. 10:**
 - 1) Fiecare stat parte se va îngriji ca datele și informațiile referitoare la interdicția torturii să facă parte integrantă din programul de instruire a personalului civil sau militar însărcinat cu aplicarea legilor, personalului medical, agenților autorității publice și altor persoane care pot interveni în paza, interogatoriul sau tratamentul oricărui individ reținut, arestat sau încarcerat sub orice formă.
 - **Art. 13:** : Fiecare stat parte va asigura oricărei persoane care pretinde că a fost supusă torturii pe oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa dreptul de a face plângere în fața autorităților competente ale aceluși stat, care vor proceda imediat și imparțial la examinarea cauzei sale. Se vor lua măsuri pentru a asigura protecția reclamantului și a martorilor împotriva oricăror rele tratamente sau oricărei intimidări intervenite ca efect al plângerii depuse sau al oricărei depoziții date.
 - **Art. 14:**
 - 1) Fiecare stat parte garantează, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură, dreptul de a obține reparație și de a fi indemnizată în mod echitabil și de o manieră adecvată, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai complet posibilă. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, avânzii-cauză ai acesteia au dreptul la despăgubiri.
 - 2) Prezentul articol nu exclude niciun drept la despăgubiri pe care l-ar putea avea victima sau orice altă persoană în virtutea legilor naționale.
 - **Art. 16:**
 - 1) Fiecare stat parte se angajează să interzică, în oricare teritoriu aflat sub jurisdicția sa, orice alte acte cauzatoare de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante care nu sunt acte de tortură în sensul definit la art. 1, atunci când asemenea acte sunt săvârșite de un agent al autorității publice sau de orice altă persoană acționând cu titlu oficial sau la instigarea sa ori cu consimțământul său expres sau tacit. În mod special, obligațiile enunțate la art. 10, 11, 12, și 13 sunt aplicabile ca urmare a înlocuirii mențiunii torturii prin mențiunea altor forme de suferințe sau tratamente cu cruzime, inumane ori degradante.
 - 2) Dispozițiile prezentei convenții nu afectează dispozițiile niciunui alt instrument internațional sau lege națională care interzic pedepsele ori tratamentele cu cruzime, inumane sau degradante ori care se referă la extrădare sau expulzare.

▶ **CRC**

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

▶ **ICRPD, Art. 15:**

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

▶ **ICMW**

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

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

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

Codul de conduită al organelor de drept privind aplicarea legii¹⁸²

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

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

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

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

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

▶ Regula 23:

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

▶ Regula 25:

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

▶ Regula 26:

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

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

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

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

În plus, Comitetul CAT a identificat supraaglomerare, condiții de trai inadecvate și detenție de lungă durată în spitalele de psihiatrie, care „echivalează cu tratamente inumane sau degradante”¹⁹⁰. Aceasta a condamnat de asemenea, în termeni similari, suprapopularea extremă din închisori, unde condițiile de viață și de igienă păreau a pune în pericol sănătatea și viața deținuților,¹⁹¹ în plus față de lipsa de atenție medicală¹⁹².

-
184. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU. A/65/40(vol. I). 2009. p. 40-41, alin. 19.
185. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 21: Înlocuiește Comentariul general 9 privind tratamentul uman al persoanelor private de libertate (articolul 10) (Anexa VI, B). Doc. ONU A/47/40 [SUPP]. 13 martie 1993. alin. 2.
186. CCPR. Comunicare Nr. 256/1987: Kelly v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/41/D/253/1987. 08 aprilie 1991. Încălcarea articolului 10 alineatul (1), în cazul în care prizonierul are probleme de sănătate ca urmare a lipsei de îngrijire medicală de bază și a fost lăsat să iasă din celulă doar 30 de minute în fiecare zi; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 255/1987: Linton v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/46/D/255/1987. 22 octombrie 1992. Refuzul de tratament medical adecvat pentru leziunile suferite în timpul evadării a încălcat articolele 7 și 10 (1); CCPR. Comunicare Nr. 334/1988: Bailey v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/47/D/334/1988. 5 decembrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 321/1988: Thomas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/49/D/321/1988. 19 octombrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 414/1990: Mika Miha v Guineea Ecuatorială. Doc. ONU CCPR/C/51/D/414/1990. 8 iulie 1994; CCPR. Comunicare Nr. 653/1995: Colin Johnson v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/653/1995. 20 octombrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 326/1988. Kalenga v Zambia. Doc. ONU CCPR/C/48/D/326/1988. 27 iulie 1993.
187. CCPR. Comunicare Nr. 732/1997: Whyte v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/63/D/732/1997. 27 iulie 1998. Imposibilitatea de a trata atacuri de astm și leziuni suferite prin bătăi; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 564/1993: Leslie v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/63/D/564/1993. 31 iulie 1998. Lipsa de tratament medical adecvat pentru bătăi și înjunghiere deoarece Leslie urma să fie executat iminent; CCPR. Comunicare Nr. 610/1995: Henry v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/610/1995. 20 octombrie 1995. Lipsa de tratament medical în ciuda recomandării medicului; CCPR. Comunicare Nr. 647/1995: Pennant v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/647/1995. 20 octombrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 719/1996: Levy v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/719/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 730/1996: Marshall v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/730/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 720/1996: Morgan și Williams v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/720/1996. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 663/1995: Morrison v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/64/D/663/1995. 3 noiembrie 1998; CCPR. Comunicare Nr. 775/1997: Brown v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/65/D/775/1997. 23 martie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 590/1994: Bennett v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/65/D/590/1994. 25 martie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 668/1995: Smith și Stewart v Jamaica. Doc. ONU. CCPR/C/65/D/668/1995. 8 aprilie 1999; CCPR. Comunicare Nr. 962/2001: Mulezi v Republica Democratică Congo. Doc. ONU CCPR/C/81/D/962/2001. 6 iulie 2004; CCPR. Comunicare Nr. 964/2001: Saidov v Tadjikistan. Doc. ONU CCPR/C/81/D/964/2001. 8 iulie 2004.
188. CCPR. Observații finale: Bosnia și Herțegovina. Doc. ONU. CCPR/C/BIH/CO/1. 22 noiembrie 2006.
189. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Drepturile Omului. Doc. ONU A/65/40 (vol. I). 2009. p. 90, alin. 21.
190. Comitetul CAT. Concluzia și Recomandarea Comitetului împotriva Torturii: Federația Rusă. Doc. ONU CAT/C/RUS/CO/4. 6 februarie 2007.
191. CRPD. Observații finale: China. Doc. ONU CRPD/C/CHN/CO/1. 15 octombrie 2012. alin. 27-28.
192. Comitetul CAT. Concluzia și Recomandarea Comitetului împotriva Torturii: Nepal. Doc. ONU. CAT/C/NPL/CO/2. 13 aprilie 2007; a se vedea și CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 418-a reuniune: Paraguay. Doc. ONU CAT/C/SR.418 11 ianuarie 2001; a se vedea și Comitetul CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 471-a reuniune: Grecia, Brazilia. Doc. ONU CAT/C/SR.471. 21 mai 2001; Comitetul CAT. Concluzia și Recomandarea Comitetului împotriva Torturii: Nepal. Doc. ONU. CAT/C/NPL/CO/2. 13 aprilie 2007; a se vedea și CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 418-a reuniune: Paraguay. Doc. ONU CAT/C/SR.418 11 ianuarie 2001; a se vedea și Comitetul CAT. Rezumatul înregistrării primei părți a celei de-a 471-a reuniune: Grecia, Brazilia. Doc. ONU CAT/C/SR.471. 21 mai 2001.

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

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

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

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

Williams v. Jamaica (CCPR)(1997). Comitetul a constatat că eșecul statului de a trata în mod adecvat plângerea reclamantului, un deținut cu o problemă de sănătate mintală care s-a exacerbat din cauza condamnării la moarte, a constituit o încălcare a articolelor 7 și 10(1) din ICCPR¹⁹⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

203. CCPR. Comunicare Nr. 1153/2003: K.L v Peru. Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003. 22 noiembrie 2005. alin. 7; CCPR.

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

a fost tratată ca o încălcare a acestui drept.²⁰⁴ Practicile tradiționale vătămătoare, cum ar fi mutilarea genitală a femeilor, au fost considerate tratamente crude, inumane și degradante, iar statele sunt obligate să pună în aplicare măsuri care să împiedice astfel de practici.²⁰⁵

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI ALTOR TRATAMENTE SAU PEDEPSE CRUDE, INUMANE SAU DEGRADANTE ÎN CIAD

Comitetul își exprimă îngrijorarea cu privire la răspândirea violenței sexuale și de gen, inclusiv FGM (mutilarea genitală feminină), violul și violența domestică în statul parte. Acesta este profund îngrijorat de faptul că violența împotriva femeilor este însoțită de o cultură a tăcerii și a impunității care a împiedicat investigarea, urmărirea și pedepsirea autorilor actelor de violență sexuală, indiferent de grupul lor etnic, pentru fapte comise în timpul conflictului și post-conflict. În acest context, se observă de asemenea cu îngrijorare faptul că marea majoritate a cazurilor de violență în familie și sexuale rămân neraportate din cauza tabuurilor culturale și din teama victimelor de a fi stigmatizate de către comunitățile lor.

În plus, este îngrijorător faptul că cel puțin 45% din femeile din Ciad au fost supuse FGM și regretă profund lipsa de punere în aplicare a Legii Sănătății privind Reproducerea (2002) care interzice FGM, căsătoriile timpurii, violența domestică și sexuală. De asemenea, Comitetul regretă lipsa de informații cu privire la impactul măsurilor și programelor care au ca scop reducerea formelor de violență împotriva femeilor și fetelor. Comitetul este de asemenea îngrijorat cu privire la disponibilitatea serviciilor de asistență socială și adăposturi pentru victime²⁰⁶.

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

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

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

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

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

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

2.3.8 DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice a fost tratat ca un factor determinant pentru sănătate.²⁰⁸ Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice a fost tratat ca un factor determinant pentru sănătate.²⁰⁹ Această oportunitate trebuie să fie semnificativă, susținută și accesibilă tuturor cetățenilor, fără discriminare. Dreptul se extinde la participarea la luarea deciziilor cu privire la planificarea și punerea în aplicare a serviciilor de asistență medicală, tratamente adecvate, precum și strategii de sănătate publică.

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR, Art. 21:

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

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

▶ ICESCR, Art. 12:

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

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

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

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

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

- **Art. 14(2)(a):** Dreptul femeilor de a participa din plin la elaborarea și executarea planurilor de dezvoltare la toate nivelurile.

▶ ICRPD

- **Art. 29:** Statele părți vor garanta persoanelor cu dizabilități drepturi politice și posibilitatea de a beneficia de acestea, în condiții de egalitate cu alții, și se angajează:
 - 3) Să se asigure că persoanele cu dizabilități pot participa efectiv și deplin la viața politică și publică, în condiții de egalitate cu ceilalți, în mod direct sau prin reprezentanți liber aleși, precum și că au dreptul și oportunitatea de a vota și de a fi alese, printre altele, prin:
 - i) Asigurarea de proceduri, facilități și materiale de vot adecvate, accesibile și ușor de înțeles și utilizat;
 - ii) Protejarea dreptului persoanelor cu dizabilități de a vota prin vot secret la alegerile și referendumurile publice, fără intimidare, de a candida la alegeri, de a deține efectiv un mandat ales și de a îndeplini orice funcție publică, la orice nivel guvernamental, facilitând utilizarea tehnologiilor noi și de asistare, acolo unde este cazul;
 - iii) Garantarea exprimării libere a voinței persoanelor cu dizabilități ca electori și în acest scop, dacă este cazul, la solicitarea acestora, să permită asistarea la vot de către o persoană la alegerea lor; ...

Declarația de la Alma-Ata,²¹²

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

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient²¹³

▶ Principiul 2.

Alegerea și responsabilizarea: Pacienții au dreptul și responsabilitatea de a participa, potrivit nivelului lor de competență și preferință, în calitate de partener la luarea deciziilor asupra îngrijirilor de sănătate, decizii care le pot afecta viața. Acest lucru necesită un serviciu de sănătate receptiv care să ofere alternative potrivite de tratament și opțiuni manageriale care să răspundă nevoilor pacienților, să încurajeze și să sprijine pacienții și îngrijitorii acestora care direcționează și gestionează îngrijirea astfel încât să obțină cea mai bună calitate a vieții. Organizațiile de pacienți trebuie să fie împuternicite să joace un rol semnificativ în conducerea și sprijinirea pacienților și a familiilor acestora, să își exercite dreptul de a face alegeri în cunoștință de cauză privind îngrijirea sănătății.

▶ Principiul 3.

Implicarea pacientului în politica de sănătate: Pacienții și organizațiile de pacienți merită să împartă responsabilitatea privind elaborarea politicilor de îngrijiri de sănătate prin implicarea semnificativă și susținută la toate nivelele și din toate punctele de vedere, pentru a se asigura că acestea sunt proiectate în jurul pacientului. Acest lucru nu ar trebui să se limiteze la politica de îngrijiri de sănătate, ci trebuie să includă politica socială care va avea un impact, în cele din urmă, asupra vieții pacienților.

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

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

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

Dreptul de a participa la elaborarea de politici publice este reprezentat și de dreptul persoanelor cu dizabilități intelectuale sau cu probleme de sănătate mintală de a participa la viața publică în condiții de egalitate cu ceilalți, direct sau printr-un reprezentant ales.²¹⁴ De fapt, participarea persoanelor cu dizabilități mintale „în procesele de luare a deciziilor care afectează sănătatea și dezvoltarea lor, precum și în fiecare aspect al furnizării de servicii, este o parte integrantă a dreptului la sănătate”²¹⁵. Statele trebuie să se asigure că persoanele cu dizabilități mintale sunt implicate „în toate etapele de dezvoltare, implementare și monitorizare a legislației, politicilor, programelor și serviciilor legate de sănătatea mintală, sprijin social, politici și programe extinse, inclusiv strategiile de reducere a sărăciei, care le pot afecta”²¹⁶. Furnizorii de servicii de îngrijire și asistență, precum și membrii familiei, trebuie să fie implicați în acest proces.²¹⁷

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

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE A PARTICIPA LA ELABORAREA DE POLITICI PUBLICE

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

*Hong Kong, China, trebuie să-și revizuiască legislația pentru a se asigura că aceasta nu face nici o discriminare împotriva persoanelor cu dizabilități mintale, intelectuale sau psihosociale, refuzându-le dreptul de a vota pe motive care sunt disproporționate sau care nu au nici o legătură rezonabilă și obiectivă cu capacitatea lor de a vota, ținând seama de Articolul 25 din Pact și Articolul 29 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități.*²¹⁹

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

-
214. FRA. Dreptul la participare politică a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și ale persoanelor cu dizabilități intelectuale. Octombrie 2010.
215. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 59; vezi OMS. Declarația Montreal privind dizabilitățile intelectuale. 2004.
216. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 60.
217. Raportorul special al ONU privind dreptul la sănătate. Raport privind dizabilitatea mintală și dreptul la sănătate. Doc. ONU E/CN.4/2005/51. 11 februarie 2005. alin. 60.
218. CCPR. Comentariul general Nr. 25: Dreptul de a participa la afacerile publice, drepturile de a vota și dreptul de acces egal la funcțiile publice (articolul 25). Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.7. 12 iulie 1996. alin. 10.
219. CCPR. Observații finale privind al treilea raport periodic la Hong Kong, China. Doc. ONU CCPR/C/CHN-HKG/CO/3. 29 aprilie 2013. alin. 24.

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

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

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

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

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

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

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

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

Comitetul este deosebit de preocupat de situația femeilor din mediul rural, de lipsa lor de participare la procesul de luare a deciziilor și dificultatea lor în accesarea de servicii de îngrijiri de sănătate, servicii

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

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

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

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

publice, educație, justiție, apă potabilă și energie electrică, care afectează grav drepturile lor sociale, economice și culturale. Comitetul este de asemenea îngrijorat de lipsa de date cu privire la situația de facto a femeilor din mediul rural.

Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri speciale temporare, în conformitate cu Articolul 4, alineatul 1, al Convenției, pentru a se asigura că femeile din mediul rural se bucură de drepturile lor politice, sociale, economice și culturale, fără nici o discriminare, în special în ceea ce privește accesul la instituțiile de învățământ și de sănătate. De asemenea, recomandă ca acestea să fie pe deplin integrate în formularea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și programelor sectoriale.²²⁴

2.3.9 DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării este crucial pentru exercitarea dreptului la sănătate. Servicii de sănătate și tratament trebuie să fie accesibile și furnizate fără discriminare (ca intenție sau ca efect) bazate pe starea de sănătate, rasă, etnie, vârstă, sex, sexualitate, orientare sexuală, identitate de gen, dizabilitate, limbă, religie, origine națională, venituri sau statut social²²⁵. CESCRR a declarat că unitățile sanitare, precum și bunurile și serviciile, trebuie să fie accesibile tuturor, fără discriminare „și în special celor mai vulnerabile și marginalizate părți ale populației”.²²⁶ În special, astfel de unități sanitare, bunuri și servicii „trebuie să fie accesibile pentru toți”, iar „gospodăriile sărace nu trebuie să fie împovărate în mod disproporționat cu cheltuielile de sănătate, comparativ cu gospodăriile bogate”.²²⁷ Merită subliniat faptul că protecția împotriva discriminării rasiale a fost considerată o obligație erga omnes în dreptul internațional, în sensul că, inclusiv în cazul în care un stat nu a ratificat vreo convenție care să interzică discriminarea rasială, acesta are obligația legală de a interzice discriminarea rasială.²²⁸

În plus, dreptul internațional privind discriminarea distinge între discriminarea directă și discriminarea indirectă, ambele fiind interzise. Discriminarea directă se referă la măsuri discriminatorii create cu scopul de a discrimina - este „mai puțin favorabilă sau chiar în detrimentul” unui individ sau grup de indivizi, pe baza unei „caracteristici sau a unui criteriu interzis cum ar fi rasa, sexul sau dizabilitatea.”²²⁹ Discriminarea indirectă se referă la „o practică, regulă, cerință sau condiție care este neutră”, însă are un impact negativ și disproporționat asupra unui grup de indivizi, fără justificare.²³⁰ Acest tip de discriminare include stereotipurile și actele de stigmatizare. Prin urmare, în timp ce discriminarea directă este definită prin scopul măsurii, discriminarea indirectă este definită prin efectul măsurii. Pentru o discuție amplă pe această temă, a se vedea „Non-discriminarea în dreptul internațional: Un manual pentru practicieni”.²³¹

În conformitate cu acest drept, statele au obligația de a interzice și de a elimina discriminarea pe toate criteriile și de a asigura egalitatea tuturor în ceea ce privește accesul la asistență medicală și factorii

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

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

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

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

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

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

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

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

determinanți ai sănătății.²³² Statele trebuie, de asemenea, să recunoască și să ia măsuri față de diferențele și nevoile specifice ale fiecărui grup care se confruntă cu anumite probleme de sănătate, cum ar fi ratele mai mari de mortalitate sau vulnerabilitatea la anumite boli.²³³ CESCER a îndemnat la o atenție deosebită asupra nevoilor „minorităților etnice și a populațiilor indigene, femeilor, copiilor, adolescenților, persoanelor în etate, persoanelor cu dizabilități și ale persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA”.²³⁴ CERD a recomandat ca statele care sunt parte la convenție, în funcție de circumstanțele lor specifice, să se asigure că respectă dreptul persoanelor apatride la un standard adecvat de sănătate fizică și psihică, printre altele prin abținerea de la refuzul sau limitarea accesului lor la servicii de sănătate preventive, curative și paliative.²³⁵ Într-adevăr, conform CESCER, statele trebuie să se asigure că instituțiile de sănătate, bunurile și serviciile sunt disponibile, accesibile, acceptabile, de calitate bună și aplicabile tuturor segmentelor de populație, inclusiv migranților.²³⁶ În mod similar, Comitetul CRC a subliniat ca toți copiii să beneficieze de „acces susținut și egal la tratament și îngrijire completă, inclusiv cele necesare legate de HIV, droguri, bunuri și servicii pe bază de non-discriminare.”²³⁷

Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au condamnat în mod frecvent statele parte pentru incapacitatea de a asigura accesul egal la servicii medicale (de multe ori din cauza lipsei de resurse suficiente) pentru grupurile marginalizate și vulnerabile. Aceste grupuri au inclus persoane indigene care trăiesc în sărăcie extremă,²³⁸ refugiați de o anumită naționalitate,²³⁹ copii, persoane în vârstă și persoane cu dizabilități fizice și psihice,²⁴⁰ și cei care trăiesc în zonele rurale, unde distribuția geografică a personalului și serviciilor de sănătate arată o preferință evidentă pentru urban.²⁴¹ CESCER a remarcat cu regret, în privința unei singure țări, tratamentul diferențiat în asigurarea accesului la serviciile de sănătate între două grupuri de refugiați,²⁴² lipsa serviciilor de psihiatrie din țară,²⁴³ precum și necesitatea de a „consolida programele de sănătate reproductivă și sexuală, în special în zonele rurale.”²⁴⁴

DISPOZIȚII RELEVANTE

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

-
232. CESCER Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 18.
233. CESCER. CESCER Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 37.
234. CESCER. CESCER Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12(b).
235. CERD. CERD Comentariul general Nr. 30: Discriminarea împotriva non-cetățenilor. Doc. ONU A/59/18. 1 octombrie 2004. alin. 36.
236. CESCER. CESCER Comentariul general Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate. Doc. ONU E/C.12/2000/4. 11 august 2000. alin. 12.
237. Comitetul CRC . CRC Comentariul general Nr. 3: HIV/SIDA și drepturile copilului. Doc. ONU CRC/GC2003/3. 17 martie 2003. punctele 21, 28.
238. Comitetul CRC . CRC Comentariul general Nr. 3: HIV/SIDA și drepturile copilului. Doc. ONU CRC/GC2003/3. 17 martie 2003. punctele 21, 28.
239. Națiunile Unite. Raportul Comitetului pentru Eliminarea Discriminării Rasiale. Doc. ONU A/56/18 (SUPP). 2003. Standarde diferite de tratament se aplică pentru refugiați din Indochina comparativ cu cei de alte naționalități.
240. CESCER. Observații finale: Finlanda. Doc. ONU E/C.12/1/Add.52. 1 decembrie 2000. Eșecul anumitor localități să aloce fonduri suficiente pentru serviciile de sănătate , care duc la inegalitate în ceea ce privește furnizarea serviciilor în funcție de locul de reședință.
241. CESCER. Observații finale: Mali. Doc. ONU E/C.12/1994/17. 21 decembrie 1994; a se vedea și CESCER. Observații finale: Guatemala. Doc. ONU E/1997/22. 17 mai 1996; CESCER. Observații finale: Paraguay. Doc. ONU E/1997/22. 14 mai 1996. Luând act de numărul foarte mic de personal medical și paramedical din țară; de asemenea, CESCER. Observații finale: Mongolia. Doc. ONU E/2001/22. 28 august 2000. Luând act de deteriorarea pe termen lung a situației de sănătate și necesitatea de a îmbunătăți accesul la serviciile de sănătate pentru cei săraci și din zonele rurale.
242. CESCER. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. ONU E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 545.
243. CESCER. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 550.
244. CESCER. Observații finale: Nepal, 2001. Doc. E/2002/22. 6 iunie 2002. alin. 571.

- ▶ **ICCPR, Art. 26:** Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală din partea legii. În această privință legea trebuie să interzică orice discriminare și să garanteze tuturor persoanelor o ocrotire egală și eficace contra oricărei discriminări, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau întemeiată pe orice altă împrejurare.
- ▶ **ICESCR, Art. 2(2):** Statele părți la prezentul Pact se angajează să garanteze că drepturile enunțate în el vor fi exercitate fără nici o discriminare întemeiată pe rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau orice altă împrejurare.
- ▶ **CERD, Art. 5:** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: ... (e) drepturi economice, sociale și culturale, în special: ... (IV) dreptul la sănătate, la îngrijire medicală, la securitate socială și la servicii sociale;
- ▶ **CEDAW**
 - **Art. 12:**
 - 1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.
 - 2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.
 - **Art. 14(2)(b):** Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a elimina discriminarea față de femei din zonele rurale, cu scopul de a asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, participarea lor la dezvoltarea rurală și la avantajele acestei dezvoltări și, în special, le vor asigura dreptul:... de a avea acces la serviciile corespunzătoare în domeniul sănătății, inclusiv la informații, sfaturi și servicii în materie de planificare a familiei.
- ▶ **CRC, Art. 23:**
 - 1) Statele părți recunosc că pentru copiii cu dizabilități fizice și mintale trebuie să se asigure o viață împlinită și decentă, în condiții care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia și să le faciliteze participarea activă la viața comunității.
 - 2) Statele părți recunosc dreptul copiilor cu dizabilități de a beneficia de îngrijiri speciale și încurajează și asigură, în măsura resurselor disponibile, la cerere, copiilor cu dizabilități care îndeplinesc condițiile prevăzute și celor care îi au în îngrijire, un ajutor adaptat situației copilului și situației părinților sau a celor cărora le este încredințat.
 - 3) Recunoscând nevoile speciale ale copiilor cu dizabilități ajutorul acordat conform paragrafului 2 al prezentului articol va fi gratuit ori de câte ori acest lucru este posibil, ținând seama de resursele financiare ale părinților sau ale celor care îi au în îngrijire, și va fi destinat asigurării accesului efectiv al copiilor cu dizabilități la educație, formare profesională, servicii medicale, recuperare, pregătire în vederea ocupării unui loc de muncă, activități recreative, de o manieră care să asigure deplina integrare socială și dezvoltare individuală a copiilor, inclusiv dezvoltarea lor culturală și spirituală.

- 4) În spiritul cooperării internaționale, statele părți vor favoriza schimbul de informații relevante în domeniul medicinei preventive și al tratamentului medical psihologic și funcțional al copiilor cu dizabilități, inclusiv prin difuzarea și accesul la informații referitoare la metodele de recuperare, educare și formare profesională, în scopul de a permite statelor părți să își perfecționeze capacitățile și competențele și să își extindă experiența în aceste domenii. În această privință se va ține seama, în mod deosebit, de nevoile țărilor în curs de dezvoltare.

► ICRPD

- **Art. 1:** Scopul prezentei Convenții este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și în condiții de egalitate a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilități și de a promova respectul pentru demnitatea lor intrinsecă.
- **Art. 12:**
 - (1) Statele părți reafirmă că persoanele cu dizabilități au dreptul la recunoașterea, oriunde s-ar afla, a capacității lor juridice.
 - (2) Statele părți vor recunoaște faptul că persoanele cu dizabilități se bucură de asistență juridică în condiții de egalitate cu ceilalți, în toate domeniile vieții.
 - (3) Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacității lor juridice.
 - (4) Statele părți se vor asigura că toate măsurile legate de exercitarea capacității juridice prevăd protecția adecvată și eficientă pentru prevenirea abuzurilor, conform legislației internaționale privind drepturile omului.
- **Art. 25:** Statele părți recunosc faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul să se bucure de cea mai bună stare de sănătate, fără discriminare pe criterii de dizabilitate. Statele părți vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate care acordă atenție problemelor specifice de gen, inclusiv refacerea stării de sănătate.

► ICMW

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

- **Art. 45(1)(c):** În statul angajator, membrii familiilor lucrătorilor migranți beneficiază de tratament egal împreună cu cetățenii statului, în legătură cu: ...accesul la servicii sociale și de sănătate, cu condiția ca toate cerințele să fie îndeplinite.

Declarația de la Lisabona privind Drepturile Pacienților (WMA),²⁴⁵

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

Declarația IAPO privind îngrijirile de sănătate centrate pe pacient,²⁴⁶

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

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

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

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

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării protejează persoanele cu dizabilități mintale de diferitele forme de stigmatizare și discriminare. De exemplu, acestea se confruntă adesea cu discriminarea privind accesul la serviciile generale de îngrijiri de sănătate sau atitudini de stigmatizare din partea furnizorilor de servicii care îi pot descuraja încă din start de la a solicita asistență. Dreptul la egalitatea de șanse și tratament interzice stigmatizarea care conduce la instituționalizarea necorespunzătoare a persoanelor cu dizabilități psihice împotriva voinței lor. În conformitate cu acest drept, deciziile de a izola sau segrega persoanele cu dizabilități psihice, inclusiv prin instituționalizarea care nu este necesară, sunt în mod inerent discriminatorii și contrare dreptului la integrare în comunitate consacrat de standardele internaționale. Izolarea poate adânci, în sine, stigmatizarea legată de dizabilitatea mintală.²⁴⁸

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

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

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

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

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

Alte tratate internaționale și regionale, cum ar fi ICRPD și CRC, interzic discriminarea pe motive de dizabilitate²⁵⁰. ICESCR nu se referă în mod explicit la dizabilitate ca la un criteriu de discriminare interzis, însă documentele interpretative adoptate de către CESCR au interpretat ICESCR ca interzicând discriminarea pe acest criteriu²⁵¹. De fapt, CESCR a definit discriminarea pe criterii de dizabilitate ca „orice deosebire, excludere, restricție sau preferință sau refuzul adaptării rezonabile conform dizabilității, care are efect anularea sau afectarea recunoașterii, beneficiului sau exercitării economice, sociale sau culturale a drepturilor”²⁵². A subliniat în continuare necesitatea „de a se asigura că nu numai sectorul sănătății publice, dar și furnizorii privați de servicii și unitățile de sănătate respectă principiul nediscriminării în raport cu persoanele cu dizabilități”²⁵³. CESCR a criticat totodată guvernele pentru furnizarea de îngrijiri medicale inadecvate pacienților cu venituri mici și a cerut statelor să subvenționeze medicamentele scumpe necesare pacienților cu boli cronice și celor bolnavi psihic²⁵⁴.

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

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

*Comitetul recomandă ca statul parte să adopte măsuri eficiente pentru a asigura egalitatea de șanse pentru persoanele cu dizabilități, în special în domeniile ocupării forței de muncă, securității sociale, educației și sănătății, pentru a asigura condiții de viață potrivite pentru persoanele cu dizabilități și pentru a aloca resurse adecvate pentru îmbunătățirea tratamentului și îngrijirii persoanelor cu dizabilități. Comitetul cere statului parte să furnizeze informații detaliate în al doilea raport periodic privind măsurile luate cu privire la persoanele cu dizabilități fizice și psihice*²⁵⁵.

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

Dreptul la egalitate și de a nu fi discriminat protejează o persoană infectată cu o boală transmisibilă, cum ar fi HIV/SIDA sau tuberculoză. Organismele de monitorizare a tratatelor au subliniat importanța garanțării faptului că cei care au infecții specifice, cum ar fi HIV/SIDA, nu trebuie să facă obiectul discriminării

249. ICRPD. Articolul 25(d).

250. Convenția privind drepturile copiilor, articolul 2.

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

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

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

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

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

și stigmatizării, ca urmare a afecțiunii lor²⁵⁶. Statele au obligația de a proteja persoanele care suferă de o boală contagioasă împotriva discriminării sau stigmatizării în domeniul educației, al ocupării forței de muncă, al locuinței și al îngrijirii sănătății. Acest lucru poate fi realizat, de exemplu, prin campanii de sensibilizare cu privire la HIV/SIDA, sau prin modificarea legislației sau a cadrelor de reglementare care sunt discriminatorii prin intenție sau efect²⁵⁷.

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

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

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

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

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

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

Femeile și tinerii continuă să sufere din cauza accesului inegal la serviciile de sănătate, o situație care duce frecvent la rate ridicate de mortalitate²⁶⁰. Ambele grupuri, în special femeile care trăiesc în mediul rural²⁶¹ și grupurile vulnerabile de copii (cum ar fi fetele, copiii indigeni și copiii care trăiesc în sărăcie) se confruntă cu discriminare multiplă care necesită măsuri specifice și alocări bugetare suficiente.²⁶² Pentru a asigura egalitatea între bărbați și femei la accesarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, CESCR a declarat că ICESCR impune înlăturarea obstacolelor juridice și de altă natură care împiedică bărbații și femeile să acceseze și să beneficieze de asistență medicală pe criteriul sex. Această cerință include, între altele, abordarea modului în care sexul persoanei afectează accesul la factorii determinanți ai sănătății, cum ar fi apa și produsele alimentare; eliminarea restricțiilor legale

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

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

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

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

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

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

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

privind dispozițiile de sănătate a reproducerii; interzicerea mutilării genitale a femeilor; și furnizarea de formare profesională adecvată pentru personalul medical care se ocupă de probleme de sănătate ale femeilor²⁶³.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII ÎN SUA

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

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

- (I) Îmbunătățirea accesului la îngrijirea sănătății mamelor, planificarea familială, îngrijirea pre- și post-natală și serviciile de obstetrică de urgență, printre altele, prin reducerea barierelor de eligibilitate pentru acoperire Medicaid;
- (II) Facilitarea accesului la metode contraceptive și planificare familială corespunzătoare;
- (III) Asigurarea educației sexuale adecvate care să ajute la prevenirea sarcinilor nedorite și la răspândirea bolilor cu transmitere sexuală.²⁶⁴

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

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

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

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

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

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

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

2.3.10 DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

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

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

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

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

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

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

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

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

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

- ▶ **ICESCR, Art. 2(1):** Fiecare stat parte la prezentul Pact, se angajează să acționeze, atât prin propriul său efort, cât și prin asistență și cooperare internațională, în special pe plan economic și tehnic, folosind la maximum resursele sale disponibile, pentru ca exercitarea deplină a drepturilor recunoscute în prezentul Pact să fie asigurată progresiv prin toate mijloacele adecvate, inclusiv prin adoptarea de măsuri legislative...
- ▶ **CAT, Art. 14(1):** Fiecare stat parte va garanta, în sistemul său juridic, victimei unui act de tortură dreptul de a obține reparație și de a fi despăgubită în mod echitabil și adecvat, inclusiv mijloacele necesare pentru readaptarea sa cât mai completă posibil. În cazul decesului victimei ca urmare a unui act de tortură, persoanele aflate în întreținerea acesteia au dreptul la compensație.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății mintale

Subliniind dificultățile pe care le întâmpină pacienții care suferă de probleme privind sănătatea mintală în contestarea încălcărilor drepturilor lor, inclusiv în procedurile de îngrijiri de sănătate, organismele tratatelor au subliniat obligația statelor de a se asigura de existența garanțiilor procedurale și de fond necesare pentru a proteja aceste persoane, inclusiv capacitatea de a accesa instanțele judecătorești și de a-și exercita pe deplin dreptul lor la un recurs efectiv²⁷³.

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

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

Statul-parte trebuie să:

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

(b) să se asigure că persoanele cu dizabilități mintale sau reprezentanții lor legali sunt în măsură să exercite dreptul la un recurs efectiv împotriva încălcării drepturilor lor și să ia în considerare oferirea de alternative mai puțin restrictive privind detenția forțată și tratamentul persoanelor cu dizabilități mintale;...²⁷⁴

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

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

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

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

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

Dreptul la un recurs efectiv în contextul bolilor contagioase

Dreptul la un recurs efectiv a fost invocat pentru a proteja persoanele cu boli contagioase de marginalizarea și stigmatizarea bazată pe starea lor de sănătate. Organismele de monitorizare a tratatelor, și anume CESCR, și-au exprimat îngrijorarea cu privire la obstacolele cu care se confruntă aceste persoane în accesarea sistemului judiciar și în judecarea eficientă a cererilor lor.²⁷⁶ CESCR a cerut statelor să acționeze în ceea ce privește condițiile de detenție nocive care duc la rate ridicate de boli contagioase printre deținuți, cum ar fi tuberculoza, oferindu-le tratament medical și condiții de detenție îmbunătățite²⁷⁷.

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

Comitetul este profund îngrijorat de faptul că, în pofida garanției constituționale a nediscriminării, precum și a dispozițiilor de drept penal care pedepsesc actele de discriminare, persistă totuși acte de discriminare la scară largă și deseori acceptate social, hărțuire și/sau violență împotriva membrilor unor grupuri dezavantajate și marginalizate, precum femeile, castele și triburile cu tradiții, popoarele indigene, persoanele din zonele urbane sărace, muncitorii la negru din diferite sectoare, persoanele strămutate intern, minoritățile religioase, cum ar fi populația musulmană, persoanele cu dizabilități și persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA.

Comitetul este de asemenea îngrijorat de obstacolele cu care se confruntă victimele în accesarea justiției, inclusiv costurile ridicate legate de litigii, întârzierile lungi în cadrul procedurilor judiciare și neaplicarea hotărârilor judecătorești de către autoritățile guvernamentale. Comitetul ... îndeamnă statul-parte să-și intensifice eforturile de a elimina obstacolele cu care se confruntă victimele discriminării atunci când solicită remedii în fața instanțelor de judecată²⁷⁸.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

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

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la un recurs efectiv și obligațiile corespunzătoare ale statului au fost invocate în numeroase contexte privind sănătatea sexuală și reproductivă. Organismele de monitorizare ale tratatelor au stabilit ca, în cazuri de sterilizare nevoluntară, statele să investigheze, să tragă la răspundere penală și să ofere despăgubiri victimelor, inclusiv repararea prejudiciului²⁸⁰. Preocupat de incapacitatea victimelor sterilizării involuntare de a obține despăgubiri, Comisia CAT a cerut statelor să ia măsurile necesare pentru a „investiga prompt, imparțial și eficient” orice situație care implică pretinsa sterilizare involuntară a femeilor, să prelungească perioada de timp permis pentru ca victimele să depună reclamații, precum și

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

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

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

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

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

de a-i trage la răspundere pe cei responsabili cu oferirea unui recurs efectiv victimelor²⁸¹. De asemenea, CCPR a fost clar cu privire la importanța obligației statului de a asigura despăgubiri pentru victimele violenței sexuale²⁸².

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

Comitetul este îngrijorat de absența datelor statistice privind despăgubirea victimelor torturii și relexelor tratamente, inclusiv a victimelor sterilizării nevoluntare și a castrărilor chirurgicale, precum și relexele tratamente din unitățile medicale și psihiatrice, atacurile violente împotriva minorităților etnice, traficul de persoane și violența domestică. De asemenea, este îngrijorat de termenele stabilite pentru depunerea reclamațiilor (Art. 14 și 16). Comitetul recomandă ca statul parte să se asigure că victimele torturii și relexelor tratamente au dreptul la despăgubiri și compensații corespunzătoare, inclusiv la reabilitare, în conformitate cu articolul 14 din Convenție.

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

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

Da Silva Pimentel Teixeira v. Brazilia (Comitetul CEDAW) (2011). Comitetul a constatat că eșecul guvernului de a asigura tratament medical adecvat în contextul unei sarcini și eșecul de a oferi îngrijire obstetricală de urgență în timp util pentru pacientă (ambele s-au dovedit că au condus la moartea pacientei) au constituit o încălcare a dreptului la viață. Comitetul a concluzionat că statul a încălcat articolele 12 și 2(c) prin faptul că nu a asigurat un sistem adecvat pentru protecția judiciară și pentru asigurarea remediilor necesare victime²⁸⁴.

2.4 DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII DE SĂNĂTATE

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

Numeroase tratate internaționale și convenții includ drepturi formulate pentru a proteja angajații și pentru a asigura medii de lucru sigure și sănătoase. Organizația Națiunilor Unite și agențiile ei, inclusiv Organizația Internațională a Muncii, au elaborat standarde internaționale ale muncii și monitorizează

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

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

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

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

implementarea lor. Această secțiune prezintă câteva standarde și modul de interpretare a lor în legătură cu trei drepturi cheie ale furnizorilor de servicii de sănătate. Acestea includ dreptul la (I) muncă în condiții decente; (II) libertatea de asociere, inclusiv privind sindicatele și dreptul la grevă și (III) procese corecte și drepturi conexe, legate de dreptul la un proces echitabil și la un recurs efectiv, protecția vieții private și a reputației, și libertatea de exprimare și informare.

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

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

2.4.1 DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

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

Dreptul la muncă

Dreptul la muncă garantează că, atât conform legii, cât și în practică, bărbații și femeile au acces egal la locuri de muncă la toate nivelurile și la toate ocupațiile, incluzând programele de formare și orientare profesională.²⁸⁷ Acest drept impune statului să se asigure că nici statul, nici alte părți (cum ar fi companii private sau alți actori non-statali) nu împiedică în mod nejustificat sau discriminator o persoană de la a-și câștiga existența sau de la exercitarea profesiei²⁸⁸. Individul nu trebuie să fie lipsit de un loc de muncă pe nedrept.²⁸⁹ De asemenea, acest drept protejează muncitorii străini care sunt angajați cu permise de muncă valabile într-un stat de a fi deportați în mod ilegal²⁹⁰.

Foarte important este faptul că organismele de monitorizare a tratatelor ONU au clarificat că nu există niciun „drept absolut și necondiționat”, care să necesite ca unei persoane să îi fie atribuit un loc de muncă sau o ocupație aleasă. Statele trebuie, totuși, să nu împiedice în mod nejustificat calea pe care indivizii o aleg pentru a-și urma cariera²⁹¹. În plus, statele trebuie să asigure tratamentul echitabil al lucrătorilor migranți, o cerință care este deosebit de relevantă pentru profesioniștii din domeniul medical, care sunt adesea recrutați din alte țări pentru a se asigura personalul din spitale și clinic²⁹². ICMW subliniază obli-

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

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

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

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

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

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

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

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

gațiile statelor privind angajații de origine străină²⁹³. Preocuparea față de migrația profesioniștilor din domeniul medical se bazează pe faptul că în unele țări aceștia primesc o remunerație foarte mică.

Dreptul la salarizare echitabilă și la securitate în muncă

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

Acest drept protejează individul față de condițiile de muncă care sunt dăunătoare sănătății și bunăstării sale. Stabilește limite privind durata zilei de lucru, nivelul minim de repaus săptămânal³⁰¹, și interzice neplata personalului medical pentru perioade lungă³⁰². Personalul medical nu poate fi supus plății salariilor scăzute și condițiilor de muncă sub standarde în spitale³⁰³. În ceea ce privește femeile, acest drept instituie o protecție specială împotriva anumitor tipuri de muncă dăunătoare în timpul sarcinii și necesită furnizarea de concediu de maternitate plătit³⁰⁴. În cele din urmă, acest drept presupune ca statul să reducă constrângerile cu care se confruntă bărbații și femeile în reconcilierea responsabilităților profesionale și familiale prin promovarea unor politici adecvate de îngrijire a copiilor și îngrijire a membrilor familiei aflați în întreținere³⁰⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

305. CESCR. CESCR Comentariu General 16: Drepturi egale ale bărbaților și femeilor de a beneficia de toate drepturile economice, sociale și culturale (Art. 3 al Pactului pentru drepturi economice, sociale și culturale). UN Doc. E/C.12/2005/4. august 11, 2005. alin. 24

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Art. 23(1):** Orice persoană are dreptul la muncă, la libera alegere a muncii sale, la condiții echitabile și satisfăcătoare de muncă, precum și la ocrotirea împotriva șomajului.
- ▶ **ICESCR**
 - **Art. 6(1):** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul la muncă ce cuprinde dreptul pe care îl are orice persoană de a obține posibilitatea să-și câștige existența printr-o muncă liber aleasă sau acceptată și vor lua măsuri potrivite pentru garantarea acestui drept.
 - **Art. 7:** Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, care să asigure îndeosebi:
 - (a) remunerația care asigură tuturor muncitorilor cel puțin:
 - (i) un salariu echitabil și o remunerație egală pentru o muncă de valoare egală, fără nici o distincție; în special femeile trebuie să aibă garanția că condițiile de muncă ce li se acordă nu sunt inferioare acelorora de care beneficiază bărbații și să primească aceeași remunerație ca ei pentru aceeași muncă;
 - (ii) existență decentă pentru ei și familia lor, în conformitate cu dispozițiile prezentului Pact;
 - (b) securitatea și igiena muncii;
 - (b) posibilitatea egală pentru toți de a fi promovați în munca lor la o categorie superioară adecvată, luându-se în considerare numai durata serviciilor îndeplinite și aptitudinile;
 - (d) odihna, timpul liber, limitarea rațională a duratei muncii și concediile periodice plătite, precum și remunerarea zilelor de sărbătoare.
 - **Art. 12:**
 - 1) Statele părți la prezentul Pact recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge.
 - 2) Măsurile pe care statele părți la prezentul Pact le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept vor cuprinde măsurile necesare pentru a asigura:... 1. îmbunătățirea tuturor aspectelor igienei mediului și ale igienei industriale...
- ▶ **ICERD, Art. 5(e)(i):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: ...
 - (e) drepturi economice, sociale și culturale, în special:...
 - (i) dreptul la muncă, la libera alegere a ocupației sale, la condiții de muncă echitabile și satisfăcătoare, la protecția împotriva șomajului, la un salariu egal pentru muncă egală, la o remunerație echitabilă și satisfăcătoare.
- ▶ **ICRPD**
 - **Article 8 - Creșterea gradului de conștientizare:**
 - 1) Statele părți se angajează să adopte măsuri imediate, eficiente și adecvate pentru:
 - (a) Creșterea gradului de conștientizare în societate, inclusiv la nivelul familiei, în legătură cu persoanele cu dizabilități și pentru promovarea respectării drepturilor și demnității acestora;
 - (b) Combaterea stereotipurilor, prejudecăților și practicilor dăunătoare la adresa persoanelor cu dizabilități, inclusiv cele pe criterii de sex și vârstă, în toate domeniile vieții;
 - (c) Promovarea recunoașterii capacităților și contribuțiilor persoanelor cu dizabilități.

2) Măsurile, în acest scop, includ:

- (a) Inițierea și dezvoltarea de campanii publice eficiente de conștientizare destinate: ...
- (III) Să promoveze recunoașterea calificărilor, meritelor și abilităților persoanelor cu dizabilități și a contribuției acestora la locul de muncă și pe piața muncii.

- **Article 9** – Accesibilitate:

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

- **Article 27** - Munca și încadrarea în munca

1) Statele părți recunosc dreptul persoanelor cu dizabilități de a munci în condiții de egalitate cu ceilalți; aceasta include dreptul la oportunitatea de a-și câștiga existența prin exercitarea unei activități liber alese sau acceptate pe piața muncii, într-un mediu de lucru deschis, inclusiv și accesibil persoanelor cu dizabilități. Statele părți vor proteja și promova dreptul la muncă, inclusiv pentru cei care dobândesc o dizabilitate pe durata angajării, prin luarea de măsuri adecvate, inclusiv de ordin legislativ, pentru ca, printre altele:

- (a) Să interzică discriminarea pe criterii de dizabilitate referitoare la toate aspectele și formele de încadrare în muncă, inclusiv la condițiile de recrutare, plasare, angajare și menținere în muncă, la progresul în carieră și la condiții de sănătate și securitate la locul de muncă;
- (b) Să protejeze drepturile persoanelor cu dizabilități, în condiții de egalitate cu ceilalți, din punct de vedere al condițiilor corecte și favorabile de muncă, inclusiv al oportunităților și remunerației egale pentru muncă egală, al condițiilor de sănătate și securitate la locul de muncă, al protecției împotriva hărțuirii și prin reglementarea conflictelor;
- (c) Să se asigure că persoanele cu dizabilități sunt capabile să-și exercite dreptul la muncă și drepturile sindicale în condiții de egalitate cu ceilalți;
- (d) Să permită persoanelor cu dizabilități accesul efectiv la programele generale de orientare tehnică și vocațională, la servicii de plasare și formare profesională continuă;
- (e) Să promoveze, pe piața muncii, oportunitățile de angajare și de progres în carieră pentru persoanele cu dizabilități și să ofere asistență în căutarea, obținerea și menținerea unui loc de muncă, inclusiv pentru revenirea la locul de muncă.
- (f) Să promoveze oportunitățile pentru activități independente, dezvoltarea spiritului antreprenorial, dezvoltarea de cooperative și începerea unei afaceri proprii;
- (g) Să angajeze persoane cu dizabilități în sectorul public;
- (h) Să promoveze angajarea persoanelor cu dizabilități în sectorul privat prin politici și măsuri adecvate, care să includă programe de acțiune pozitive, stimulente și alte măsuri;
- (i) Să se asigure oferirea unor adaptări adecvate persoanelor cu dizabilități, la locul de muncă;
- (j) Să încurajeze obținerea, de către persoanele cu dizabilități, a unei experiențe în muncă, pe piața liberă a forței de muncă;
- (k) Să promoveze reabilitarea vocațională și profesională, menținerea locului de muncă și programele de reintegrare profesională pentru persoanele cu dizabilități.

2) Statele părți se vor asigura că persoanele cu dizabilități nu sunt ținute în sclavie sau servitute și sunt protejate, în condiții de egalitate cu ceilalți, împotriva muncii forțate sau obligatorii.

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

● **Art. 4:**

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

▶ **ILO, Convenția ILO privind serviciile de sănătate ocupațională, 1985 (Nr. 161),³⁰⁷ Art. 3:** Fiecare membru se angajează să dezvolte progresiv servicii de sănătate ocupațională pentru toți angajații, inclusiv pentru cei din sectorul public și a membrilor cooperativelor de producție din toate ramurile de activitate economică și din toate întreprinderile. Dispoziția trebuie să fie adecvată și corespunzătoare cu riscurile specifice ale întreprinderilor.

▶ **ILO, Convenția ILO privind Cadrul de Securitate al Sănătății ocupaționale Nr. 187, 2006,³⁰⁸**

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

DISPOZIȚII RELEVANTE PRIVIND PERSONALUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

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

● **Art. 2**

- (1) Fiecare Membru care ratifică această Convenție trebuie să adopte și să aplice o politică legată de serviciile și personalul de asistență desemnat în mod corespunzător cu condițiile naționale, în cadrul programului general pentru sănătate, acolo unde un asemenea program există, și încadrându-se în resursele disponibile alocate pentru sănătate în general, pentru a oferi cantitatea și calitatea necesară îngrijirii necesare pentru atingerea celui mai înalt nivel posibil de sănătate pentru populație.
- (2) În mod special, va lua măsurile necesare pentru a asigura personalului de îngrijire:
 - (a) educație și instruire corespunzătoare exercitării funcțiilor lor; și
 - (b) condiții de angajare și muncă, inclusiv oportunități de carieră și remunerație, care sunt de natură a atrage și păstra persoanele în această profesie.
- (3) Politica menționată în alineatul 1 al acestui Articol trebuie să fie formulată prin consultare cu organizațiile vizate ale patronatelor și ale sindicatelor, acolo unde acestea există.
- (4) Această politică trebuie să fie corelată cu politicile legate de alte aspecte de îngrijire a sănătății și alți lucrători din domeniul sănătății, în consultare cu organizațiile patronatelor și sindicatelor.

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

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

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

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

- **Art. 6:** Personalul asistent trebuie să se bucure de aceleași condiții sau cel puțin de condiții echivalente cu cele ale altor lucrători în cauză, din țară, în următoarele domenii: (a) orele lucrătoare, inclusiv remunerarea și compensarea orelor/turelor adiționale; (b) odihnă săptămânală; (c) vacanțe anuale plătite; (d) concediu de studiu; (e) concediu de maternitate; (f) concediu medical; (g) securitate socială.
- **Art. 7:** Fiecare Membru trebuie, în caz de necesitate, să facă tot posibilul să îmbunătățească legislația și regulamentele existente pentru sănătatea și securitatea la locul de muncă prin adaptarea lor la natura specială a muncii de asistență medicală și la mediul în care ea este efectuată.

DISPOZIȚII RELEVANTE PRIVIND FEMEILE

▶ ICESCR

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

▶ CEDAW

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

- 2) Pentru a preveni discriminarea față de femei bazată pe căsătorie sau maternitate și pentru a le garanta în mod efectiv dreptul la muncă, statele părți se angajează să ia măsuri corespunzătoare, având drept obiect:
 - (a) interzicerea, sau pedeapsa sancțiunilor, a concedierii pentru cauză de graviditate sau concediu de maternitate și a discriminării în ceea ce privește concedierile bazate pe statutul matrimonial;
 - (b) acordării concediului de maternitate plătit sau care ar crea drepturi la prestări sociale similare, cu garantarea menținerii locului de muncă avut anterior, a drepturilor de vechime și a avantajelor sociale;
 - (c) încurajarea creării de servicii sociale de sprijin, necesare pentru a permite părinților să-și combine obligațiile familiale cu responsabilitățile profesionale și cu participarea la viața publică, favorizând îndeosebi crearea și dezvoltarea unei rețele de grădinițe de copii;
 - (d) asigurarea unei protecții speciale pentru femeile însărcinate, pentru care s-a dovedit că munca le este nocivă.
- **Art. 12:**
 - 1) Statele părți vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității între bărbat și femeie, mijloace de a avea acces la serviciile medicale, inclusiv la cele referitoare la planificarea familială.
 - 2) Independent de prevederile paragrafului 1, statele părți vor asigura pentru femei în timpul gravidității, la naștere și după naștere servicii corespunzătoare și, la nevoie, gratuite și, de asemenea, un regim alimentar corespunzător în timpul gravidității și pe parcursul alăptării.

DISPOZIȚII PRIVIND LUCRĂTORII MIGRANȚI

- ▶ **CERD, Art. 5(e)(i):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, dreptul la muncă, la libera alegere a ocupației sale, la condiții de muncă echitabile și satisfăcătoare, la protecția împotriva șomajului, la un salariu egal pentru muncă egală, la o remunerație echitabilă și satisfăcătoare.
- ▶ **ICMW**
 - **Art. 25:**
 - 1) Lucrătorii migranți trebuie să beneficieze de un tratament egal cu cel aplicat cetățenilor statului angajator referitor la remunerare și la:
 - (a) Alte condiții de muncă cum ar fi: lucru peste program, ore de lucru, odihnă săptămânală, concediu plătit, securitate, sănătate, încetarea unui raport de muncă și oricare alte condiții de muncă care, conform legislației și practicii naționale sunt acoperite de acești termeni;
 - (b) Alte condiții de angajare, cum ar fi, vârsta minimă de angajare, restricții privind lucrul de acasă și oricare alte chestiuni care sunt considerate condiții de muncă, conform legislației și practicii naționale.
 - 2) În contractele de muncă individuale nu va fi nelegală derogarea de la principiul egalității de tratament menționat în alineatul 1 al prezentului Articol.

- 3) Statele părți trebuie să întreprindă toate măsurile corespunzătoare pentru a se asigura că lucrătorii migranți nu sunt privați de drepturile derivate din acest Principiu din cauza oricărei iregularități privind șederea sau angajarea lor. În mod deosebit, patronii nu trebuie să fie scutiți de orice obligații legale sau contractuale și nici obligațiile lor nu trebuie să fie limitate în niciun mod din cauza unei iregularități de acest fel
- **Art. 51:** Lucrătorilor migranți cărora în statul angajator nu li se permite să-și aleagă liber activitatea remunerată nu trebuie să fie percepuți a fi într-o situație nelegală și nici nu își vor pierde autorizația de reședință la terminarea activității lor remunerate până la expirarea permisului de muncă, cu excepția cazurilor când autorizația de reședință este dependentă în mod expres de o activitate specifică remunerată pentru care ei au fost admiși. Astfel de lucrători migranți trebuie să aibă dreptul să caute serviciu alternativ, participare la scheme de lucru public și recalificare pentru perioada rămasă din autorizația lor de lucru, în conformitate cu condițiile și limitările specificate în autorizația de lucru.
 - **Art. 70:** Statele părți vor lua măsuri nu mai puțin favorabile decât cele aplicate cetățenilor pentru asigurarea condițiilor de muncă și de trai pentru lucrătorii migranți și a membrilor familiilor lor într-o situație obișnuită în conformitate cu standardele de fitness, siguranță, sănătate și principiile demnității umane.

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

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

CAZ PRIVIND DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

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

2.4.2 DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE

Dreptul la libertatea de asociere și întrunire protejează asociația de la refuzul nejustificat al guvernului de a o înregistra.³¹² Acest drept asigură că formalitățile procedurale la care trebuie să fie supuse asociațiile sindicale pentru a fi recunoscute în mod oficial nu sunt prea împovărătoare³¹³. De exemplu, CCPR a cerut

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

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

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

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

guvernurilor să se abțină de la restricționarea dreptului la libertatea de asociere prin procese care ar putea refuza înregistrarea unei persoane fizice care intenționează să adere la sau să formeze o asociație.³¹⁴ Acest drept presupune, de asemenea, posibilitatea bărbaților și femeilor să organizeze și să se alăture asociațiilor sindicale care se adresează preocupărilor lor specifice³¹⁵. În privința furnizorilor, cum ar fi personalul din spitale, aceștia au dreptul de a adera la organizații pentru a promova și a apăra interesele angajaților, fără a avea nevoie de o autorizație prealabilă³¹⁶.

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

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ UDHR, Art. 20:

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

▶ ICCPR

- **Art. 21:** Dreptul de întrunire pașnică este recunoscut. Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor, conforme cu legea și necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora.
- **Art. 22:**
 - 1) Orice persoană are dreptul de a se asocia în mod liber cu altele, inclusiv dreptul de a constitui sindicate și de a adera la ele, pentru ocrotirea intereselor sale.
 - 2) Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor prevăzute de lege și care sunt necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora. Prezentul articol nu se opune ca exercițarea acestui drept de către membrii forțelor armate și ai poliției să fie supusă unor restricții legale.
 - 3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legea într-un mod care să aducă atingere – garanțiilor prevăzute în acea Convenție.

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOZIȚII PRIVIND FEMEILE

▶ **CEDAW**

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

DISPOZIȚII PRIVIND RASA

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

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

În ceea ce privește articolul 22 din Pact, Comitetul este îngrijorat în legătură cu dificultățile generate de procedurile de înregistrare la care sunt supuse organizațiile non-guvernamentale și uniunile sindicale. Comitetul își exprimă îngrijorarea și cu privire la plângerile activiștilor pentru drepturile omului privind

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

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

cazurile de intimidare și hărțuire de către autorități, inclusiv arestarea lor și închiderea birourilor unor organizații non-guvernamentale. În această privință:

Comitetul, reiterând faptul că funcționarea liberă a organizațiilor non-guvernamentale este esențială pentru protecția drepturilor omului și a răspândirii informațiilor în ceea ce privește drepturile omului printre cetățeni, recomandă ca legile, reglementările și practicile administrative privind înregistrarea și activitățile acestora să fie revizuite fără întârziere pentru a se facilita înființarea lor și funcționarea liberă, în conformitate cu articolul 22 din Pact.³²⁰

Sindicatul și dreptul la grevă

Dreptul la libertatea de asociere protejează individul de politici sau condiții care ar putea influența capacitatea sa de a forma asociații și de a lua parte la negocieri colective³²¹. De asemenea, protejează individul de la represalii împotriva exercitării dreptului la liberă asociere și imixtiunile inutile în activitățile sindicale.³²² În conformitate cu legislația internațională privind drepturile omului, existența mai multor sindicate trebuie să fie garantată în mod legal³²³, precum și lipsa legislației privind sindicatele trebuie să fie condamnată.³²⁴ CESCRR a condamnat refuzul unor angajatori de a recunoaște sau negocia cu noi uniuni „alternative” și acțiunile negative ale unor patronate împotriva acestora, inclusiv concedierea activiștilor sindicali.³²⁵ Protecția sindicală include asigurarea faptului că muncitorii străini nu sunt excluși de la ocuparea unor funcții oficiale și că sindicatele nu pot fi dizolvate de către organul executiv³²⁶.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOZIȚII RELEVANTE

- ▶ **UDHR, Art. 23(4):** Orice persoană are dreptul de a întemeia sindicate și de a se afilia la sindicate pentru apărarea intereselor sale.
- ▶ **ICCPR, Art. 22:**
 - 1) Orice persoană are dreptul de a se asocia în mod liber cu altele, inclusiv dreptul de a constitui sindicate și de a adera la ele, pentru ocrotirea intereselor sale.
 - 2) Exercițarea acestui drept nu poate fi supusă decât restricțiilor prevăzute de lege și care sunt necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale, al securității publice, al ordinii publice ori pentru a ocroti sănătatea sau moralitatea publică sau drepturile și libertățile altora. Prezentul articol nu se opune ca exercitarea acestui drept de către membrii forțelor armate și ai poliției să fie supusă unor restricții legale.
 - 3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legea într-un mod care să aducă atingere – garanțiilor prevăzute în acea Convenție.
- ▶ **ICESCR, Art. 8:**
 - 1) Statele părți la prezentul Pact se angajează să asigure:
 - (a) dreptul pe care îl are orice persoană, în vederea favorizării și ocrotirii intereselor sale economice, de a forma, împreună cu alte persoane, sindicate și de a se afilia la un sindicat la alegerea sa, sub singura rezervă a regulilor stabilite de organizația interesată. Exercițarea acestui drept nu poate face obiectul altor restricții decât cele prevăzute de lege și care constituie măsuri necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale sau al ordinii publice, ori pentru a ocroti drepturile și libertățile altora;
 - (b) dreptul pe care îl au sindicatele de a forma federații sau confederații naționale și dreptul pe care îl au acestea din urmă de a forma organizații sindicale internaționale și dreptul de a se afilia la acestea;
 - (c) dreptul pe care îl au sindicatele de a-și exercita liber activitatea, fără alte limitări decât cele prevăzute de lege și care constituie măsuri necesare într-o societate democratică, în interesul securității naționale sau al ordinii publice ori pentru a ocroti drepturile și libertățile altora;
 - (d) dreptul la grevă, exercitat în conformitate cu legile fiecărei țări
 - 2) Prezentul articol nu se opune ca exercitarea acestor drepturi de către membrii forțelor armate, ai poliției sau de către funcționarii publici să fie supusă unor restricții legale.
 - 3) Nici o dispoziție din prezentul articol nu permite statelor părți la Convenția din 1948 a Organizației Internaționale a Muncii privind libertatea sindicală și ocrotirea dreptului sindical să ia măsuri legislative aducând atingere – sau să aplice legi într-un fel care ar aduce atingere – garanțiilor prevăzute în menționata Convenție.
- ▶ **Convenția ILO privind Libertatea de Asociere și Protecția Dreptului de Organizare, 1948 (Nr. 87)³³¹**
 - **Art. 2:** Angajații și angajatorii, fără distincții, au dreptul să creeze și să adere la organizații la alegerea lor, fără o autorizare prealabilă, în conformitate cu regulile organizației în cauză.

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

- **Art. 3:**

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

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

- **Art. 5:** Organizațiile sindicale și patronale trebuie să aibă dreptul să creeze și să adere la federații, confederații și orice organizație de acest tip. Federația sau confederația trebuie să aibă dreptul de a se afilia la organizațiile internaționale sindicale și patronale.

▶ **Convenția ILO privind Dreptul de Organizare și Negociere Colectivă, 1949 (Nr. 98)**³³²

- **Art. 1:**

- 1) Angajații trebuie să se bucure de o protecție adecvată împotriva actelor de discriminare anti-sindicală referitoare la serviciul lor.
- 2) O astfel de protecție trebuie să se aplice în special referitor la actele concepute pentru:
 - (a) A face angajarea unui lucrător sub condiția neaderării lui la sindicat sau refuzarea calității de membru sindical;
 - (b) Cauza demiterii sau a prejudicierii de orice fel a angajatului din motivul calității de membru sindical sau din cauza participării la activități sindicale în afara orelor de lucru sau cu consimțământul angajatorului, în timpul orelor de muncă.

- **Art. 2(1):** Organizațiile sindicale și patronale se bucură de protecție împotriva oricărui obstacol venit din partea reprezentanților fiecăruia sau membrilor organizației lor, funcționarilor sau administratorilor.

- **Art. 6:** Această Convenție nu se referă la poziția funcționarilor publici care participă la administrarea statului, nici nu poate fi concepută într-un mod care ar prejudicia drepturile sau statutul lor în orice mod.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ ÎN REPUBLICA LIBANEZĂ

Comitetul a observat că, deși legislația care reglementează constituirea și statutul legal al asociației este compatibilă cu Articolul 22 din Pact, de facto statul parte a restricționat în practică dreptul la libertatea de asociere printr-un proces de autorizare și control prealabil. Delegația admite că procedura prin care s-a refuzat înregistrarea este ilegală. De asemenea, Comitetul regretă că funcționarilor publici continuă să le fie refuzat dreptul de a forma asociații și de a participa la negocieri colective, încălcând prin aceasta articolului 22 din Pact³³³.

332. ILO. Convenția privind dreptul la organizare și negociere colectivă, 1949 (nr. 98). 1 iulie 1949.

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

2.4.3 DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ȘI DREPTURILE ÎNRUDITE

Această secțiune subliniază standardele relevante privind procesul echitabil de care furnizorii de servicii medicale se bucură când încep ei înșiși ca reclamanți sau răspund în calitate de pârâți în proceduri civile, cât și în proceduri disciplinare. Secțiunea nu se ocupă de drepturile inculpatului în cadrul procedurilor penale. Ca și secțiunile anterioare, aceasta evidențiază partea care interpretează standardele legate de personalul din sectorul de sănătate. Prima parte a acestei secțiuni analizează dreptul la un proces echitabil. A doua parte se concentrează asupra dreptului înrudit la un recurs efectiv.

Totodată, această secțiune detaliază standardele care protejează drepturile de confidențialitate ale furnizorilor de asistență medicală – atât în cadrul, cât și în afara locului de muncă – privind onoarea și reputația lor. În plus, există o scurtă discuție legată de standardele care vizează dreptul la libera exprimare și dreptul de a răspândi informații. Aceste libertăți sunt deosebit de importante, deoarece acestea ar putea oferi protecție informatorilor care caută să dezvăluie anumite informații în domeniul public. Această protecție este importantă pentru că angajații din sectorul public sunt adesea reticenți în a oferi informații din teama de a nu se confrunța cu consecințe negative.

Dreptul la un proces echitabil

Dreptul la un proces echitabil într-un proces civil cuprinde: 1) egalitatea în fața instanțelor³³⁴ (această distincție este mai strictă decât dreptul la egalitate în fața legii, deoarece acesta din urmă se aplică tuturor autorităților implicate în îndeplinirea justiției și nu doar puterii judecătorești³³⁵ și 2) accesul la instanțe³³⁶ (accesul include furnizarea asistenței juridice)³³⁷. Acest drept presupune ca statele să prevadă anumite căi de acțiune „în anumite circumstanțe” și ca instanțele competente să judece în acele căi de acțiune³³⁸. Sensul termenului „litigiu” în temeiul articolului 14(1) din ICCPR continuă să evolueze, deși reglementarea activităților unui organism profesional și controlul acestor reglementări de către instanțe poate intra în domeniul de aplicare a acestui concept.

Elementele unui proces civil echitabil includ egalitatea armelor (ambele părți să aibă acces egal din punct de vedere procedural în fața instanței de judecată)³³⁹, respectarea principiului contradictorialității, împiedicarea adoptării unei hotărâri care poate înrăutăți situația părții interesate (ex officio reformatio in peius), precum și celeritatea procedurii³⁴⁰. Încălcarea dreptului la un proces echitabil include: refuzul de a permite reclamantului să participe la judecarea cauzei și să aibă ocazia să informeze reprezentanții legali în mod corespunzător³⁴¹, informarea unei părți privind data recursului doar după ce acesta a avut

-
334. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 3, 7.
335. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 65.
336. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 8, 9, 12.
337. CCPR. Comunicare Nr. 468/1991: Bahamonde v Guineea Ecuatorială. Doc. ONU CCPR/C/49/D/468/1991. 10 noiembrie 1993; CCPR. Comunicare Nr. 202/86: Avellanal v Peru. Doc. ONU CCPR/C/34/D/202/1986. 31 octombrie 1989; CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 10.
338. CCPR. Comunicare Nr. 547/1993: Mahuika v Noua Zeelandă. Doc. ONU CCPR/C/70/D/547/1993. 15 noiembrie 2000.
339. CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața curților și tribunalelor și la un proces echitabil. Doc. ONU CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 13; vezi CCPR. Comunicare Nr. 757/1997: Pezoldova v Republica Cehă. Doc. ONU CCPR/C/75/D/757/1997. 25 octombrie 2002. Opinia separată a Prafullachandra Natwarlal Bhagwati „ca cerință prealabilă pentru a avea parte de un proces echitabil și semnificativ, unei persoane ar trebui să i se acorde acces deplin și egal la sursele publice de informare...”
340. CCPR. Comunicare Nr. 207/1986: Morael v Franța. Doc. ONU CCPR/C/36/D/207/1986. 28 iulie 1989; a se vedea și CCPR. Comunicare Nr. 514/1992: Fei v Columbia. Doc. ONU CCPR/C/53/D/514/1992. 26 aprilie 1995; CCPR. Comentariul general Nr. 32: Articolul 14, Dreptul la egalitate în fața instanțelor judecătorești și la un proces echitabil. Doc. ONU. CCPR/C/GC/32. 23 august 2007. alin. 27.
341. CCPR. Comunicare Nr. 289/1988: Wolf v Panama. Doc. ONU CCPR/C/44/D/289/1988. 26 martie 1992.

loc³⁴², refuzul unui tribunal administrativ de a admite probe cruciale³⁴³ și eșecul de a permite unei părți aflate în litigiu de a formula argumente contra declarațiilor celorlalte părți³⁴⁴.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

- **Art. 14(1):** Toți oamenii sunt egali în fața tribunalelor și curților de justiție. Orice persoană are dreptul ca litigiul în care se află să fie examinat în mod echitabil și public de către un tribunal competent, independent și imparțial, stabilit prin lege, care să decidă fie asupra temeiniciei oricărei învinuiri penale îndreptate împotriva ei, fie asupra contestațiilor privind drepturile și obligațiile sale cu caracter civil.
- **Art. 26:** Toate persoanele sunt egale în fața legii și au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egală din partea legii.

▶ CERD,

- **Art. 5(a):** În conformitate cu obligațiile fundamentale enunțate în articolul 2 al prezentei Convenții, statele părți se angajează să interzică și să elimine discriminarea rasială sub toate formele și să garanteze dreptul fiecăruia la egalitate în fața legii fără deosebire de rasă, culoare, origine națională sau etnică, în folosința drepturilor următoare: dreptul la un tratament egal în fața tribunalelor și a oricărui alt organ de administrare a justiției.

▶ CEDAW,

- **Art. 15(1):** Statele părți recunosc egalitatea femeii cu bărbatul în fața legii.

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ÎN AUSTRIA

Comitetul constată că noua lege a statului parte privind egalitatea de tratament îmbunătățește căile de atac disponibile pentru apărarea acestui drept. Cu toate acestea, Comitetul este îngrijorat că, din cauza complexității căilor de acțiune și a cadrului juridic, poate fi dificil pentru victimele discriminării rasiale de a avea acces la procedurile relevante (art. 6).

Comitetul recomandă ca statul parte să ia măsuri pentru simplificarea procedurilor în astfel de cazuri, să extindă aplicarea dispozițiilor naționale privind reglementarea sarcinii probei în materie civilă, în conformitate cu Convenția, să se asigure că plângerile împotriva discriminării rasiale sunt procesate fără taxe și să ofere asistență juridică pentru persoanele care au nevoie de aceasta³⁴⁵.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL

Nenova v. Libia (CCPR)(2012). O echipă de medici a fost arestată pentru că ar fi infectat cu HIV aproximativ 400 de copii la spital. Aceștia au fost duși într-o secție de poliție fără posibilitatea de a comunica în exterior, unde ar fi fost drogați și torturați, și au fost aduși în instanță după un an de detenție. Comitetul consideră că aceste acte realizate de autoritățile statului constituie încălcarea atât a articolului 7 (dreptul de a nu fi supus torturii), cât și a articolului 14 (dreptul la un proces echitabil)³⁴⁶.

342. CCPR. Comunicare Nr. 532/1993: Thomas v Jamaica. Doc. ONU CCPR/C/61/D/532/1993. 4 decembrie 1997.

343. CCPR. Comunicare Nr. 846/1999: Jansen-Gielen v Olanda. Doc. ONU CCPR/C/71/D/846/1999. 14 mai 2001. Procedurile pentru a determina discernământul necesar pentru a ocupa locuri de muncă.

344. CCPR. Comunicare Nr. 779/1997: Aarela și Anor v Finlanda. Doc. ONU CCPR/C/73/D/779/1997. 4 februarie 1997.

345. CERD. Observații finale: Austria. Doc. ONU CERD/C/AUT/CO/17. 21 august 2008.

346. CCPR. Comunicare Nr. 1755/2008: Nenova v Libia. Doc. ONU CCPR/C/104/D/1755/2008/Rev.1. 10 iulie 2012.

2.4.4 DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Dreptul la un recurs efectiv impune ca remediile pentru încălcarea drepturilor omului să fie accesibile, rapide și eficiente. Cu privire la îngrijirea pacientului, CESCRR a clarificat faptul că statele au obligația de a se asigura că sunt disponibile căi de atac eficiente pentru încălcările drepturilor economice, sociale și culturale.³⁴⁷ Deși un remediu implică, în general, o compensație adecvată, „reparația prejudiciilor poate presupune, dacă este cazul, restituire, restabilire, precum și alte măsuri de reparare, cum ar fi scuze publice, comemorări publice, garantarea nerepetării și schimbări în legislația și practicile relevante, precum și acțiuni pentru a aduce în fața justiției autorii încălcărilor drepturilor omului”³⁴⁸.

Convenția împotriva torturii consacră dreptul la un recurs efectiv într-o dispoziție separată (art. 14). Cu toate acestea, ICCPR a legat dreptul la un remediu efectiv cu dreptul la un proces echitabil. Articolul 14 din Pact include atât dreptul la repararea prejudiciului și la garanții judiciare, precum și accesul la instanța de judecată. Este nevoie ca statul să asigure acest drept prin intermediul unei autorități judiciare, administrative sau legislative competente. Statul trebuie să protejeze „presupusele victime, dacă cererile lor sunt suficient de bine întemeiate pentru a fi discutate conform [ICCPR]”³⁴⁹.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR

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

▶ ICESCR,

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

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

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

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

► **CAT,**

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

OBSERVAȚII FINALE PRIVIND DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV ÎN AFGANISTAN

Comitetul își exprimă profunda îngrijorare că au fost realizate acțiuni limitate de către statul parte pentru combaterea abuzului sexual și exploatarea copiilor la scară largă și că autorii unor astfel de abuzuri se bucură de impunitate. Comitetul își exprimă și îngrijorarea profundă că în timp ce există un eșec sistematic din partea autorităților de a trage la răspundere penală autorii actelor de abuz sexual, copiii victime sunt adesea considerați și tratați ca infractori și sunt acuzați de infracțiuni precum desfrâul, homosexualitatea sau fuga de acasă...

Comitetul invită statul parte să:

(a) elaboreze de urgență programe și campanii cu implicarea copiilor, de a reduce normele socio-culturale care conduc la abuz sexual asupra copiilor, la tolerarea agresorilor și la stigmatizarea victimelor;

(b) revizuiască legislația cu scopul de a proteja în mod adecvat toate fetele și băieții de toate formele de abuz sexual și violență și să se asigure că infracțiunea de viol este clar definită;

(c) se asigure că copiii victime ale oricărei forme de abuz sexual sau de exploatare sunt considerați și tratați ca victime și nu mai sunt acuzați și reținuți ca infractori;

(d) consolideze Unitățile de intervenție în familie și să stabilească, în mod urgent, mecanisme și proceduri eficiente și accesibile copiilor pentru a primi, monitoriza și investiga plângerile;

(e) se asigure că autorii actelor de abuz sexual și de exploatare a copiilor sunt aduși în fața justiției și pedepsiți proporțional cu faptele comise, și

(f) elaboreze o strategie națională pentru a răspunde nevoilor legate de locuință, sănătate, nevoilor juridice și psihosociale ale copiilor victime ale exploatării sexuale și violenței³⁵⁰.

2.4.5 DREPTUL LA PROTEJAREA VIEȚII PRIVATE ȘI A REPUTAȚIEI

În conformitate cu dreptul la protejarea vieții private și a reputației, integritatea și confidențialitatea corespondenței trebuie să fie garantate prin lege și în practică. Acest drept protejează individul de interceptările electronice, telefonice, telegrafice, precum și a altor forme de comunicare; protejează și împotriva interceptării convorbirilor telefonice și înregistrarea conversațiilor. Perchezițiile domiciliare ar trebui să se limiteze la o căutare pentru probele necesare și nu ar trebui să devină hărțuire. Chiar și cu privire la ingerințele care sunt conforme cu ICCPR, legislația relevantă trebuie să precizeze în detaliu împrejurările exacte în care pot fi autorizate astfel de ingerințe³⁵¹.

350. CRC. Observații finale: Afganistan. Doc. ONU CRC/C/AFG/CO/1. 8 aprilie 2011..

351. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 8.

Acest drept presupune reglementarea prin lege a colectării și deținerii de informații personale pe computere, baze de date și alte unități de stocare, fie de către autoritățile publice, fie de către persoane fizice sau juridice private³⁵². Statul trebuie să ofere protecție juridică împotriva oricăror ingerințe neautorizate asupra corespondenței³⁵³ și să asigure supravegherea strictă și independentă (în mod ideal, judiciară) a oricăror astfel de practici, inclusiv interceptarea convorbirilor telefonice³⁵⁴. O ingerință în acest drept poate fi justificată numai dacă este legală și nu arbitrară – dacă respectă o procedură legală stabilită³⁵⁵.

Referitor la furnizori, cerințele profesionale privind confidențialitatea, cum ar fi cele aplicabile în profesia de medic, sunt un aspect important al dreptului la viață privată. De asemenea, orice alte prevederi care obligă profesioniștii din domeniul medical să dezvăluie informații confidențiale privind pacienții trebuie să precizeze în detaliu condițiile în care această obligație devine aplicabilă³⁵⁶.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR,

- **Art. 2(3):** Statele părți la prezentul Pact se angajează:
 - (a) să garanteze că orice persoană ale cărei drepturi sau libertăți recunoscute în prezentul Pact au fost violate va dispune de o cale de recurs efectivă, chiar atunci când încălcarea a fost comisă de persoane acționând în exercițiul funcțiilor lor oficiale;
 - (b) să garanteze că autoritatea competentă, judiciară, administrativă ori legislativă sau orice altă autoritate competentă potrivit legislației statului, va hotărî asupra drepturilor persoanei care folosește calea de recurs și să dezvolte posibilitățile de recurs jurisdicțional;
 - (c) să garanteze că autoritățile competente vor da urmare oricărui recurs care a fost recunoscut ca justificat.

▶ ICESCR,

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

2.4.6 DREPTUL LA LIBERTATEA DE EXPRIMARE ȘI INFORMARE

Dreptul la libertatea de exprimare include libertatea de a comunica informații și stabilește că orice restricții privind acest drept care nu sunt în concordanță cu limitările acceptabile, cum ar fi ordinea publică sau sănătatea publică, ar putea duce la o încălcare a dreptului³⁵⁷. Libertatea de exprimare (inclusiv cea a mass-media) poate fi limitată în mod legal pentru a proteja drepturile și reputația altora, ca de exemplu

352. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 10.

353. CCPR. CCPR Comentariul general Nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, familiei, domiciliului, corespondenței și la protecția onoarei și reputației. 8 aprilie, 1988. alin. 8; CCPR. Observații finale: Zimbabwe. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.89. 6 aprilie 1998.

354. CCPR. Observații finale: Polonia. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110. 29 iulie 1999; a se vedea și CCPR. Observații finale: Lesotho. Doc. ONU CCPR/C/79/Add.106. 8 aprilie 1999.

355. CCPR. Comunicare Nr. 450/1991: I.P. v Finlandei. Doc. ONU CCPR/C/48/D/450/1991. 26 iulie 1993; Iosif, Schultz, și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentarii. 2004. p.494.

356. CCPR. Observații finale: Portugalia. Doc. ONU CCPR/CO/78/PRT. 5 iulie 2003.

357. CCPR. Comunicare Nr. 780/1997: Laptsevich v Belarus. Doc. ONU CCPR/C/68/D/780/1997. 13 aprilie 2000.

prin legi rezonabile privind calomnia³⁵⁸. Deși nu este clar ce fel de restricții sunt permise privind sănătatea publică, s-a sugerat că ar putea fi justificată interzicerea informațiilor înșelătoare despre activități care reprezintă o amenințare la adresa sănătății³⁵⁹.

DISPOZIȚII RELEVANTE

▶ ICCPR,

- **Art. 19(2):** Orice persoană are dreptul la libertatea de exprimare; acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și de a răspândi informații și idei de orice fel, indiferent de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită ori artistică, sau prin orice alt mijloc, la alegerea sa.

▶ CERD,

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

▶ **Declarația privind Dreptul și Responsabilitatea Persoanelor, Grupurilor și Organelor Societății de a Promova și Proteja Drepturile și Libertățile Fundamentale ale Omului Recunoscute Universal (Declarația Apărătorilor Drepturilor Omului),³⁶⁰**

- **Art. 6:** Fiecare are dreptul, de sine stătător și în asociere cu alții:
 - (a) De a cunoaște, căuta, obține, primi și păstra informații despre toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului, inclusiv privind accesului la informație în corelație cu modul în care aceste drepturi și libertăți sunt aplicate în sistemele naționale legislative, judiciare sau administrative;
 - (b) Conform prevederilor drepturilor omului și a altor instrumente internaționale aplicabile la libertatea de a publica, împărtăși și dezaproba opiniile altora, la informații și cunoștințe despre toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
 - (c) Să studieze, să discute, să formeze și să păstreze opinii legate de respectarea, în lege și practică, a tuturor drepturilor și libertăților fundamentale și prin alte mijloace corespunzătoare să atragă atenția publică la aceste subiecte.

358. Iosif, Schultz și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentariu. 2004. p.541.

359. Iosif, Schultz și Castan. ICCPR-Cazuri, materiale și comentariu. 2004. p.525.

360. Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. Rezoluția Adunării Generale 53/144: Declarația privind dreptul și responsabilitatea persoanelor, grupurilor și a organelor societății de a promova și proteja drepturile universale ale omului recunoscute și libertățile fundamentale. Doc. ONU A/RES/53/144. 9 decembrie 1998.



3.1 INTRODUCERE

3.2 IZVOARE DE BAZĂ

3.3 DREPTURILE PACIENȚILOR

3.4 DREPTURILE FURNIZORILOR

3

CADRUL REGIONAL PENTRU DREPTURILE OMULUI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

3.1 INTRODUCERE

Prezentul capitol elaborează standardele principale ce protejează drepturile omului în domeniul îngrijirii pacienților în Europa, care le includ pe cele stabilite și interpretate de Uniunea Europeană (UE), Consiliul European (CoE), Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) și Comitetul European pentru Drepturi Sociale (CEDS). Ca și capitolul anterior privind cadrul internațional, acest capitol este împărțit în trei secțiuni. Prima secțiune descrie sursele cheie în zona ce reglementează drepturile omului în domeniul îngrijirii pacienților. A doua secțiune examinează drepturile pacienților și include subsecțiunile ce dezvoltă standardele și interpretările relevante legate de un anumit drept în trei contexte comune deosebite privind sănătatea: sănătatea mintală, bolile contagioase și drepturile sexuale și reproductive. Aceste subsecțiuni oferă exemple de potențiale încălcări, bazate pe jurisprudență. Este de remarcat că aceste trei contexte sunt utilizate doar ca exemple și că încălcările drepturilor omului (și, prin urmare, aplicarea standardelor drepturilor omului) pot apărea și dincolo de acest set limitat de contexte privind îngrijirea pacienților. Secțiunea a treia se concentrează asupra drepturilor pe care le au furnizorii de asistență medicală și dezvoltă standardele și interpretările relevante ale fiecărui drept specific al furnizorului, ce se desprinde din jurisprudența relevantă.

3.2 IZVOARE DE BAZĂ

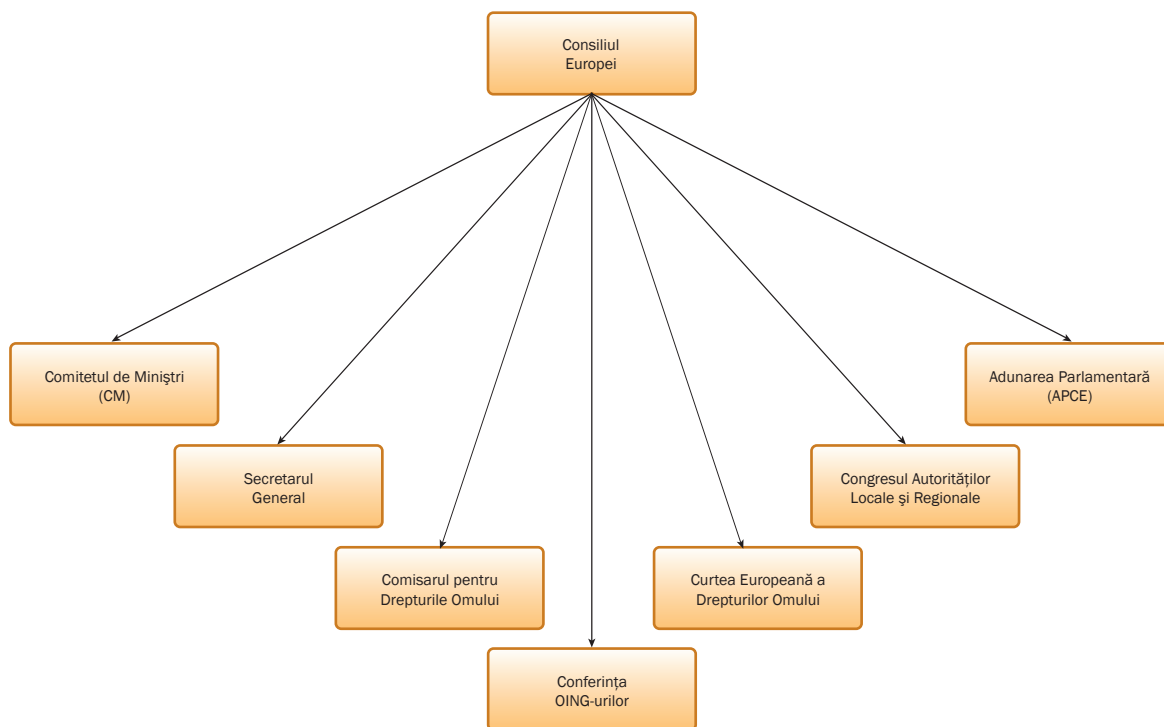
Standardele cuprinse în prezentul capitol le includ pe cele din tratatele obligatorii, cum ar fi Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale (cunoscută în mod uzual sub denumirea de „Convenția Europeană a Drepturilor Omului”, CEDO) și Carta Socială Europeană (CSE) originală și

revizuită, precum și pe cele prevăzute în instrumentele fără forță juridică obligatorie (soft law). Tratatul la care se face referire mai jos provin fie de la Uniunea Europeană (UE), fie de la CoE. Aceste organizații au dezvoltat și unele instrumente de soft law, dar există și altele provenite de la alți actori, inclusiv grupuri ale societății civile.

UE reprezintă un parteneriat economic și politic cu 28 de state membre europene, creat în urma celui de-al Doilea Război Mondial în scopul promovării cooperării economice între membrii săi. În ciuda naturii sale economice, UE consideră drepturile omului și egalitatea ca fiind valori fundamentale și a dezvoltat instrumente relevante în domeniul îngrijirii pacienților și al drepturilor omului. Legislația UE deține același nivel de autoritate legală ca legislația națională pentru toate statele membre și trebuie să fie transpusă în legislația națională. După cum se vede mai jos, unele dintre directivele UE abordează aspectele relevante îngrijirii pacienților. O directivă este un tip de act legislativ UE ce stabilește obiective ce trebuie realizate de statele membre, acestea din urmă deținând libertatea de a determina modul în care își vor concepe legile și implementa aceste obiective.

CoE este un organism non-UE ce se concentrează asupra protecției drepturilor omului, democrației și statului de drept în zona europeană și este situat în Strasbourg, Franța. Este format din șapte organisme, cunoscute ca „instituții”, ce ajută CoE la îndeplinirea funcțiilor sale. Toate statele care au ratificat CEDO sunt membre ale CoE, și la momentul acestei publicații, acestea sunt în număr de 47³⁶¹. Important este faptul că CoE nu trebuie confundat cu Consiliul European (un organism UE non-legislativ format din liderii UE, ce se reunește periodic pentru a defini direcția politică și prioritățile UE) sau Consiliul Uniunii Europene (cunoscut neoficial sub denumirea de „Consiliul UE”, un organism legislativ al UE).

Structura Consiliului Europei



361. Consiliul Europei [CoE]. „Consiliul Europei pe scurt” [The Council of Europe in Brief]. Accesat la 29 octombrie 2013.

INSTRUMENTE JURIDICE OBLIGATORII

Uniunea Europeană

▶ **Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene** ³⁶²

Acest tratat integrează în dreptul UE o gamă largă de drepturi civile, politice, economice și sociale ce aparțin tuturor cetățenilor și rezidenților europeni. A fost semnat în Nisa, Franța, la data de 7 noiembrie 2000, și a devenit obligatoriu la data de 12 decembrie 2007. Este obligatoriu pentru toate instituțiile și guvernele UE, oricând este aplicat dreptul UE de către acestea. Carta îndeplinește și funcția de punct de referință important privind obligațiile țărilor din afara UE privind drepturile omului, în special țările care se află în proces de aderare. Vedeți Capitolul 4 (Proceduri Internaționale și Regionale) pentru descrierea procedurilor disponibile la nivel european regional, inclusiv informații detaliate privind organismele de monitorizare și cele adjudecătoare (de ex.: Curtea Europeană a Drepturilor Omului) și procedura de înregistrare a unei plângeri stabilită prin Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Carta face distincția dintre “drepturi legale” (drepturi individuale) și așa-zisele principii (“drepturi sociale”). Majoritatea cercetătorilor, pe de altă parte, consideră că e puțin probabil ca dreptul social al Cartei – sau principiul – la îngrijiri a sănătății poate fi deferit justiției.³⁶³ Această normă „aspirantă” lasă statelor membre o largă marjă de apreciere privind modul de organizare și definire a naturii și domeniului de aplicare al sistemului de asigurări medicale.³⁶⁴ Cu toate acestea, există cazuri și opinii juridice care pretind diferit.³⁶⁵

Mobilitatea pacienților/Mobilitatea profesională

▶ **Directiva 2011/24/UE privind Aplicarea Drepturilor Pacienților în cadrul Asistenței Medicale Transfrontaliere** ³⁶⁶

Această directivă a fost adoptată la data de 9 martie 2011 și a intrat în vigoare la data de 4 aprilie 2011 și clarifică regulile privind accesul la asistență medicală în altă țară UE, inclusiv rambursarea cheltuielilor pentru serviciile de asistență medicală. Directiva este obligatorie pentru toate statele membre și creează o certitudine juridică privind drepturile pacienților, inclusiv dreptul de a solicita asistență medicală în străinătate și de a li se rambursa pacienților aceeași sumă pe care ar fi primit-o dacă ar fi solicitat asistență în țara de proveniență. Această directivă conturează de asemenea responsabilitatea statelor membre de a oferi acces la asistență medicală în teritoriu și asigură faptul că tratamentul în alte state membre îndeplinește standardele de calitate și siguranță și ia în considerare progresele medicale internaționale și practicile medicale sigure.

362. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

363. E.g., Hervey and McHale, Articolul 35, deși există potențialul pentru un drept la solicitarea asistenței medicale, în special în cazul grupurilor vulnerabile, în: S. Peers și alții (eds), *The EU charter of fundamental rights: a commentary* (Hart 2014), p. 957; și în conexiune cu drepturi mai individuale, vezi Hervey și McHale p. 160, 176-7; aceeași rațiune, vezi N. Koffeman, *Morally Sensitive Issues and Cross-border Movement in the EU. The cases of reproductive matters and legal recognition of same-sex relationships* (Diss.) (Intersentia 2015), p. 70-80; D. Anderson și C. Murphy, 'The Charter of Fundamental Rights', în A. Biondi. P. Eeckhout, S. Ripley (eds), *EU Law after Lisbon* (OUP 2012), p. 161-2. în absența oricărui jurisprudențe, nu se cunoaște modul în care CJUE va interpreta o astfel de cerere combinată în materie de drepturi individuale.

364. Pentru informații extinse asupra principiilor generale ale Dreptului UE, vezi: P. Craig și G. de Búrca, *EU Law. Texts, Cases and Materials* (6th ed., OUP, 2015).

365. Vezi, de ex. Kedzia, Z.: Reinforcement of Economic, Social and Cultural Rights, în: W. Benedek, F. Benoit-Rohmer, W. Karl, M. C. Kettermann & M. Nowak (ed.), *European Yearbook on Human Rights 2014*. Antwerp, Intersentia, (2014) pp. 23-37. Vezi, de ex. European Court of Human Rights, CLR on behalf of Valentin Campeanu v. Romania Grand Chamber judgment, Appl. No. 47848/08, 17.07.2014. După cum s-a subliniat în Fișa de date a Curții privind sănătatea din iunie 2017 (p.2): “Valentin Campeanu a fost plasat în instituții medicale care nu erau echipate pentru a asigura îngrijirea adecvată pentru starea lui; el a fost transferat de la o unitate la alta fără un diagnostic adecvat; și autoritățile nu au reușit să-i asigure tratamentul adecvat cu medicamente antiretrovirale. Autoritățile, conștiente de situația dificilă - lipsa personalului, mâncarea insuficientă și lipsa încălzirii - din spitalul de psihiatrie unde a fost plasat acesta, i-a pus în mod nerezonabil viața în pericol.” (citată din Roksandić Vidlička, *Filling the void: the case for international economic criminal law*, *Zstw 2017*; 129(3):1-34.

366. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere. OJ L 88/45. 4 aprilie 2011.

- ▶ **Regulamentul 883/2004/CE al Parlamentului și Consiliului European din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de asigurare socială.**³⁶⁷

Prezentul regulament înlocuiește Regulamentul 1408/71 din 14 iunie 1971, în timp ce actualizează și simplifică normele esențiale pentru libera circulație a persoanelor, inclusiv pentru pacienții care beneficiază de asistență medicală în străinătate. Pe lângă Directiva privind îngrijirile transfrontaliere, regulamentul stabilește reguli suplimentare de rambursare pentru primirea, printre altele, a îngrijirilor medicale în străinătate (Cap.1). Într-o anumită măsură, regimul Regulamentului stabilește reguli mai favorabile, adică compensații complete, fără plăți anticipate, pentru anumite categorii de pacienți.

- ▶ **Directiva 2005/36/CE din 7 septembrie 2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale.**³⁶⁸

Directiva le dă cetățenilor statelor membre dreptul de a exercita o profesie într-un alt stat membru. Prin urmare, directiva introduce un sistem de recunoaștere reciprocă a diplomelor și altor calificări. Libera circulație și recunoașterea reciprocă a calificărilor medicilor, asistenților medicali, medicilor dentiști, farmaciștilor și moașelor („profesii reglementate”) se bazează pe principiul recunoașterii automate a titlurilor de calificare, întrucât întrunește prevederile sistemului cerințelor minime. (Mobilitate profesională)

Confidențialitatea

- ▶ **Regulamentul general asupra protecției datelor 2016/679/UE din 27 aprilie 2016 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, libera circulație a asemenea date și abrogarea Directivei 95/46/CE.**³⁶⁹

Regulamentul va adapta normele europene privind protecția datelor la cerințele tehnologiei informaționale actuale, va stabili un standard înalt de protecție, în special pe internet, și va armoniza regulile extrem de divergente privind protecția datelor aplicate în statele membre. În ce privește protecția datelor în domeniul sănătății, dispozițiile de bază respectă Directiva anterioară privind protecția datelor (95/46/CE).

- ▶ **Regulamentul 536/2014 din 16 aprilie 2014 privind studiile clinice ale medicamentelor de uz uman și abrogarea Directivei 2001/20/CE.**³⁷⁰

Regulamentul va simplifica și armoniza în continuare dispozițiile administrative care guvernează studiile clinice în Uniune. În același timp, acesta asigură respectarea regulilor de protecție a drepturilor, siguranței, demnității și bunăstării persoanelor care participă la astfel de procese (inclusiv persoanele incapacitate și minorii).

Boli infecțioase/comunicabile

- ▶ **Directiva 2002/98/CE din 27 ianuarie 2003 care stabilește standardele de calitate și siguranță pentru colectarea, testarea, prelucrarea, depozitarea și distribuirea sângelui uman și componentelor sanguine.**³⁷¹

Cadrul de calitate și siguranță se bazează pe valori comune, cum ar fi serviciile donatorilor voluntari, anonimatul donatorului și al beneficiarului, bunăvoința donatorului și absența profitului instituțiilor implicate în serviciile de transfuzie a sângelui. Directiva introduce măsuri de protecție suplimentare pentru a preveni divulgarea neautorizată a informațiilor privind sănătatea. Prin urmare, statele membre iau toate măsurile necesare pentru a garanta confidențialitatea donatorului cu privire la orice informații legate de sănătate furnizate personalului autorizat, rezultatele testelor donațiilor lor, precum și orice trasabilitate viitoare a donării lor.

367. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L166, 30.4.2004, din 29 aprilie 2004.

368. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L 255/22, 30.9.2005, din 7 septembrie 2005, cu modificări.

369. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L 119/1 of 4.5.2016, din 4 mai 2016, intrat în vigoare pe 4 mai 2018.

370. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L 158/1 of 27.5.2014, 27 mai 2014,

371. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L 33 din 8 februarie 2003 și amendamentele la acesta realizate prin Directiva 2001/83/CE.

- ▶ **Directiva 2004/23/CE din 31 martie 2004 privind stabilirea standardelor de calitate și siguranță pentru donarea, procurarea, testarea, prelucrarea, conservarea, stocarea și distribuirea țesuturilor și celulelor umane.**³⁷²

Scopul principal al prezentei directive este de a preveni transmiterea bolilor infecțioase prin țesuturi și celule. Directiva reflectă principiile privind drepturile omului, astfel cum sunt menționate în Directiva privind Sângele și reflectate în drepturile fundamentale ale Cartei UE și Convenția privind biomedicina, adică donarea voluntară și neremunerată, anonimatul donatorului și al beneficiarului, altruismul donatorului și solidaritatea dintre donator și beneficiar, consimțământul liber și informat, confidențialitatea și protecția datelor privind sănătatea, inclusiv informațiile genetice.

Tratament egal

- ▶ **Directiva 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 ce implementează principiul egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii**³⁷³

Această directivă a fost adoptată la data de 13 decembrie 2004 și a intrat în vigoare la data de 21 decembrie 2004. Este obligatorie pentru statele membre și le impune să interzică discriminarea bazată pe sex în furnizarea de bunuri și servicii publice.

- ▶ **Directiva 2000/78/CE din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă**³⁷⁴

Această directivă a fost adoptată la data de 27 noiembrie 2000 și a intrat în vigoare la data de 2 decembrie 2000. Stabilește un „cadru de orientare” pentru statele membre pentru abordarea discriminării în muncă. Interzice discriminarea bazată pe religie sau credință, handicap, vârstă sau orientare sexuală.

- ▶ **Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică**³⁷⁵

Această directivă a fost adoptată la data de 29 iunie 2000 și a intrat în vigoare la data de 19 iulie 2000. Impune statelor membre să asigure interzicerea discriminării bazată pe rasă sau origine etnică, atât în sectorul public cât și în cel privat. Directiva specifică accesul la asistență medicală ca unul dintre contextele în care acest tip de discriminare trebuie interzis.

- ▶ **Directiva 2010/53/UE din 7 iulie 2010 Privind donarea și transportarea organelor.**³⁷⁶

„Directiva privind organele” stabilește un cadru de calitate și siguranță care să cuprindă întregul lanț, de la donare la transplant. Obligațiile în domeniul drepturilor omului în temeiul directivei includ: interzicerea comodificării organelor umane; consimțământul ca principiu fundamental al donării de organe; protejarea confidențialității datelor medicale ale donatorilor și beneficiarilor de organe; asigurarea accesului la serviciile de transplant de calitate sigură; și respectând principiul nediscriminării, adică alocarea de organe numai pe baza unor criterii medicale și legate de medicină. Directiva este neutră în ce privește sistemul de consimțământ al donatorilor (dezacord sau acord). Depinde de statele membre individuale ce fel de consimțământ este necesar (explicit sau presupus, sau chiar ceva intermediar). Această abordare se aplică și în cazul unei alte probleme: donarea

372. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene OJ L 102 of 7.4.2004, Martie 31, 2004.

373. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 ce implementează principiul egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii. OJ L 373 din 21.12.2004. 25 iunie 2009.

374. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2000/78/CE din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă. OJ L 303 din 2.12.2000. 2 decembrie 2000

375. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2000/43/EC din 29 iunie 2000 cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică. OJ L 180 din 19.7.2000. 19 iulie 2000.

376. Directiva 2010/53/EU a Parlamentului și Consiliului European și cea a Consiliului din 7 iulie 2010 asupra standardelor de calitate și siguranță a organelor umane destinate transplantului [2010] OJ L207/14; Corrigendum la Directiva 2010/45/EU a Parlamentului și Consiliului European din 7 iulie 2010 [2010] OJ L243/68.

în stare de deces sau în viață. Ambele modalități sunt lăsate deschise, ca urmare a abordării Consiliului Europei în cadrul Convenției Consiliului Europei privind biomedicina.³⁷⁷

O relevanță suplimentară este cea a consensului privind principiile care guvernează donarea de organe: donarea voluntară și neremunerată; lăsând loc pentru o despăgubire modestă a anumitor cheltuieli în cazul donării în viață; interzicerea publicității organelor și a traficului de organe; natura non-profit a achizițiilor de organe; și protecția datelor cu caracter personal în toate activitățile de donare și transplant de organe (Cap. III).

Consiliul Europei

▶ **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină 1997 (Convenția Europeană privind Drepturile Omului și Biomedicină)³⁷⁸**

Această convenție CoE stabilește anumite principii de bază ale drepturilor pacienților pornind de la premisa că există „nevoia de a respecta ființa umană atât ca individ, cât și ca membru al speciei umane și de a recunoaște importanța asigurării demnității ființei umane”³⁷⁹. Este obligatorie pentru statele ce au ratificat-o. Este o convenție cadru care permite formularea de protocoale adiționale (obligatorii din punct de vedere juridic) pe teme specifice, elaborând și complementând Convenția. Este aplicată de instanțele naționale din statele membre ale Consiliului Europei.

Protocoale adiționale: interzicerea clonării ființelor umane (CETS 168); privind transplantul de organe și țesuturi (CETS 186); Cercetare biomedicală (CETS 195); Testarea genetică în scopuri de sănătate (CETS 203).

▶ **Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO)³⁸⁰**

CEDO reprezintă tratatul principal regional al drepturilor omului și a fost ratificat de toate statele membre CoE. Este aplicat de CtEDO, ce pronunță hotărâri obligatorii ce implică în mod frecvent despăgubiri bănești pentru reclamanți. Trebuie văzut alături de Carta Socială Europeană ca reprezentând instrumentele-cheie complementare pentru protecția drepturilor omului în întreaga Europă.

▶ **Carta Socială Europeană din 1961 și 1996 (CSE)³⁸¹**

Un tratat CoE, CSE reprezintă instrumentul principal regional privind drepturile economice și sociale. Este monitorizat de CEDS printr-un sistem de raportare statală periodică și plângeri colective. Redactat inițial în 1961, CSE a fost revizuită semnificativ în 1996, deși unele state nu au ratificat versiunea ulterioară și pot selecta prevederile pe care doresc să le accepte. Dată fiind generalitatea multor clauze și abordarea progresivă/liberală a CEDS, drepturile pacienților pot fi pledate având ca temei un număr mare de prevederi, chiar și în absența acceptării garanțiilor specifice de sănătate.

▶ **Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale³⁸²**

Acest tratat CoE garantează tratamentul egal pentru toate minoritățile etnice și de alte tipuri și impune statelor să ia măsurile necesare „pentru a promova, în toate domeniile vieții economice, sociale, politice și culturale, egalitatea completă și eficientă între persoanele ce aparțin unei minorități naționale și cele aparținând majorității”, iar aceste măsuri nu vor fi considerate acte de discriminare. Statele vor lua în considerare „condițiile specifice persoanelor ce aparțin minorităților naționale.”³⁸³

377. Cunoscută oficial sub numele de Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ce privește aplicarea biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicina. ETS Nr. 164.

378. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicină. ETS Nr. 164. 4 aprilie 1997

379. S-au creat ulterior protocoale suplimentare privind interzicerea clonării (ETS Nr. 168. 1 decembrie 1998), transplantul de organe și țesuturi (Tratatul ETS Nr. 186. 24 ianuarie 2002) și cercetarea biomedicală (ETS Nr. 195. 25 ianuarie 2005)

380. CoE. Convenția Europeană a Drepturilor Omului. ETS Nr. 5. 4 noiembrie 1950.

381. CoE. Carta Socială Europeană. ETS Nr. 35. 4 noiembrie 1950.

382. CoE. Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale. ETS Nr. 35. 1 februarie 1995

383. CoE. Convenția-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale. Articolul 4(2). ETS Nr. 35. 1 februarie 1995.

INSTRUMENTE FĂRĂ FORȚĂ JURIDICĂ OBLIGATORIE

Există un număr de instrumente care nu au caracterul obligatoriu al tratatelor, dar care au obținut consensul regional și ajută la dezvoltarea conținutului drepturilor pacienților – unele dintre acestea chiar fiind adoptate de grupuri ale societății civile, cum ar fi asociațiile profesionale și organizațiile neguvernamentale. Mai jos pot fi găsite câteva exemple.

► **Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa: Consultarea Europeană asupra Drepturilor Pacienților, Amsterdam**³⁸⁴

Această declarație a fost emisă de Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății (WHO) pentru Europa în 1994 și a avut o puternică influență. Acest instrument are la bază Carta Internațională a Drepturilor Omului³⁸⁵, CEDO și CSE și se concentrează asupra drepturilor la informare, consimțământ, confidențialitate și intimitate, dar și în îngrijire și tratament. În același timp, declarația subliniază natura complementară între drepturi și responsabilități și ia în considerare perspectivele furnizorilor de asistență medicală și ale pacienților. Conform acestei declarații, pacienții au „responsabilități atât față de ei înșiși, pentru propria îngrijire, cât și față de furnizorii de asistență medicală, iar furnizorii de asistență medicală se bucură de aceeași protecție a drepturilor omului ca toate celelalte persoane”. Subliniind drepturile pacienților, această declarație speră să sensibilizeze pacienții cu privire la „responsabilitățile lor în privința solicitării și primirii sau furnizării de asistență medicală”, și astfel creează o relație pacient/furnizor bazată pe „sprijin și respect reciproc”³⁸⁶.

► **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**³⁸⁷

Redactată în 2002 de Rețeaua pentru Cetățenie Activă, o rețea europeană de organizații civice ale consumatorilor și ale pacienților, acest instrument furnizează o declarație clară, cuprinzătoare a drepturilor pacienților. Aceasta dispune:

*În calitate de cetățeni europeni, nu acceptăm ca drepturile să fie afirmate în teorie, dar respinse apoi în practică din cauza limitărilor financiare. Constrângerile financiare, indiferent de justificare, nu pot legitima negarea sau compromiterea drepturilor pacienților. Nu acceptăm ca aceste drepturi să fie stabilite prin lege ca mai apoi să nu fie respectate și nici să fie afirmate în programe electorale ca mai apoi să fie uitate după sosirea unui nou guvern.*³⁸⁸

Această afirmație a făcut parte dintr-o mișcare de masă în întreaga Europă, ce încuraja pacienții să joace un rol mai activ în modelarea furnizării serviciilor de sănătate și a reprezentat de asemenea o încercare de a converti documentele regionale privind dreptul la asistență medicală în prevederi specifice.³⁸⁹ Acest instrument identifică 14 drepturi concrete ale pacienților, care constituie o îngrijorare în prezent: dreptul la măsuri preventive, dreptul de acces, dreptul la informare, dreptul la consimțământ, dreptul la libera alegere, dreptul la viață privată, dreptul la respectarea timpului pacienților, dreptul la respectarea standardelor de calitate, dreptul la siguranță, dreptul la inovație, dreptul la evitarea suferinței și durerilor nenesesare, dreptul la tratament personalizat, dreptul de a formula plângere și dreptul la despăgubiri. Deși acest instrument nu are forță juridică obligatorie, o rețea puternică de grupuri pentru drepturile pacienților din întreaga Europă a intervenit cu succes pe lângă guvernele naționale pentru recunoașterea și adoptarea drepturilor pe care le abordează³⁹⁰. A fost utilizată și ca punct de referință pentru monitorizarea și evaluarea sistemelor de asistență medicală din întreaga Europă.

384. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

385. Declarația Universală a Drepturilor Omului (DUDO), Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice (PIDCP), și Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (PIDESC).

386. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

387. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

388. RCA. Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002. Preambul.

389. Compania farmaceutică Merck & Co., Inc., a acordat de asemenea fonduri pentru această mișcare.

390. Una dintre activitățile noilor state membre UE în timpul procesului de pregătire a aderării la UE a fost ajustarea legislației sănătății în vederea conformității cu legislația și standardele europene. Multe țări, cum ar fi Bulgaria, au adoptat o nouă lege a sănătății, a cărei structură și conținut respectă strict Carta Europeană a Drepturilor Pacienților.

▶ **Carta de la Ljubljana privind Reformarea Asistenței Medicale**³⁹¹

Acest instrument a fost dezvoltat de WHO pentru a îmbunătăți sistemele de sănătate din regiunea europeană. Conține un număr de principii fundamentale pentru a asigura faptul că „asistența medicală trebuie să conducă înainte de toate la o sănătate și calitate a vieții oamenilor mai bune.”³⁹²

În mod special, Carta recomandă ca sistemele de sănătate să fie centrate pe oameni și solicită participarea pacienților la modelarea îmbunătățirilor.

▶ **Recomandarea Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală**³⁹³

Emisă de Comitetul Miniștrilor al CoE, această recomandare reprezintă o autoritate morală și politică puternică, deși nu este obligatorie juridic pentru statele membre CoE. Se concentrează asupra necesității de a asigura participarea efectivă a tuturor persoanelor în societăți tot mai diverse și multiculturale, în care grupuri precum minoritățile etnice sunt frecvent marginalizate.

▶ **Recomandarea Rec (2001) 12 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind adaptarea serviciilor de sănătate la cererea de asistență medicală și serviciile de îngrijire a sănătății persoanelor aflate în situații marginale.**³⁹⁴

Aceasta propune o abordare multisectorială a acțiunii preventive, crearea mediilor de susținere pentru reintegrarea socială, evitarea stigmatizării și creșterea bazei de cunoștințe.

▶ **Recomandarea nr. R (2004) 10 a Consiliului de Miniștri către statele membre privind protecția drepturilor omului și demnității persoanelor cu tulburări psihice.**³⁹⁵

Prezentele recomandări urmăresc să consolideze protecția demnității, a drepturilor omului și libertăților fundamentale ale persoanelor cu tulburări psihice, în special a celor care sunt supuși plasării involuntare sau tratamentului involuntar.

▶ **Recomandarea Rec (2006) 18 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind serviciile de sănătate într-o societate multiculturală.**³⁹⁶

Grupurile etnice se confruntă cu inegalități privind accesul la îngrijiri medicale, lipsa competenței culturale în furnizorii de servicii medicale, lipsa unor dispoziții esențiale (cum ar fi serviciile de interpretariat sau materialele educaționale din domeniul sănătății), toate acestea putând fi bariere structurale în calitatea îngrijirii. Recomandarea sfătuie guvernele să acorde prioritate accesului la sănătate și aspectelor de calitate în societățile multiculturale, în politica de sănătate.

▶ **Rezoluția 1763 (2010)**³⁹⁷

“Dreptul la obiecții de conștiință în îngrijirea medicală legală”: Adunarea Parlamentară subliniază necesitatea de a afirma dreptul la obiecții de conștiință, împreună cu responsabilitatea statului de a se asigura că pacienții au posibilitatea să acceseze în timp util asistența medicală legală. Adunarea este preocupată de faptul că utilizarea nereglementată a obiecțiilor de conștiință poate afecta disproporționat femeile, în special cele cu venituri mici sau care trăiesc în zonele rurale. <https://assembly.coe.int/nw/xml/News/FeaturesManager-View-EN.asp?ID=950>

391. Organizația Mondială a Sănătății [WHO]. Carta de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale. 19 iunie 1996.

392. WHO. Carta de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale.

393. CoE. Recomandarea Rec Nr. R (2000) 5. 30 aprilie 2002.

394. CoE. Recomandarea Rec (2001) 12. 10 octombrie 2001.

395. CoE. Recomandarea Rec (2004) 10. 22 septembrie 2004.

396. CoE. Recomandarea Rec (2006) 18. 8 noiembrie 2006.

397. CoE. Recomandarea Rec (2010) 7 octombrie 2010

► **Rezoluția 1928 (2013)**³⁹⁸

“Protejarea drepturilor omului în ce privește religia, credința și protejarea comunităților religioase împotriva violenței”: Adunarea Parlamentară asigură dreptul la o obiecție de conștiință bine definită în ce privește aspectele sensibile din punct de vedere moral, cum ar fi serviciul militar sau alte servicii legate de îngrijirea și educația în domeniul sănătății, conform diferitor recomandări deja adoptate de Adunare, cu condiția respectării drepturilor altora de a nu fi discriminați și de garantare a accesului la serviciile legale.

3.3 DREPTURILE PACIENȚILOR

Această secțiune este structurată în jurul a zece drepturi esențiale ale pacienților:

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

CEDO și CSE constituie cele două instrumente principale complementare ce acoperă gama drepturilor omului în regiunea europeană, cu CtEDO și CEDS adoptând o abordare de completare reciprocă în ceea ce privește dezvoltarea protecției drepturilor omului și înțelegerea conținutului material al drepturilor. În cazuri rare, Curtea de Justiție a Uniunii Europene (EUCJ) a abordat anumite aspecte ale drepturilor omului menționate mai sus (de exemplu, accesul la asistența medicală transfrontalieră, dreptul la viață și demnitate umană).

Lipsa unei prevederi explicite care să garanteze dreptul la sănătate în CEDO nu a împiedicat CtEDO, organismul de supervizare și aplicare a CEDO, să abordeze multe probleme privind drepturile pacienților din prisma altor articole din CEDO (cele mai comune fiind Articolele 2, 3, 5, 8, 13 și 14). Articolul 5, care garantează dreptul la libertate și siguranță al unei persoane, a fost utilizat de CtEDO pentru a proteja drepturile celor privați de libertate din motive de sănătate mintală. Articolul 3 prevede o interdicție absolută a utilizării torturii și/ sau a tratamentelor crude, inumane sau degradante împotriva deținuților, inclusiv a celor lipsiți de libertate din motive de sănătate mintală. Articolul 8, protejând dreptul la intimitate, a fost argumentat cu succes în raport cu divulgarea nelegală a informațiilor medicale personale. Dincolo de aceste exemple, totuși, CtEDO a fost reticentă în a recunoaște în mod indirect un drept pozitiv la sănătate, deși calea a rămas deschisă unei interpretări în raport cu dreptul la viață, conform Articolelor 2 și 3, în cazurile în care obligațiile statului nu au fost îndeplinite (ex. persoane aflate în incapacitate, deținuți și străini).³⁹⁹ Această reticență este conformă cu dorința generală a CtEDO de a nu lua decizii care ar putea avea un impact economic și/

398. CoE. Recomandarea Rec (2013) 24 aprilie 2013

399. De exemplu deciziile în cazurile Valentin Campeanu v. Romania, 17 iulie 2014 (Grand Chamber); Oval v. Turcia, 23 mai 2010; Kudla v. Polonia, (Marea Cameră) din 26 octombrie 2000, alin. 94; Mouisel v. France, 14 noiembrie 2002; Holomiov v. Moldova, 7 noiembrie 2006; VD v. Romania (nr. 7078/02), 16 februarie 2010; Nogin v. Russia, 15 ianuarie 2015; Yunusova v. Azerbaijan, 2 iunie 2016; D. v United Kingdom (nr. 30240/96), 2 mai 1997.

sau social semnificativ asupra politicii sau a resurselor.

Pe de altă parte, în Articolul 11 al CSE, CEDS a definit în mod specific dreptul la protecția sănătății, împreună cu un număr de garanții înrudite, cum ar fi dreptul la asistență socială și medicală conform Articolului 13. Deoarece CSE nu poate fi utilizat de victime individuale, totuși, toate analizele CEDS privesc rapoarte de țară sau mecanismul de plângeri colective și, prin urmare, tind să fie generale prin natura lor (declarând, de exemplu, că sistemele de sănătate trebuie să fie accesibile tuturor sau că trebuie să existe personal și unități corespunzătoare). Până în prezent, sub mecanismul de plângeri colective, CEDS a analizat opt cazuri privind dreptul la sănătate, referitoare la aspecte care au variat de la efectele nocive asupra sănătății din cauza poluării mediului, până la refuzul asistenței medicale pentru imigranții ilegali săraci⁴⁰⁰. Prin urmare, există un potențial considerabil pentru dezvoltarea continuă a jurisprudenței CEDS în acest domeniu.

Alte seturi semnificative de standarde discutate în acest capitol, precum Carta Europeană a Drepturilor Pacienților, conțin de asemenea un număr de garanții relevante specifice, dar acestor standarde le lipsește orice formă de organism de supervizare. Prin urmare, ele nu pot fi aplicate direct de victime pentru a obține remedierea încălcării drepturilor. Totuși, acest lucru nu înseamnă că drepturile prevăzute în Cartă nu pot fi menționate în argumentarea revendicărilor conform tratatelor obligatorii, cum ar fi CEDO și CSE, pentru a interpreta mai bine prevederile proprii ale tratatelor. La rândul lor, referințele din ce în ce mai frecvente la documentele fără forță juridică obligatorie, precum Carta Europeană a Drepturilor Pacienților, vor ajuta la obținerea unei mai bune credibilități și puteri a standardelor, astfel încât, în timp, unele prevederi să poată obține statutul cutumiar de drept internațional⁴⁰¹.

3.3.1 DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

În legătură cu drepturile pacienților, dreptul la libertatea persoanei protejează individul împotriva detenției arbitrare sau nejustificate pe baza sănătății mintale sau fizice, cum ar fi spitalizarea involuntară. Detenția unui individ bazată pe motive de sănătate, precum carantina și izolarea, trebuie efectuată conform legii în vigoare și trebuie să protejeze dreptul individului la un proces echitabil conform legii. Detenția este considerată „legală” doar dacă apare într-un spital, clinică sau alt mediu autorizat corespunzător⁴⁰². Cu toate acestea, faptul că instituția în care este făcută detenția este una corespunzătoare nu are nici o influență asupra caracterului adecvat al tratamentului pacientului sau condițiilor în care este reținut⁴⁰³.

CtEDO a stabilit garanții procedurale în raport cu aplicarea Articolului 5(1)(e), ce garantează acest drept conform CEDO:

- ▶ Internarea unui individ trebuie să aibă loc numai conform unei proceduri legale prescrise corespunzător și nu poate fi arbitrară. În raport cu starea de „alienare”, această garanție înseamnă că persoana trebuie să sufere de o boală mintală recunoscută și să necesite internare în scopul tratamentului⁴⁰⁴;
- ▶ Orice internare trebuie să facă subiectul unei revizuirii legale periodice rapide ce încorporează elementele esențiale ale procesului echitabil⁴⁰⁵; și

400. CoE. Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Belgia. Plângerea Colectivă nr. 75/2011. 23 ianuarie 2013; CoE. Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Grecia. Plângerea Colectivă 72/2011. 23 ianuarie 2013; CoE. Defence for Children International (DCI) v. Belgia. Plângerea Colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012; CoE. Médecins du Monde - International v. Franța. Plângerea Colectivă nr. 67/2011. 11 septembrie 2012; CoE. Decizia pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea Colectivă Nr. 45/2007. 30 martie 2009; CoE. Centrul European al Drepturilor Romilor (CEDR) v. Bulgaria. Plângerea Colectivă nr. 46/2007. 3 decembrie 2008; CoE. Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (FMDO) v. Grecia. Plângerea Colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006; CoE. Confédération Générale du Travail (CGT) v. Franța. Plângerea Colectivă nr. 22/2003. 8 decembrie 2004.

401. Articolul 38(1)(b) din Statutul Curții Internaționale de Justiție face referire la „cutuma internațională” ca sursă a dreptului internațional, subliniind în special cele două cerințe de practică de stat și acceptarea practicii ca obligatorii.

402. CtEDO. De Donder și de Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 6 decembrie 2011.

403. CtEDO. Ashingdane v. Marea Britanie. Cererea nr. 8225/78. 28 mai 1995..

404. CtEDO. Winterwerp v. Olanda. Cererea nr. 6301/73. 24 octombrie 1979; vedeți și CtEDO. H.L. v. Marea Britanie. Cererea Nr. 45508/99. 1 ianuarie 2004. (sistemul detenției „pacienților neoficiali” în instituțiile psihiatrice nu a incorporat suficiente garanții procedurale pentru a preveni privarea arbitrară de libertate).

405. CtEDO. X v. Marea Britanie. Cererea nr. 7215/75. 7 iulie 1977.

- ▶ Dacă nu au fost respectate aceste garanții, CtEDO a fost pregătită să acorde despăgubiri pentru încălcarea libertății persoanei conform Articolului 5(1)(e)⁴⁰⁶.

Cu privire la dreptul la siguranța persoanei, acesta este consacrat adesea conform aceleiași prevederi ca dreptul la libertate, precum Articolul 5 din CEDO. Dreptul la libertate protejează individul împotriva detenției arbitrare sau nejustificate. Dreptul la siguranța persoanei protejează individul împotriva vătămării corporale sau oricărui tip de intervenție. Conform celor arătate în această secțiune, faptele prezente în jurisprudența relevantă au condus CtEDO să abordeze aspecte privind integritatea fizică sau corporală (dreptul la siguranța persoanei) conform Articolului 5, fără a face o distincție între cele două drepturi. Mai mult, majoritatea cazurilor privind vătămarea integrității fizice sau corporale în unitățile de asistență medicală au fost analizate conform drepturilor înrudite ce includ dreptul la libertate împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane ori degradante (CEDO, Art. 3), dreptul la viață privată (CEDO, Art. 8), și dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate (CSE, Art. 11). De exemplu, Curtea a judecat cazuri implicând administrarea forțată de medicamente (inclusiv injecții), hrănire forțată și sterilizări fără consimțământ în lumina dreptului la viață privată (CEDO, Art. 8)⁴⁰⁷ și a dreptului de a nu fi supus torturii, tratamentelor crude, inumane ori degradante (CEDO, Art. 3)⁴⁰⁸. Prin urmare, nu există o analiză vastă din partea CtEDO strict cu privire la dreptul la siguranța persoanei, luat separat. Din acest motiv, prezenta secțiune conține jurisprudența bazată în principal pe dreptul la libertate.

PREVEDERI RELEVANTE

- ▶ **CEDO, Art. 5(1):** Orice persoană are dreptul la libertate și la siguranță. Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale: (e) dacă este vorba despre detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond. ...

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul sănătății mintale

Pentru a reține un individ pe baza sănătății mintale, trebuie îndeplinite patru condiții:

- (1) Trebuie să se stabilească în mod credibil, prin expertiză medicală obiectivă, că persoana suferă de o tulburare mintală;
- (2) Tipul de tulburare mintală trebuie să justifice internarea obligatorie și trebuie să se demonstreze că privarea de libertate este necesară în aceste circumstanțe;
- (3) Tulburarea mintală trebuie să persiste pe perioada detenției sau internării; și
- (4) Perioada internării trebuie revizuită periodic⁴⁰⁹.

406. CtEDO. Gajcsi v. Ungaria. Cererea nr. 34503/03. 3 octombrie 2006. (pacient reținut ilegal timp de trei ani într-un spital psihiatric din Ungaria, unde procedura de internare era superficială și insuficientă pentru a demonstra un comportament periculos).

407. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 iunie 2005; vedeți și CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea Nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011.

408. CtEDO. Ciorap v. Moldova. Cererea nr. 12066/02. 19 iunie 2007; V.C. v. Slovacia. Cererea Nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011; Gorobet v. Moldova. Cererea nr. 30951/10. 11 octombrie 2011.

409. CtEDO. Winterwerp v. Olanda. Cererea nr. 6301/73. 24 octombrie 1979; CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea Nr. 23419/07. 22 noiembrie 2012.

Orice detenție trebuie să fie „legală” – trebuie efectuată conform unei legi ce prevede garanții corespunzătoare de fond și de procedură⁴¹⁰. Mai mult, deși Articolul 5(1)(e) nu se referă, în principiu, la tratamentul sau condițiile corespunzătoare de detenție, CtEDO a declarat în mod repetat că detenția unei persoane conform Articolului 5(1)(e) va fi considerată legală doar dacă detenția are loc în spital, clinică sau altă instituție corespunzătoare autorizată să dețină și să trateze indivizii cu tulburări mintale relevante.⁴¹¹

În plus, CtEDO a recunoscut necesitatea protejării integrității fizice și mintale a pacienților cu tulburări mintale și a considerat că tratamentul forțat al pacienților cu tulburări mintale încalcă Articolul 5, atunci când nu respectă garanțiile împotriva caracterului arbitrar al detenției⁴¹². Pentru mai multe detalii privind încălcarea integrității fizice, vedeți secțiunea de mai jos privind „dreptul la integritate corporală”.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

De Donder și De Clippel v. Belgia (CtEDO) (2012). Curtea a considerat că plasarea unui pacient cu tulburări mintale într-o secție normală a închisorii, în locul unei instituții specializate sau a secției de psihiatrie a închisorii, a reprezentat o încălcare a Articolului 5 CEDO. Curtea a reiterat faptul că „detenția” unui pacient cu tulburări mintale este justificată legal conform Articolului 5(1)(e) doar dacă este efectuată „într-un spital, clinică sau altă instituție corespunzătoare.”⁴¹³

Herz v. Germania (CtEDO) (2003). O persoană a fost reținută într-un spital psihiatric deoarece un judecător a dispus internarea de urgență a persoanei pe baza unui diagnostic acordat prin telefon de un medic care nu examinase personal această persoană. Curtea a considerat că decizia judecătorului era conformă cu Convenția datorită naturii urgente a situației⁴¹⁴.

H.L. v. Marea Britanie (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că internarea nevoluntară a unei persoane cu tulburare autistă care a prezentat semne de comportament agitat a fost lipsită de garanții procedurale și prin urmare a fost arbitrară și a încălcat Articolul 5 al CEDO.⁴¹⁵

Shopov v. Bulgaria (CtEDO) (2010). Curtea a constatat că guvernul a încălcat Articolul 5(1) în cazul unui reclamant forțat să se supună unui tratament psihiatric timp de peste cinci ani, din cauza depășirii de către procuror și poliție a limitelor unei sentințe judecătorești naționale prin care se dispunea tratamentul într-o clinică ambulatorie și nu într-un spital psihiatric⁴¹⁶.

Storck v. Germania (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că internarea pacientului cu tulburări mintale într-un spital psihiatric și tratamentul forțat au încălcat Articolul 5(1), deoarece internarea nu fusese dispusă de o instanță. Curtea a subliniat responsabilitatea Statului de a proteja persoanele vulnerabile (cum sunt pacienții cu tulburări mintale) și a concluzionat că măsurile aplicate retrospectiv pentru protejarea acestor indivizi față de privarea nelegală de libertate au fost insuficiente⁴¹⁷.

X. v. Finlanda (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că internarea și tratamentul forțat al unui pediatru într-un spital de tulburări psihice nu îndeplineau garanțiile corespunzătoare împotriva arbitrariului și, prin urmare, au reprezentat o încălcare a Articolului 5⁴¹⁸.

410. A se vedea CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

411. CtEDO. De Donder și De Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 12 iunie 2011. alin. 106.

412. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010; CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

413. CtEDO. De Donder și De Clippel v. Belgia. Cererea nr. 8595/06. 12 iunie 2011; vedeți CtEDO. Aerts v. Belgia. Cererea nr. 25357/94. 30 iulie 1998. (aripa de psihiatrie nu a putut fi considerată o instituție corespunzătoare pentru detenția persoanelor alienate)

414. CtEDO. Herz v. Germania. Cererea nr. 44672/98. 3 decembrie 2003.

415. CtEDO. H.L. v. Marea Britanie. Cererea nr. 45508/99. 5 ianuarie 2005

416. CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010.

417. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

418. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012

Dreptul la libertatea și siguranța persoanei în contextul bolilor contagioase

Articolul 5(1)(e) din CEDO poate permite privarea de libertate bazată pe amenințarea reprezentată de răspândirea bolilor contagioase. CtEDO a permis detenția conform acestei prevederi atât în interesul individului, cât și al siguranței publice⁴¹⁹.

Conform CtEDO, criteriile esențiale pentru privarea de libertate legală a unui individ „pentru prevenirea răspândirii bolilor contagioase” sunt:

- Răspândirea bolii contagioase reprezintă un pericol față de sănătatea și siguranța publică;
- Este modul cel mai puțin restrictiv de prevenire a răspândirii bolii pentru protejarea interesului public; și
- Atât pericolul răspândirii bolii contagioase, cât și caracterul de măsură cel mai puțin restrictivă al detenției trebuie să persiste pe toată durata detenției⁴²⁰.

Mai mult, dreptul la siguranța persoanei devine și mai relevant în cazurile în care indivizii cu boli contagioase sunt supuși unor măsuri coercitive, cum ar fi carantina și tratamentul forțat. Vedeți secțiunea privind „dreptul la integritate corporală” pentru mai multe detalii asupra încălcării integrității fizice și corporale.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

Enhorn v. Suedia (CtEDO) (2005). Curtea a constatat încălcarea Articolului 5 din CEDO în cazul unei persoane seropozitive internată nevoluntar în spital timp de aproape un an și jumătate, după ce a transmis virusul unui alt bărbat în urma unui raport sexual. Curtea a concluzionat că izolarea obligatorie nu a reprezentat cea mai puțin restrictivă măsură disponibilă pentru a preveni răspândirea virusului HIV. Prin urmare, autoritățile nu au găsit un echilibru între necesitatea asigurării faptului că virusul HIV nu va fi răspândit și dreptul la libertate al petentului⁴²¹.

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

Dreptul la libertate protejează indivizii de intervențiile destinate să limiteze sau să promoveze fertilitatea acestora și să împiedice autonomia lor sexuală – fie din partea statului, fie din partea persoanelor private. Pe lângă protejarea vieții și sănătății individului, dreptul la libertate recunoaște alegerea individului în materie de reproducere, ca și decizia acestuia asupra modului în care își desfășoară viața sexuală⁴²². De exemplu, femeile pot utiliza acest drept pentru a contesta măsurile legale ce implică privarea de libertate luate împotriva lor pentru cazurile în care decid să își întrerupă sarcina⁴²³.

Cu privire la dreptul la siguranța persoanei, acesta protejează dreptul persoanei de a controla sănătatea și corpul său și este compatibil cu aspectele privind sănătatea sexuală și reproductivă, precum sterilizarea forțată, mutilarea genitală și avortul. Comisia Europeană a UE s-a angajat să pună capăt violenței împotriva femeilor și mutilării genitale feminine (MGF), recunoscând-o ca o încălcare a drepturilor omului

419. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005. par. 43; CtEDO. *Litva v. Polonia*. Cererea nr. 26629/95. 4 aprilie 2000; vedeți CtEDO. *Hutchison Reid v. Marea Britanie*. Cererea nr. 50272/99. 20 februarie 2003. (detenția conform Articolului 5(1)(e) a unei persoane cu tulburare de personalitate psihopată justificată atât în interesul individului cât și din motive de siguranță publică, chiar dacă starea sa nu era susceptibilă la tratament medical).

420. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005. par. 43.

421. CtEDO. *Enhorn v. Suedia*. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005.

422. Vedeți Rebecca Cook. Drepturile internaționale ale omului și ale femeii și sănătatea reproducerii. Studii în planificare familială [International Human Rights and Women's Reproductive Health. *Studies in Family Planning*]. Vol. 24, Nr. 2 (martie – aprilie, 1993). p. 79.

423. CtEDO. *P. și S. v. Polonia*. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

În ceea ce privește femeile și a Convenției Internaționale privind Drepturile Copilului (CDC)⁴²⁴. Consiliul UE a declarat: „[MGF] constituie o încălcare a dreptului fundamental la viață, libertate, siguranță, demnitate, egalitate între femei și bărbați, nediscriminare și integritate fizică și mintală” (subliniere adăugată)⁴²⁵.

Cu toate acestea, ca și în alte contexte, jurisprudența CtEDO în care au fost invocate aceste probleme de sănătate sexuală și reproductivă le-a abordat de obicei fie conform dreptului la viață privată (CEDO, Art. 8), fie conform dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3).⁴²⁶

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA LIBERTATEA ȘI SIGURANȚA PERSOANEI

P. și S. v. Polonia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că scopul esențial al plasării unei fete de 14 ani, care a rămas însărcinată în urma unui viol, într-un adăpost pentru minori a fost de a o separa de părinții săi și de a preveni un avort – nu pentru supraveghere educațională, ceea ce ar fi fost în conformitate cu Articolul 5(1) (d). Prin urmare, lipsirea de libertate a reclamantei a încălcat Articolul 5⁴²⁷.

3.3.2 DREPTUL LA RESPECTAREA VIEȚII PRIVATE

Dreptul la respectarea vieții private protejează individul împotriva ingerinței nelegale și arbitrare în viața sa privată. În legătură cu drepturile pacienților, dreptul la viața privată a fost utilizat pentru a proteja integritatea corporală a individului, confidențialitatea informațiilor medicale ale pacientului și pentru a împiedica statul să intervină ilegal în probleme ce trebuie rezolvate între pacient și medicul său (de ex.: pentru a întrerupe sarcina). CtEDO a susținut că trupul unei persoane reprezintă aspectul cel mai intim al vieții private⁴²⁸ și a utilizat dreptul la viața privată pentru a proteja individul de tratamente sau examinări medicale realizate fără consimțământ informat⁴²⁹. CtEDO recunoaște faptul că administrarea medicamentelor împotriva voinței pacientului constituie o ingerință în dreptul individului la respectul pentru viața privată⁴³⁰.

Cu privire la informațiile medicale ale pacientului, CtEDO a constatat că „protecția datelor personale, nu în ultimul rând a datelor medicale, are o importanță fundamentală pentru dreptul unei persoane la respectul pentru viața privată și de familie”. Mai mult, este „crucială (...) pentru păstrarea încrederii sale în profesia medicală și în serviciile de sănătate în general”⁴³¹. Neprotejarea confidențialității informațiilor medicale ale pacientului îi poate descuraja pe cei care au nevoie de asistență medicală să dezvăluie informații personale și intime care pot fi necesare tratamentului corespunzător și chiar să solicite asistență medicală, punând astfel în pericol sănătatea lor și/sau a altora⁴³².

În general, orice ingerință în dreptul unui individ la respectul pentru viața sa privată nu va reprezenta o încălcare, dacă această ingerință este:

-
- 424. Comisia Europeană. Comunicare a Comisiei către Parlamentul European și Consiliu: Privind eliminarea mutilării genitale a femeilor. 25 noiembrie 2013.
 - 425. Consiliul UE. Concluzia Consiliului privind combaterea violenței împotriva femeilor și furnizarea de servicii de suport pentru victimele violenței domestice. 6 decembrie 2012. par. 1
 - 426. Tysiac v. Poland, 20 mai 2007; RR v. Poland (nr. 27617/04), 26 mai 2011; Dickson v. United Kingdom, 4 decembrie 2007 (Grand Chamber); V.C. v. Slovakia (nr. 18968/07), 8 noiembrie 2011; Costa and Pavan v. Italy, 28 august 2012; A.K. v. Latvia (nr. 33011/08), 24 iunie 2014
 - 427. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.
 - 428. CtEDO. Y.F. v. Turcia. Cererea nr. 24209/94. 22 octombrie 2003.
 - 429. CtEDO. Glass v. Marea Britanie. Cererea nr. 61827/00. 9 martie 2004. (Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată în administrarea de diamorfină unui fiu împotriva voinței mamei sale și a unui ordin DNR (a nu se resuscita) plasat în evidențele sale fără cunoștința mamei sale).
 - 430. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005; CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; vedeți și CtEDO. Glass v. Marea Britanie. Cererea nr. 61827/00. 9 martie 2004.
 - 431. CtEDO. M.S. v. Suedia. Cererea nr. 20837/92. 27 august 1997; CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.
 - 432. CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.

- Conformă cu legea;
- A urmărit un scop sau scopuri legitim(e), în conformitate cu Articolul 8(2) din CEDO (securitatea națională, siguranța publică sau bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și libertăților altora); și
- Este necesară într-o societate democratică și proporțională cu scopul legitim urmărit⁴³³.

Cu privire la condiția de a fi „necesară într-o societate democratică”, CtEDO a declarat că ingerința va fi evaluată de la caz la caz, luând în considerare „cazul ca întreg și având în vedere marja de apreciere de care beneficiază Statul în aceste probleme.”⁴³⁴

PREVEDERI RELEVANTE

► ECHR, Art. 8:

- (1) Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
- (2) Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora

► Recomandarea CE Nr. R (2004) 10⁴³⁵,

- **Art. 13(1):** Toate datele personale privind o persoană cu tulburări mintale vor fi considerate confidențiale. Aceste date pot fi colectate, procesate și comunicate numai în conformitate cu regulile privind confidențialitatea profesională și colectarea datelor personale.

► Convenția pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal⁴³⁶

- **Art. 5 – Calitatea datelor:** Datele cu caracter personal care fac obiectul unei prelucrări automatizate trebuie să fie: obținute și prelucrate în mod corect și legal; înregistrate în scopuri determinate și legitime și nu sunt utilizate în mod incompatibil cu aceste scopuri; adecvate, pertinente și neexcesive în raport cu scopurile pentru care sunt înregistrate; exacte și, dacă este necesar, actualizate; păstrate într-o formă care să permită identificarea persoanelor în cauză pe o durată ce nu o depășește pe cea necesară scopurilor pentru care ele sunt înregistrate.
- **Art. 6 – Categoriile speciale de date:** Datele cu caracter personal privind originea rasială, opiniile politice, convingerile religioase sau de altă natură, precum și datele cu caracter personal privind sănătatea sau viața sexuală nu vor putea fi prelucrate în mod automat, cu excepția cazului în care normele de drept intern prevăd garanții adecvate. Această condiție este valabilă și în cazul datelor cu caracter personal privind condamnările penale.
- **Art. 8 – Garanții suplimentare pentru persoanele vizate:** Orice persoană trebuie:
 - a) să aibă cunoștință de existența unui fișier automatizat de date cu caracter personal, de scopurile sale principale, precum și de identitatea și de locul de reședință obișnuit sau de sediul principal de care aparține proprietarul fișierului;
 - b) să obțină la intervale rezonabile și fără întârziere sau cu cheltuieli excesive confirmarea existenței sau inexistenței în fișierul automatizat de date cu caracter personal care o privește, precum și comunicarea acestor date sub o formă inteligibilă;

433. CtEDO. L.L. v Franța. Cererea nr. 7508/02. 10 octombrie 2006; CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012.

434. CtEDO. L.L. v Franța. Cererea nr. 7508/02. 10 octombrie 2006.

435. CoE. Recomandarea Rec nr. R (2004) 10. 22 septembrie 2002.

436. CoE. Convenția pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal. 28 ianuarie 1981.

- c) să obțină, dacă este cazul, modificarea acestor date sau ștergerea lor, dacă acestea au fost prelucrate fără a se respecta dispozițiile din dreptul intern care aplică principiile de bază enunțate la art. 5 și 6;
- d) să dispună de o cale de atac, dacă nu s-a dat curs la o cerere de confirmare, sau, dacă este cazul, de comunicare, de modificare ori de ștergere, prevăzute la lit. b) și c).

► **Declarația privind Promovarea Drepturilor Pacienților în Europa**⁴³⁷

1.4 Fiecare are dreptul la respect pentru propria sa confidențialitate.

4.1 Toate informațiile despre starea de sănătate a pacientului, despre afecțiunea medicală, diagnostic, prognostic și tratament și toate informațiile cu caracter personal trebuie păstrate confidențial, chiar și după moarte.

4.6 Nu poate exista intruziune în viața privată și viața de familie a pacientului, decât, și numai dacă, pe lângă consimțământul pacientului, poate fi justificată ca necesară diagnosticării, tratamentului și îngrijirii pacientului.

4.8 Pacienții internați în

► **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁴³⁸,

- **Art. 6 (Dreptul la Intimitate și Confidențialitate):** Fiecare individ are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, inclusiv informațiile privind starea sa de sănătate și diagnosticul potențial sau procedurile terapeutice, ca și protecția intimității sale în timpul examenelor de diagnostic, consultațiilor specialiștilor și tratamentelor medicale/chirurgicale în general.

► **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină**⁴³⁹,

- **Art. 10(1):** Fiecare persoană are dreptul la respect pentru viața privată în raport cu informațiile privind sănătatea sa.

Dreptul la viață privată în contextul sănătății mintale

CtEDO nu condamnă automat ingerința în viața privată a pacientului bolnav mintal, dar condamnă orice încălcare a vieții private care nu este conformă cu legislația în vigoare. Plasarea unui pacient bolnav mintal în tutelă trebuie să se facă „în conformitate cu legea și pe baza unui scop legitim”⁴⁴⁰. În cazurile în care un individ este privat de capacitate juridică, acesta are dreptul la o revizuire periodică a stării sale⁴⁴¹. Mai mult, cu privire la persoanele care necesită tratament psihiatric, Statul trebuie să asigure dreptul la integritate fizică al cetățenilor săi, conform Articolului 8 din CEDO.

În luarea deciziei de a interveni în ceea ce privește dreptul la viața privată al pacientului cu tulburări de sănătate mintală, autoritățile trebuie să „găsească un echilibru între interesele persoanei cu tulburări mintale și alte interese legitime implicate”⁴⁴². Cu toate acestea, la determinarea stării de sănătate mintală a unei persoane, autoritățile beneficiază de o marjă largă de apreciere⁴⁴³, ce va fi evaluată pe baza „gradului de

437. WHO. Declarația privind Promovarea Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

438. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002

439. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicină. 4 aprilie 1997.

440. CtEDO. A.G. v. Elveția. Cererea nr. 28605/95. 9 aprilie 1997.

441. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013; vedeți și CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

442. CtEDO. Shtukurov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008. par. 87

443. CtEDO. Shtukurov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

intervenție” în viața pacientului și „calitatea procesului de luare a deciziei”⁴⁴⁴. În cazul în care intervenția în viața privată a individului este disproporționată față de scopurile legitime ale guvernului⁴⁴⁵, sau dacă procesul de luare a deciziei angajat de către stat este defectuos⁴⁴⁶ (inclusiv eșecul statului de a revizui periodic starea individului)⁴⁴⁷, Curtea cel mai probabil va găsi o încălcare a Articolului 8.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

Lashin v. Rusia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată în care reclamantul, o persoană suferind de schizofrenie, a fost internat de către instanțele interne într-un spital psihiatric, împotriva voinței sale și fără posibilitate de recurs, ceea ce l-a împiedicat să se căsătorească⁴⁴⁸.

Salontaji-Drobnjak v. Serbia (CtEDO) (2010). Reclamantul a fost diagnosticat cu „paranoia litigioasă” și a fost plasat sub tutelă. Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viața privată, ca urmare a limitării grave a capacității legale a reclamantului (nu putea lua parte independent la acțiuni în justiție, nu putea solicita pensie de invaliditate, sau decide cu privire la propriul tratament medical) și deoarece procedura aplicată de instanțele interne pentru privarea solicitantului de capacitatea legală fusese „defectuoasă fundamental”, și mai mult, instanțele interne nu au reevaluat corespunzător capacitatea legală a solicitantului⁴⁴⁹.

Shtukaturov v. Rusia (CtEDO) (2008). Curtea a constatat că decizia instanței interne de a-l spitaliza pe reclamant pe baza unui raport medical ce nu a analizat suficient gradul de incapacitate a reclamantului constituie o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a determinat că intervenția în viața privată a solicitantului a fost disproporționată față de scopul legitim al Statului⁴⁵⁰.

Dreptul la viață privată în contextul bolilor contagioase

CtEDO consideră că divulgarea neautorizată a datelor confidențiale privind sănătatea poate fi în detrimentul vieții private și de familie a individului, ca și a vieții sale sociale și profesionale, și l-ar putea pune în pericol de a fi ostracizat.⁴⁵¹ Divulgarea informațiilor medicale poate fi deosebit de dăunătoare persoanelor care trăiesc cu HIV sau alte boli contagioase. Prin urmare, este necesar să existe garanții suficiente în dreptul intern. În cazurile în care sunt implicați indivizi care trăiesc cu HIV, CtEDO a stabilit, de asemenea, că Statul deține obligația pozitivă de a apăra dreptul la viața privată și împotriva altor persoane⁴⁵².

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

Biriuk v. Lituania (CtEDO) (2009) și Armoniene v. Lituania (CtEDO) (2009). Curtea a considerat că eșecul Statului de a proteja dreptul la viața privată al reclamantilor împotriva ziarului care a publicat statutul HIV al acestora pe prima pagină a reprezentat o încălcare a dreptului la viața privată⁴⁵³.

Colak și Tsakiridis v. Germania (CtEDO) (2009). Curtea a afirmat că verdictul instanței interne conform căruia eșecul medicului de a divulga statutul HIV al unui pacient partenerului sexual al pacientului (re-

444. CtEDO. Shtukaturov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

445. CtEDO. Shtukaturov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

446. CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

447. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013; vedeți CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

448. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

449. CtEDO. Salontaji-Drobnjak v. Serbia. Cererea nr. 36500/05. 13 ianuarie 2010.

450. CtEDO. Shtukaturov v. Rusia. Cererea nr. 44009/05. 27 iunie 2008.

451. CtEDO. Z v. Finlanda. Cererea nr. 22009/93. 25 februarie 1997.

452. CtEDO. Biriuk v. Lituania. Cererea nr. 23373/03. 25 februarie 2009. par. 35; CtEDO. Armoniene v. Lituania. Cererea nr. 36919/02. 25 februarie 2009. par. 36.

453. CtEDO. Biriuk v. Lituania. Cererea nr. 23373/03. 25 februarie 2009. par. 35; CtEDO. Armoniene v. Lituania. Cererea nr. 36919/02. 25 februarie 2009. par. 36.

clamantului) nu a reprezentat „eroare gravă de tratament” – necesară pentru a găsi medicul răspunzător de malpraxis – și că medicul nu a încălcat standardele medicale, ci a supraestimat datoria sa de confidențialitate față de pacient. Curtea a considerat că nu a existat o încălcare a dreptului la viață privată⁴⁵⁴.

Mitkus v. Letonia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că divulgarea statutului HIV, într-un ziar de circulație în închisoare, al reclamantului-deținut a constituit o încălcare a dreptului la viața privată – a condus la ostracizarea reclamantului de către alți deținuți⁴⁵⁵.

Dreptul la viață privată în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la viața privată a avut un rol important în promovarea sănătății sexuale și reproductive în jurisprudența CtEDO. În timp ce dreptul la viața privată este adesea văzut ca implicând obligații negative ale Statului, CtEDO a subliniat clar obligațiile pozitive care reies din impunerea respectului față de viața privată și de familie a individului – în special în cazurile în care indivizii solicită acces la informații privind riscurile pentru sănătate (cum ar fi testarea genetică⁴⁵⁶ și sănătatea fătului⁴⁵⁷ sau solicită acces la fișele lor medicale⁴⁵⁸. De fapt, Statele au o obligație pozitivă conform Articolului 8 de a asigura accesul indivizilor la fișele medicale proprii⁴⁵⁹. CtEDO a considerat, într-un context specific statului pârât, că organizațiile nu pot fi împiedicate să furnizeze informații despre dreptul la avort prevăzut de legea internă și serviciile legate de avort disponibile internațional⁴⁶⁰.

Mai mult, Curtea a interpretat acest drept ca incluzând dreptul la autonomie și dezvoltare personală, cuprinzând aspecte privind identificarea de gen, orientarea sexuală, viața sexuală, integritatea fizică și mintală a persoanei și deciziile privind eventualitatea de a deveni părinte⁴⁶¹.

În contextul avortului, CtEDO nu a interpretat Articolul 8 ca acordând dreptul la avort⁴⁶²; cu toate acestea, a recunoscut faptul că Statele care permit realizarea avortului sunt responsabile de furnizarea cadrului legal pentru determinarea dreptului la avort legal și proceduri pentru rezolvarea disputelor între femeile care solicită servicii de avort și medici⁴⁶³. CtEDO a abordat de asemenea posibilele „descurajări” pe care legea penală internă le poate genera în privința abilității individului de a accesa servicii de sănătate reproductivă⁴⁶⁴, constatând că legislațiile penale care împiedică furnizorii medicali să ofere servicii legale de avort, sau care împiedică pacienții să solicite aceste servicii de teama responsabilității penale, pot încălca Articolul 8.

CtEDO a considerat de asemenea că alegerea de a deveni părinte este inclusă în Articolul 8 (atât pentru femei, cât și pentru bărbați)⁴⁶⁵. Procedurile medicale care limitează abilitatea unei persoane de a concepe și de a purta o sarcină pot fi contrare dreptului la viața privată, incluzând aici sterilizarea forțată⁴⁶⁶ și erorile medicale grave ce privesc indivizii de capacitatea reproductivă⁴⁶⁷. Curtea a constatat o încălcare

454. CtEDO. Colak și Tsakiridis v. Germania. Cererea nr. 77144/01 și 35493/05. 5 iunie 2009.

455. CtEDO. Mitkus v. Letonia. Cererea nr. 7259/03. 2 ianuarie 2013.

456. CtEDO. Tysiach v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

457. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012; vedeți CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

458. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009.

459. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009.

460. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

461. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010. par. 212.

462. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

463. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

464. CtEDO. Ternovsky v. Ungaria. Cererea nr. 67545/09. 14 decembrie 2010; vedeți CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

465. CtEDO. Evans v. Marea Britanie. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

466. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 28 aprilie 2009; CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012; CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 15966/04. 13 noiembrie 2012.

467. CtEDO. Csoma v. România. Cererea nr. 8759/05. 15 ianuarie 2013.

a Articolului 8 în cazul unui deținut căruia i-a fost refuzat accesul la servicii de înseminare artificială, Curtea considerând că soția sa s-ar confrunta cu dificultăți în concepere după eliberarea sa, din cauza vârstei și a perioadei de timp în care acesta se anticipa că va rămâne în detenție⁴⁶⁸.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ

A, B și C v. Irlanda (CtEDO) (2010). Interpretând Articolul 8 pentru a include obligația pozitivă a statului de a furniza procedurile necesare determinării dreptului la avort legal, Curtea a constatat că eșecul Irlandei de a furniza aceste garanții constituie o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a reținut și incertitudinea ce înconjură procedura de a stabili dacă sarcina unei femei pune în pericol viața acesteia și că amenințarea reprezentată de urmărirea penală a avut efectul unei „stări de descurajare semnificative” atât asupra medicilor, cât și a femeii implicate⁴⁶⁹.

Costa și Pavan v. Italia (CtEDO) (2012). Un cuplu, purtători sănătoși de fibroză chistică, a dorit să evite transmiterea bolii urmașilor cu ajutorul procreării asistate medical și screeningului genetic. Curtea a constatat că neconcordanța din legea italiană care a interzis cuplului accesul la screening de embrioni, dar a autorizat terminarea asistată medical a sarcinii în cazul în care fătul ar fi prezentat simptomele aceleiași boli, reprezintă o încălcare a dreptului la intimitate⁴⁷⁰.

Ternovsky v. Ungaria (CtEDO) (2011). Curtea a constatat lipsa unei legislații specifice și cuprinzătoare asupra modului în care se penalizează profesioniștii din domeniul sănătății pentru asistarea unei nașteri la domiciliu ca reprezentând o încălcare a dreptului la viața privată. Curtea a considerat că reclamanta nu a avut libertatea de a alege să nască la domiciliu din cauza faptului că amenințarea permanentă cu urmărirea penală a împiedicat profesioniștii din domeniul sănătății să ofere acest serviciu⁴⁷¹.

Tysiāc v. Polonia (CtEDO) (2007). Reclamantei i s-a refuzat avortul terapeutic, după ce a fost avertizată că miopia deja gravă de care suferea s-ar putea înrăutăți dacă și-ar duce sarcina la termen. În urma nașterii copilului, aceasta a suferit o hemoragie retiniană, ce a avut ca rezultat invaliditatea sa. Curtea a constatat că refuzul accesului la un mecanism eficient, care ar fi determinat eligibilitatea acesteia pentru avort legal, a reprezentat o încălcare a dreptului acesteia la viața privată⁴⁷².

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). În cazul unei femei de etnie romă care a fost sterilizată într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia, Curtea a constatat lipsa garanțiilor legale de a proteja sănătatea reproductivă a acesteia ca o încălcare a dreptului la viața privată și de familie⁴⁷³.

3.3.3 DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Dreptul de acces la informații garantează accesul individului la informațiile personale ce îl privesc, ca și informațiile medicale privind starea individului, cu excepția cazului în care aceste informații pot dăuna vieții sau sănătății individului. La fel ca în dreptul internațional, dreptul de acces la informații este cuprins în dreptul la libertatea de exprimare. Cu privire la pacienți, dreptul de acces la informații impune guvernului să ia măsurile necesare pentru garantarea accesului la informațiile despre starea de sănătate a pacientului⁴⁷⁴. CtEDO a interpretat acest drept doar ca interzicând autorităților să restricționeze primirea de către o persoană a informațiilor de la alte persoane și nu ca impunând o obligație pozitivă asupra gu-

468. CtEDO. Dickson v. Marea Britanie. Cererea nr. 44362/04. 4 decembrie 2007.

469. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

470. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012.

471. CtEDO. Ternovsky v. Ungaria. Cererea nr. 67545/09. 14 martie 2011.

472. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 24 septembrie 2007.

473. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

474. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

vernului de a furniza informațiile⁴⁷⁵. Cu toate acestea, este de remarcat faptul că CtEDO a interpretat că există o obligație pozitivă a statului de a furniza informații conform Articolului 8 (dreptul la respect pentru viața de familie și viața privată)⁴⁷⁶.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 8(1):** Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
- **Art. 10(1):** Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontieră...

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁴⁷⁷

2.2 Pacienții au dreptul de a fi complet informați asupra stării lor de sănătate, inclusiv să primească informații medicale despre afecțiunea lor; despre procedurile medicale propuse, despre riscurile potențiale și beneficiile fiecărei proceduri; despre alternative la procedurile propuse, inclusiv efectul non-tratamentului; și despre diagnostic, prognostic și progresul tratamentului.

2.5 Pacienții au dreptul ca, la cererea lor expresă, să nu fie informați.

2.6 Pacienții au dreptul să aleagă cine, dacă există cineva, să fie informat în locul lor.

▶ Carta Europeană a Drepturilor Pacienților⁴⁷⁸,

- **Art. 3 (Dreptul la informare):** Fiecare individ are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea lui de sănătate, la serviciile de sănătate și cum să le folosească, precum și tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică.

▶ Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina⁴⁷⁹,

● Art. 10:

- 1) Orice persoană are dreptul la respectarea vieții private în ce privește informațiile referitoare la sănătatea sa.
- 2) Orice persoană are dreptul să cunoască orice informație obținută cu privire la sănătatea sa. Cu toate acestea, vor fi respectate dorințele persoanelor de a nu fi informate în legătură cu aceasta.
- 3) În cazuri excepționale, pot fi stabilite, prin lege, restricții privind exercitarea drepturilor prevăzute la paragraful 2, în interesul pacientului.

▶ Recomandarea Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală⁴⁸⁰

6. Informațiile despre serviciile medicale și mecanismele procesului de luare a deciziilor trebuie difuzate la scară largă pentru a facilita participarea. Acestea trebuie să fie ușor accesibile, oportune, ușor de înțeles și relevante.

475. CtEDO. Guerra v. Italia. Cererea nr. 14967/89. 19 februarie 1998..

476. CtEDO. Tysiach v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

477. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

478. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

479. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina. 4 aprilie 1997.

480. CoE. Recomandarea Rec nr. R (2000) 5. 30 aprilie 2002.

7. Guvernele trebuie să-și îmbunătățească și să-și consolideze comunicarea, iar strategiile de informare trebuie adaptate la grupa de populație căreia i se adresează.
8. Campaniile regulate de informare și alte metode, cum ar fi informarea prin linii de asistență telefonică, trebuie utilizate pentru a spori gradul de conștientizare a publicului cu privire la drepturile pacienților. Sisteme corespunzătoare de referință trebuie puse în aplicare pentru pacienții care doresc informații suplimentare (cu privire la drepturile lor și mecanismele existente de aplicare a acestor drepturi).

Dreptul de acces la informații în contextul sănătății mintale

Conform acestui drept, furnizorii de servicii medicale au obligația de a furniza pacienților cu probleme de sănătate mintală informații exacte despre datele lor medicale și/sau tratamentul pe care îl primesc. Prin urmare, tratamentul continuu fără evaluare periodică subminează dreptul de acces la informații, deoarece pacientul nu are acces la informații exacte despre starea sa de sănătate mintală, creându-i dificultăți în contestarea tratamentului⁴⁸¹. Într-adevăr, CtEDO a constatat că refuzul accesului la informații poate încălca Articolul 10 din CEDO, chiar dacă negarea accesului la informații este justificată de stat din motive terapeutice⁴⁸².

Este de remarcat faptul că dreptul de acces la informații este strâns legat de conceptul consimțământului, iar CtEDO a considerat că, deși o persoană este diagnosticată cu o problemă de sănătate mintală, pacientul are întotdeauna dreptul la accesarea evidențelor sale medicale⁴⁸³.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

Herczegfalvy v. Austria (CtEDO) (1992). Reclamantul care a fost diagnosticat cu o problemă de sănătate mintală a fost reținut într-un spital psihiatric. Spitalul a limitat accesul reclamantului la „materiale de citit, radio și televiziune”, ceea ce CtEDO a concluzionat că a reprezentat o încălcare a Articolului 10 din CEDO⁴⁸⁴.

Dreptul de acces la informații în contextul sănătății sexuale și reproductive

Conform dreptului de acces la informații, statele dețin obligația pozitivă de a furniza informații exacte privind legislația sănătății reproductive și disponibilitatea serviciilor de avort⁴⁸⁵. CtEDO a interpretat Articolul 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie) din CEDO ca incluzând obligația guvernului de a permite accesul la informații privind riscurile față de sănătatea femeii însărcinate⁴⁸⁶ și sănătatea fătului⁴⁸⁷, precum și obligația de a furniza minorilor acces la informații privind serviciile de avort⁴⁸⁸. Acest drept include informații necesare pentru a stabili legalitatea accesului unei femei la servicii de avort terapeutic⁴⁸⁹. În plus, dreptul de acces la informații necesită consimțământul individului, important în domeniul sănătății sexuale

481. CtEDO. Shopov v. Bulgaria. Cererea nr. 11373/04. 2 septembrie 2010.

482. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

483. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

484. CtEDO. Herczegfalvy v. Austria. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992.

485. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

486. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

487. CtEDO. Costa și Pavan v. Italia. Cererea nr. 54270/10. 28 august 2012; vedeți CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

488. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

489. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 20 martie 2007.

și reproductive. De exemplu, CtEDO a considerat că sterilizarea fără consimțământ este inacceptabilă și consimțământul complet și informat este obligatoriu conform Articolului 8⁴⁹⁰.

Mai mult, eforturile unui stat de a preveni organizațiile să distribuie informații privind serviciile de avort constituie o încălcare a dreptului la acces la informații⁴⁹¹. Curtea a constatat că aceste restricții au încălcat atât dreptul organizației de a distribui informații cât și dreptul indivizilor de a primi aceste informații, ambele protejate de Articolul 10⁴⁹².

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL DE ACCES LA INFORMAȚII

K.H. și Alții v. Slovacia (CtEDO) (2009). Opt femei de origine romă nu au mai putut concepe copii după ce au fost tratate în secții de ginecologie din două spitale publice diferite și au suspectat că au fost sterilizate în timpul șederii în aceste spitale. Acestea s-au plâns de faptul că nu au putut obține fotocopii ale fișelor lor medicale. Curtea a concluzionat că doar furnizarea accesului la vizionarea fișelor, fără furnizarea de fotocopii ale fișelor medicale ale reclamantelor, constituie o încălcare a Articolului 8⁴⁹³.

Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda (CtEDO) (1992). Reclamantele au fost două companii irlandeze care s-au plâns de faptul că au fost împiedicate, prin intermediul unui ordin judecătoresc, să furnizeze femeilor însărcinate informații privind serviciile de avort disponibile în străinătate. Curtea a constatat că restricția impusă companiilor reclamante a creat un risc pentru sănătatea femeilor care nu dețineau resursele sau educația pentru a solicita și utiliza mijloace alternative pentru obținerea informațiilor despre avort. În plus, dat fiind faptul că aceste informații erau disponibile în altă parte și că femeile din Irlanda ar fi putut, în principiu, să călătorească în Marea Britanie pentru a obține servicii de avort, restricția a fost în mare parte ineficientă. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 10⁴⁹⁴.

R.R. v. Polonia (CtEDO) (2011). O mamă a doi copii era însărcinată cu un copil considerat a suferi de o anomalie genetică gravă și i s-a refuzat deliberat accesul la timp la testele genetice pe care avea dreptul să le facă, de către medici care se opuneau avortului. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 8, deoarece legea poloneză nu includea niciun mecanism eficient ce ar fi permis solicitantei accesul la serviciile de diagnostic disponibile și de a lua, în lumina rezultatelor acestora, o decizie informată cu privire la solicitarea unui avort⁴⁹⁵.

3.3.4 DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

Dreptul la integritate corporală garantează libertatea individului împotriva vătămării corporale sau oricărui tip de intervenție. Majoritatea cazurilor privind încălcarea integrității fizice sau corporale în unitățile de asistență medicală au fost analizate conform drepturilor înrudite ce includ dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3), dreptul la viața privată (CEDO, Art. 8) și dreptul la cele mai înalte standarde de sănătate posibile (CSE, Art. 11). Curtea a judecat cazuri implicând administrarea forțată de medicamente (inclusiv injecții), hrănire forțată și sterilizări fără consimțământ, din perspectiva dreptului la viață privată (CEDO, Art. 8)⁴⁹⁶ și dreptului de a nu fi supus torturii sau tratamentelor inumane ori degradante (CEDO, Art. 3)⁴⁹⁷.

490. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

491. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

492. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererea nr. 14234/88; 14235/88. 29 octombrie 1992.

493. CtEDO. K.H. și Alții v. Slovacia. Cererea nr. 32881/04. 6 noiembrie 2009.

494. CtEDO. Open Door și Dublin Well Woman v. Irlanda. Cererile nr. 14234/88; 14235/88. 29. 29 octombrie 1992.

495. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 28 noiembrie 2011.

496. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 iunie 2005; X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012; V.C. v. Slovacia. Cererea Nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011.

497. CtEDO. Ciorap v. Moldova. Cererea nr. 12066/02. 19 iunie 2007; V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 noiembrie 2011. Gorobet v. Moldova. Cererea nr. 30951/01. 11 octombrie 2011.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante..
- **Art. 5(1):** Orice persoană are dreptul la libertate și la siguranță. Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale: ... (e) dacă este vorba despre detenția legală a unei persoane susceptibile să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond. ...
- **Art. 8:**
 - 1) Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
 - 2) Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.

▶ Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene⁴⁹⁸,

- **Art. 3(1)** (Dreptul la integritatea persoanei): Orice persoană are dreptul la integritate fizică și psihică.

▶ Recomandarea CE No. R (2004) 10⁴⁹⁹,

- **Art. 18 (Criteriile pentru Tratament Involuntar):** O persoană poate fi supusă tratamentului involuntar doar dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:
 - i) Persoana suferă de o tulburare mintală;
 - ii) Starea persoanei reprezintă un risc important de vătămare gravă a sănătății sale sau a altor persoane;
 - iii) Nu sunt disponibile măsuri mai puțin intruzive de furnizare a asistenței corespunzătoare;;
 - iv) Opinia persoanei implicate a fost luată în considerare.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁵⁰⁰

- 1.1 Fiecare are dreptul la respect al persoanei sale ca ființă umană.
- 1.3 Fiecare are dreptul la integritate fizică și mentală și la securitatea propriei sale persoane.
- 3.1 Acordul informat al pacientului este un imperativ pentru orice intervenție medicală.
- 3.2 Un pacient are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală.
- 3.5 Atunci când se cere consimțământul reprezentantului legal, pacienții (fie ei minori sau adulți) trebuie oricum să fie implicați în procesul de luare a deciziei, atât cât permite capacitatea lor de înțelegere.
- 3.9 Consimțământul informat al pacientului este necesar pentru participarea la procesul de învățământ medical clinic.
- 3.10 Consimțământul informat al pacientului este imperativ pentru participarea sa la cercetarea științifică.
- 5.10 Pacienții au dreptul de a-și ușura suferințele în conformitate cu starea actuală a cunoștințelor.

498. Monitorul Oficial al Comunităților Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

499. CoE. Recomandarea Nr. R (2004) 10. 22 septembrie 2002.

500. WHO. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

5.11 Pacienții au dreptul la îngrijiri terminale umane, pentru a putea muri cu demnitate.

▶ **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁵⁰¹

- **Art. 4 (Dreptul la Consimțământ):** Fiecare individ are dreptul la toate informațiile care îi pot permite să participe activ în luarea deciziilor referitoare la sănătatea proprie; această informație este o condiție prealabilă oricărei proceduri sau tratament, inclusiv participarea la o cercetare științifică.
- **Art. 5 (Dreptul la Liberă Alegere):** Fiecare individ are dreptul la liberă alegere între diferite proceduri de tratament și furnizori, pe baza informării adecvate.
- **Art. 11 (Dreptul de a Evita Suferința și Durerea Inutilă):** Fiecare individ are dreptul de a evita atât cât se poate suferința și durerea, în fiecare stadiu al bolii sale.

▶ **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina**⁵⁰²,

- **Art. 5:** O intervenție în domeniul sănătății poate fi făcută numai după ce persoana respectivă și-a dat consimțământul în mod liber și în cunoștință de cauză.

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății mintale

CtEDO a recunoscut necesitatea protejării integrității fizice și psihice a pacienților cu probleme de sănătate mintală. Problemele privind dreptul unui pacient cu probleme de sănătate mintală la integritate corporală sunt adesea ridicate și tratate în conjuncție cu dreptul la libertatea și siguranța persoanei și libertatea împotriva torturii. De exemplu, în *Stork v. Germania*, Curtea a analizat tratamentul forțat al pacientului din prisma dreptului la libertatea și siguranța persoanei, recunoscând obligația Statului de a proteja integritatea fizică a individului și subliniind necesitatea ca instituțiile de psihiatrie să evalueze regulat dacă subzistă temeiul tratamentului administrat pacienților lor⁵⁰³.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

M.S. v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). Acest caz a implicat detenția unui bărbat suferind de o boală psihică în custodia poliției timp de peste trei zile. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 3, considerând că, deși nu a existat neglijență intenționată din partea poliției, detenția prelungită a reclamantului fără tratament psihiatric corespunzător a afectat demnitatea sa umană⁵⁰⁴.

Shopov v. Bulgaria (CtEDO)(2010). Curtea a constatat că guvernul a încălcat Articolul 5(1) în cazul reclamantului forțat să se supună unui tratament psihiatric timp de peste cinci ani, prin depășirea de către procuror și poliție a limitelor unei decizii judecătorești naționale, care dispunea tratamentul într-o clinică ambulatorie și nu într-un spital psihiatric⁵⁰⁵.

501. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

502. CoE. Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina. 4 aprilie 1997.

503. CtEDO. *Stork v. Germania*. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

504. CtEDO. *M.S. v. Marea Britanie*. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012

505. CtEDO. *Shopov v. Bulgaria*. Cererea nr. 11373/04. 2 decembrie 2010.

Storck v. Germania (CtEDO) (2005). Curtea a constatat că reținerea pacientului bolnav psihic într-un spital psihiatric și tratamentul forțat au încălcat Articolul 5(1), deoarece reținerea nu fusese dispusă de instanță. Curtea a subliniat responsabilitatea Statului de a proteja persoanele vulnerabile (cum ar fi pacienții cu probleme de sănătate mintală) și a concluzionat că măsurile retrospective de protecție a acestor indivizi împotriva privării ilegale de libertate au fost insuficiente⁵⁰⁶.

X. v. Finlanda (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că internarea și tratamentul forțat al unui pediatru într-un spital de boli psihice nu au îndeplinit garanțiile corespunzătoare împotriva arbitrariului și, prin urmare, au reprezentat o încălcare a Articolului 5⁵⁰⁷.

Dreptul la integritate corporală în contextul bolilor contagioase

Dreptul la integritate corporală devine relevant în special în cazurile în care indivizii cu boli contagioase sunt supuși măsurilor coercitive, precum carantina și tratamentul forțat. CtEDO a stabilit că, în conformitate cu Articolul 5 din CEDO, criteriile esențiale pentru determinarea legalității privării de libertate a unei persoane „pentru prevenirea răspândirii bolilor contagioase” sunt:

- Răspândirea bolii contagioase reprezintă un pericol față de sănătatea și siguranța publică;
- Este modul cel mai puțin restrictiv de prevenire a răspândirii bolii pentru protejarea interesului public; și
- Atât pericolul răspândirii bolii contagioase, cât și caracterul de măsură cel mai puțin restrictivă al detenției trebuie să persiste pe toată durata detenției.

CAZ PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

Enhorn v. Suedia (CtEDO) (2005). Curtea a constatat o încălcare a Articolului 5(1)(e) în cazul unei persoane care trăiește cu HIV plasată nevoluntar într-un spital timp de aproape un an și jumătate după ce a transmis virusul unui alt bărbat în urma unui raport sexual. Curtea a concluzionat că izolarea obligatorie nu a fost cea mai puțin restrictivă măsură disponibilă pentru a-l împiedica să răspândească virusul HIV, și, prin urmare, autoritățile nu au găsit un echilibru între necesitatea asigurării faptului că virusul HIV nu era răspândit și dreptul reclamantului la libertate⁵⁰⁸.

Dreptul la integritate corporală în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul la integritate corporală garantează dreptul persoanei de a controla propriul corp și sănătatea sa și este relevant în ceea ce privește aspectele privind sănătatea sexuală și reproductivă, cum ar fi sterilizarea forțată, mutilarea genitală și avortul. Comisia Europeană a UE s-a angajat să pună capăt violenței împotriva femeilor și mutilării genitale a femeilor (MGF), recunoscând-o ca pe o încălcare a drepturilor omului în cazul femeilor și a Convenției Internaționale cu privire la Drepturile Copilului (CDC)⁵⁰⁹. Consiliul UE a declarat: „[MGF] constituie o încălcare a dreptului fundamental la viață, libertate, siguranță, demnitate, egalitate între femei și bărbați, nediscriminare și integritate fizică și psihică.” (subliniere adăugată)⁵¹⁰.

În timp ce aceste aspecte sexuale și reproductive implică direct dreptul la integritate corporală, ele au

506. CtEDO. Storck v. Germania. Cererea nr. 61603/00. 16 septembrie 2005.

507. CtEDO. X. v. Finlanda. Cererea nr. 34806/04. 19 noiembrie 2012.

508. CtEDO. Enhorn v. Suedia. Cererea nr. 56529/00. 25 ianuarie 2005.

509. Comisia Europeană. Comunicare a Comisiei către Parlamentul European și Consiliu: Privind eliminarea mutilării genitale a femeilor. 25 noiembrie 2013.

510. Consiliul UE. Concluzia Consiliului privind combaterea violenței împotriva femeilor și furnizarea de servicii de suport pentru victimele violenței domestice. 6 decembrie 2012. par. 1.

fost abordate de către CtEDO fie în lumina dreptului la viața privată (CEDO, Art. 8), fie în cea a dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Art. 3).

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA INTEGRITATE CORPORALĂ

I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că sterilizarea a două femei de etnie romă fără consimțământul complet și informat al acestora a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a considerat de asemenea că eșecul guvernului de a efectua o investigație oficială eficientă în ceea ce privește sterilizările a reprezentat o încălcare procedurală a Articolului 3⁵¹¹.

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că sterilizarea unei femei într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a constatat că reclamanta a trăit sentimente de frică, angoasă și sentimente de inferioritate ca rezultat al sterilizării sale. Deși nu a existat nici o dovadă că personalul medical implicat a intenționat să o maltrateze, acțiunile ei au reprezentat o încălcare gravă a dreptului reclamantei la autonomie și alegere în calitate de pacient⁵¹².

3.3.5 DREPTUL LA VIAȚĂ

Deoarece dreptul la viață are legătură cu drepturile pacienților, CtEDO a recunoscut obligații pozitive, în plus față de obligația Statului de a se abține de la a lua intenționat și ilegal viața unui individ⁵¹³. CtEDO a clarificat faptul că Articolul 2 din CEDO impune ca statul să ia măsurile necesare pentru a proteja viețile celor care locuiesc în jurisdicția sa, ceea ce include obligațiile de a stabili un sistem judiciar eficient și de a investiga decesele, altele decât cele rezultate din cauze naturale⁵¹⁴. În mod specific, în cazurile deceselor survenite în timpul asistenței medicale, este necesară crearea unor reglementări care să oblige spitalele publice și private: 1) să adopte măsuri pentru protejarea vieții pacienților, și 2) să se asigure că, în cazul profesiei medicale, cauza decesului poate fi determinată printr-un „sistem judiciar independent și eficient” astfel încât persoanele responsabile să poată fi trase la răspundere. Procedurile de drept civil pot fi suficiente în caz de neglijență medicală, cât timp pot stabili răspunderea și pot oferi un remediu corespunzător, cum ar fi despăgubirile⁵¹⁵. În plus, statul este obligat să reglementeze și să monitorizeze instituțiile private de asistență medicală.

În ceea ce privește plângerile în legătură cu neglijența medicală, CtEDO a considerat că în cazul în care statul „a luat măsurile corespunzătoare pentru asigurarea unor standarde profesionale înalte printre profesioniștii în domeniul sănătății și protejarea vieților pacienților [Curtea] nu poate accepta ca aspecte precum eroarea de judecată din partea unui profesionist în domeniul sănătății sau coordonarea neglijenței a profesioniștilor în domeniul sănătății în timpul tratamentului unui anumit pacient, să fie suficiente prin ele însele pentru a trage la răspundere un stat semnatar din punctul de vedere al obligațiilor sale pozitive de a proteja viața, conform Articolului 2 din Convenție.”⁵¹⁶ Mai mult, date fiind problemele recunoscute ce reies din alocarea resurselor limitate pentru asistența medicală și reticența generală a CtEDO de a

511. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. 29 aprilie, 2013; vedeți CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

512. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

513. CtEDO. Powell v. Marea Britanie. Cererea Nr. 45305/99. 4 mai 2000. (plângerea unor părinți conform căreia circumstanțele din jurul pretinsei falsificări a evidențelor medicale ale fiului lor și eșecul autorităților de a investiga această problemă în mod corespunzător au dus la o încălcare a Articolului 2 (1) a fost declarată inadmisibilă).

514. A se vedea CtEDO. Nitecki v. Polonia. Cererea nr. 65653/01. 21 martie 2002; CtEDO. Erikson v. Italia. Cererea nr. 37900/97. 26 octombrie 1999.

515. CtEDO. Calvelli și Ciglio v. Italia. Cererea nr. 32967/96. 17 ianuarie 2002. (Opiniile separate din hotărâre au fost în favoarea utilizării procedurilor penale. Cu privire la fapte, prin acceptarea reparării prejudiciului în procedură civilă cu privire la decesul copilului lor, reclamantii și-au blocat singuri accesul la cele mai bune mijloace de determinare a responsabilității medicului implicat).

516. CtEDO. Wiater v. Polonia. Cererea nr. 42990/08. 15 mai 2012. par. 34.

sanționa statele pentru impactul deciziilor lor economice, se va constata, cel mai probabil, o încălcare a dreptului la viață pentru refuzul asistenței medicale doar în cazuri excepționale⁵¹⁷. Cu toate acestea, CtEDO a considerat că poate apărea o problemă în legătură cu acest drept „în cazul în care se arată că autoritățile ... au pus în pericol viața unui individ prin refuzul asistenței medicale pe care s-au obligat să o pună la dispoziția populației în general”⁵¹⁸— cu alte cuvinte, atunci când există obligații preexistente, acestea trebuie aplicate în mod nediscriminatoriu.

Este de remarcat faptul că CtEDO a lăsat, de asemenea, deschisă posibilitatea ca dreptul la viață să fie aplicabil într-o situație în care trimiterea unei persoane în fază terminală înapoi în țara de origine ar putea să îi scurteze grav viața sau ar putea reprezenta tratament crud și inuman din cauza unităților medicale necorespunzătoare⁵¹⁹. Mai mult, până în prezent au existat doar câteva decizii de fond privind eutanasia⁵²⁰.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

- **Art. 2(1):** Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat, decât în executarea unei sentințe capitale pronunțate de un tribunal când infracțiunea este sancționată cu această pedeapsă prin lege.

Dreptul la viață în contextul sănătății mintale

CtEDO a considerat că dreptul la viață poate impune datoria autorităților de a proteja persoanele în custodie, inclusiv cazurile în care riscul derivă din auto-agresiune⁵²¹. CtEDO va considera dacă autoritățile cunoșteau sau ar fi trebuit să cunoască faptul că persoana „prezenta un risc real și imediat de suicid și, dacă da, dacă au făcut tot ceea ce ar fi putut face în mod rezonabil pentru a preveni acel risc.”⁵²²

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Çoşelav v. Turcia (CtEDO) (2013). Un minor deținut într-o închisoare pentru adulți s-a sinucis. Curtea a concluzionat că a existat o încălcare a dreptului la viață, constatând că autoritățile nu numai că au fost indiferente la problemele psihologice grave ale acestuia, dar au fost și responsabile pentru deteriorarea stării sale psihice prin reținerea acestuia într-o închisoare cu deținuți adulți, fără a pune la dispoziție asistență medicală sau de specialitate, toate acestea conducând la suicid⁵²³.

Reynolds v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). La internarea voluntară, un pacient cu diagnostic de schizofrenie a fost clasificat cu risc scăzut de sinucidere de către instituția psihiatrică. Pacientul spunea că aude voci care îi spun să se sinucidă și ulterior a sărit de la fereastră și a decedat. Curtea a determinat

517. CtEDO. Nitecki v. Polonia. Cererea nr. 65653/01. 21 martie 2002 (având în vedere că statul furnizase solicitantului tratament și facilități medicale, inclusiv acoperirea unei părți mari din costul medicamentelor necesare, Curtea nu a constatat nicio încălcare a Articolului 2 – autoritățile au plătit 70 la sută din costul medicamentelor de salvare a vieții prescrise solicitantului, cu așteptarea ca cel din urmă să plătească restul); a se vedea CtEDO. Pentiacova v. Moldova. Cererea nr. 14462/03. 4 ianuarie 2005. (hemodializă); CtEDO. Wiater v. Polonia. Cererea nr. 42990/08. 15 mai 2012. (medicație pentru tratarea narcolepsiei); CtEDO. Sentges v. Olanda. Cererea nr. 27677/02. 8 iulie 2003 (braț robotic).

518. CtEDO. Cipru v. Turcia. Cererea nr. 25781/94. 10 mai 2001.

519. CtEDO. D v. Marea Britanie. Cererea nr. 30240/96. 2 mai 1997. (problemele conform Articolului 2 nu au putut fi distinse de cele ridicate conform Articolului 3).

520. Vedeti CtEDO. Koch v. Germania. Cererea nr. 19 iulie 2012; CtEDO. Haas v. Elveția. Cererea nr. 31322/07. 20 ianuarie 2011; CtEDO. Pretty v. Marea Britanie. Cererea nr. 2346/02. 29 aprilie 2002.

521. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

522. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

523. CtEDO. Çoşelav v. Turcia. Cererea nr. 1413/07. 18 martie 2013.

că dreptul la viață a fost încălcat, deoarece nu au fost luate măsurile corespunzătoare pentru protejarea pacientului și deoarece căile interne de atac nu i-au dat posibilitatea reclamantei (mama pacientului) de a solicita daune morale pentru decesul fiului ei⁵²⁴.

Dreptul la viață în contextul bolilor contagioase

CtEDO a abordat dreptul la viață în raport cu bolile contagioase în contextul detenției. Curtea a recunoscut responsabilitatea Statului de a furniza tratament medical corespunzător celor aflați în detenție. Eșecul acestuia în cazurile ce implică decesul deținutului poate avea ca rezultat încălcarea dreptului la viață.⁵²⁵ Cu toate acestea, pentru ca obligațiile pozitive corelative ale statului privind furnizarea tratamentului medical să se nască, statul trebuie să aibă cunoștința de necesitățile medicale ale deținutului. Cu toate acestea, acest lucru nu conferă statului dreptul de a ignora afecțiunea deținutului. Pe de altă parte, poate apărea obligația deținutului de a informa statul despre afecțiunea sa pentru a se putea procura tratamentul medical corespunzător⁵²⁶.

CAZURI PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Oyal v. Turcia (CtEDO) (2010). Un sugar a fost infectat cu HIV în timpul unei transfuzii de sânge, într-un spital public. Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viață întrucât statul avea la dispoziție remedii necorespunzătoare prevăzute de legislația internă pentru neglijența personalului spitalului, care nu a testat sângele în mod adecvat și nu a verificat donatorii într-un mod eficient⁵²⁷.

Salakhov și Islyamova v. Ucraina (CtEDO) (2013). Curtea a constatat o încălcare a dreptului la viață în cazul unui deținut cu statut HIV pozitiv care nu a primit tratament medical corespunzător, ducând la decesul acestuia⁵²⁸.

Dreptul la viață în contextul sănătății sexuale și reproductive

CtEDO a lăsat determinarea juridică a momentului în care începe viața, în ce privește embrionii, la latitudinea statelor⁵²⁹. În plus, deoarece CtEDO nu aplică Articolul 2 din CEDO nenăscuților, problema avortului este astfel abordată conform dreptului la respect pentru viața privată și de familie, în conformitate cu Articolul 8 din CEDO. Curtea nu a interpretat Articolul 8 ca acordând dreptul la avort⁵³⁰. Cu toate acestea, Curtea a recunoscut că guvernul este responsabil de furnizarea cadrului legal (inclusiv „procedura[rile] accesibilă[e] și eficientă[e]”) pentru a determina accesul la avort legal, inclusiv procedurile pentru soluționarea litigiilor dintre femeile care solicită servicii de avort și medici⁵³¹.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA VIAȚĂ

Byrzykowski v. Polonia (CtEDO) (2006). Curtea a constatat că investigația tergiversată în cazul decesului unei femei în urma unei operații de cezariană a reprezentat o încălcare a dreptului la viață, considerând că „investigarea promptă a cazurilor privind decesul în unități spitalicești” este necesară conform aspec-

524. CtEDO. Reynolds v. Marea Britanie. Cererea nr. 2694/08. 13 iunie 2012.

525. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

526. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

527. CtEDO. Oyal v. Turcia. Cererea nr. 4864/05. 23 iunie 2010.

528. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013.

529. CtEDO. Evans v. Marea Britanie. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

530. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

531. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

tului procedural al acestui drept, deoarece aceste informații pot fi difuzate personalului medical al instituției „pentru a preveni repetarea erorilor similare și contribuind astfel la siguranța utilizatorilor tuturor serviciilor medicale”⁵³².

Evans v. Marea Britanie (CtEDO) (2007). Reclamanta suferea de cancer ovarian și a fost supusă unei fertilizări in-vitro înainte de îndepărtarea ovarelor. Reclamanta și soțul acesteia au divorțat, iar fostul soț și-a retras consimțământul pentru utilizarea embrionilor și a solicitat ca aceștia să fie distruși conform contractului cu clinica. CtEDO nu a constatat nici o încălcare a dreptului la viață, considerând că embrionii creați nu aveau dreptul la viață⁵³³.

Vo v. Franța (CtEDO) (2004). Din cauza unei confuzii cu un alt pacient cu același nume de familie, sacul amniotic al solicitantei a fost perforat, determinând astfel necesitatea unui avort terapeutic. Aceasta a susținut că omorul neintenționat al copilului său ar fi trebuit clasificat caucidere din culpă. Curtea nu a constatat o încălcare a dreptului la viață, concluzionând că nu era de dorit sau posibil la acel moment să se pronunțe asupra unui copil nenăscut ca fiind o persoană conform Articolului 2 din CEDO⁵³⁴.

3.3.6 DREPTUL LA CEL MAI ÎNALT STANDARD DE SĂNĂTATE POSIBIL

CEDO nu conține un drept expres la sănătate, însă CtEDO a interpretat această prerogativă în lumina diferitelor drepturi protejate de CEDO, în special a dreptului la libertate împotriva torturii și tratamentelor săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante, libertății împotriva discriminării, și a dreptului la viața privată și de familie. Statele au datoria de a proteja sănătatea deținuților, iar lipsa tratamentului poate reprezenta o încălcare a Articolului 3, care interzice tortura, tratamentul sau pedepsele crude, inumane și degradante⁵³⁵. Cu toate acestea, un drept la sănătate este recunoscut expres în Articolul 11 din CSE, și conform celor de mai sus, CEDS a emis șapte sentințe bazate pe Articolul 11 până în prezent⁵³⁶ – din care doar una se încadrează într-unul din contextele examinate în prezentul ghid, și anume sănătatea sexuală și reproductivă⁵³⁷. Din acest motiv, jurisprudența prevăzută în prezenta secțiune este limitată la acest caz CEDS.

Conform CEDS, Articolul 11 include bunăstarea fizică și psihică în conformitate cu definiția sănătății din Constituția WHO⁵³⁸. Acest drept presupune ca Statele să asigure cea mai bună stare de sănătate posibilă pentru populație, conform cunoștințelor existente, iar sistemele de sănătate trebuie să răspundă corespunzător riscurilor de sănătate evitabile, adică cele controlate de acțiunile umane⁵³⁹. Sistemul de asistență medicală trebuie să fie accesibil tuturor persoanelor, iar aranjamentele pentru acces nu trebuie să conducă la întâzieri inutile în furnizare. Accesul la tratament trebuie să se bazeze pe criterii transparente, convenite la nivel național, având în vedere riscul de deteriorare fie a condiției clinice, fie a calității vieții.⁵⁴⁰ În plus, trebuie să existe personal și unități corespunzătoare – situația de a avea o densitate

532. CtEDO. *Byrzykowski v. Polonia*. Cererea nr. 11562/05. 27 septembrie 2006.

533. CtEDO. *Evans v. Marea Britanie*. Cererea nr. 6339/05. 10 aprilie 2007.

534. CtEDO. *Vo v. Franța*. Cererea nr. 53924/00. 8 iulie 2004.

535. CtEDO. *Hurtado v. Elveția*. Cererea nr. 17549/90. 28 ianuarie 1994; CtEDO. *Ilhan v. Turcia*. Cererea nr. 22277/93. 27 iunie 2000.

536. ESCR. *Federația Internațională a Ligilor pentru Drepturile Omului (FIDO) v. Grecia*. Plângerea colectivă nr. 72/2011. 23 ianuarie 2013; ESCR. *Defence for Children International (DCI) v. Belgia*. Plângerea colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012; ESCR. *Médecins du Monde - International v. Franța*. Plângerea colectivă nr. 67/2011. 11 septembrie 2012; ESCR. *Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația*. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009; ESCR. *Centrul European al Drepturilor Romilor (CEDR) v. Bulgaria*. Plângerea colectivă nr. 46/2007. 3 decembrie 2008; ESCR. *Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (FMDO) v. Grecia*. Plângerea colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006; ESCR. *Confédération Générale du Travail (CGT) v. Franța*. Plângerea colectivă nr. 22/2003. 8 decembrie 2004.

537. ESCR. *Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația*, Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009.

538. CoE. *Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale*. (XVII -2); *Concluzii* 2005. *Declarația interpretării Articolului 11*.

539. CoE. *Concluzii: Danemarca*. (XV-2).

540. CoE. *Concluzii: Regatul Unit*. (XV-2).

scăzută a paturilor de spital și liste de așteptare subminează accesul la servicii de sănătate adecvate pentru multe persoane⁵⁴¹. În consecință, condițiile șederii în spitale, inclusiv în cele psihiatrice, trebuie să fie satisfăcătoare și compatibile cu demnitatea umană⁵⁴².

În raport cu unitățile de consiliere și educaționale, CEDS a identificat două obligații cheie: 1) dezvoltarea unui simț al responsabilității individuale prin campanii de sensibilizare și 2) efectuarea de examene de screening gratuit și regulat, în special pentru boli grave⁵⁴³.

Directiva UE privind îngrijirile transfrontaliere (2011/24/UE) permite cetățenilor UE să solicite asistență medicală în alte state membre. Directiva este rezultatul unui număr de hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene privind cererile de rambursare a tratamentului medical în străinătate în baza principiilor liberei circulații.⁵⁴⁴ În esență, statele membre rămân responsabile pentru furnizarea de asistență medicală sigură, de înaltă calitate, eficiente și cantitative adecvate cetățenilor de pe teritoriul lor (Art. 4). În același timp, ele trebuie să respecte principiile juridice de bază. În cazul îngrijirii transfrontaliere, aceasta înseamnă aplicarea unor criterii obiective, nediscriminatorii, care ar trebui cunoscute în prealabil, precum și acordarea accesului la o procedură de reexaminare judiciară în cazul refuzării acordării asistenței medicale transfrontaliere, ținând cont de toate circumstanțe relevante. Rezultă că, atunci când există o întârziere, nu este permisă utilizarea listelor de așteptare ca un argument de planificare necesar pentru a refuza autorizarea, fără a lua în considerare antecedentele medicale, nevoile și gradul de durere al pacientului. În al doilea rând, deși autorizarea prealabilă încalcă principiile liberei circulații, aceasta poate fi justificată din motive de interes public, dar numai dacă pacientul are nevoie de asistență medicală spitalicească, și utilizarea unor tehnologii avansate (Art. 8).⁵⁴⁵ Nu este necesară vreo autorizație prealabilă pentru asistența medicală, în condiții de ambulator, în străinătate. Această restricție privind asistența medicală în staționar este rezultatul direct al hotărârilor anterioare a Curții de Justiție, deoarece se presupune că utilizarea asistenței medicale în condiții de ambulator în străinătate nu va afecta echilibrul financiar al sistemelor naționale de sănătate. În al treilea rând, obligația de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere este limitată la serviciile la care are dreptul persoana asigurată. Astfel, directiva respectă opțiunile etice fundamentale ale statelor membre. Dacă intervențiile medicale controversate (de exemplu, avortul, terapia cu celule stem) sunt excluse din pachetul de beneficii la domiciliu, nu se poate solicita rambursarea atunci când o astfel de intervenție este efectuată în străinătate (Art. 7, al. 1). În plus, nivelul de rambursare a costurilor de îngrijire a sănătății în străinătate este limitat la costurile asumate în statul membru de origine/statul de afiliere. În al patrulea rând, recunoașterea prescripțiilor dintr-un alt stat membru nu ar trebui să afecteze obligația profesională sau etică care ar impune farmacistului să elibereze prescripția medicală (Art. 11). În al cincilea rând, un nou element include instituirea punctelor naționale de contact pentru asistența medicală transfrontalieră (Art. 6), însărcinată cu furnizarea de informații privind furnizorii de asistență medicală, standardele de siguranță și de calitate, care ar permite alegerea în cunoștință de cauză a locurilor de primire a asistenței medicale în UE.

Pentru a atinge mobilitatea pacienților, art. 7 stipulează principiile cheie ale rambursării asistenței medicale transfrontaliere. În Țările de Jos, cazurile Smits/Peerbooms și Muller/Fauré au arătat clar că mecanismul de autorizare prealabilă aplicat în fosta Lege olandeză privind asigurările de sănătate nu era în conformitate cu legislația europeană.⁵⁴⁶ Argumentul privind sustenabilitatea financiară a justificat un mecanism restrictiv de contractare pentru îngrijirea medicală, așa cum este prevăzut de legislația olandeză.

541. CoE. Concluzii: Danemarca. (XV-2).

542. CoE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. (XVII -2); Concluzii 2005. Declarația interpretării Articolului 11; Concluzii 2005: România.

543. CoE. Dreptul la sănătate și Carta Socială Europeană.

544. E.g. Case C-120/95, Decker v. Caisse de maladie des employés privés, ECLI:EU:C:1998:167; Case C-158/96, Kohll v. Union des caisses de maladie, ECLI:EU:C:1998:171; Case C-368/98 Vanbraekel [2001] ECR I-5363; Case C-385/99 Müller-Fauré and Van Riet [2003] ECR I-4509; Case C-372/04 Yvonne Watts [2006] ECR I-4325; Case C-444/05 Stamatelaki [2007] ECR I-3185; Case C-512/08 European Commission v French Republic [2011] ECR I-8833; Case C-173/09 Elchinov [2010] ECR I-8889, and Case C-268/13 Petru ECLI:EU:C:2014:2271.

545. Alte motive care justifică autorizarea prealabilă sunt: tratamente care prezintă un risc special pentru pacient sau populație (art. 8 (2)(b) și asistența medicală prestată de un furnizor care, de la caz la caz, poate aborda preocupări serioase și specifice legate de calitatea sau siguranța îngrijirilor (art.8(2)(b)-(c)).

546. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ (C-157/99) [2001] E.C.R. I-5473; [2002] 2 C.M.L.R. 21; Muller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekerings UA (C-385/99) [2003] E.C.R. I-4509; [2004] 2 C.M.L.R. 33.

Cu toate acestea, legislația națională a aplicat o condiție prea restrictivă pentru autorizarea prealabilă (adică “normală în funcție de cercurile profesionale naționale”), care a fost înlocuită cu un criteriu mai obiectiv în sensul că tratamentul solicitat ar trebui să se bazeze pe dovezi în conformitate cu standardele internaționale. Noua Lege privind asigurările de sănătate din 2006 a încorporat hotărârea Curții de Justiție și a permis prioritizarea serviciilor în conformitate cu “standardele internaționale de știință și practică”.⁵⁴⁷

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

▶ Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene⁵⁴⁸,

- **Art. 35:** Orice persoană are dreptul de acces la asistență medicală preventivă și de a beneficia de îngrijiri medicale în condițiile stabilite de legislațiile și practicile naționale. În definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁵⁴⁹

1.6 Fiecare persoană are dreptul la o protecție a sănătății atât cât este disponibilă prin măsuri adecvate de prevenire a maladiilor și îngrijiri de sănătate, precum și la posibilitatea de a urmări atingerea celui mai înalt nivel de sănătate posibil.

5.3 Pacienții au dreptul la o calitate a îngrijirilor care este marcată atât de standarde tehnice ridicate, cât și de o relație umană între pacient și furnizorii de servicii de sănătate.

▶ CSE

- **Art. 11 – Dreptul la protecția sănătății:** În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice sau private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 - 1) să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 - 2) să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 - 3) să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidentele.
- **Art. 13 – Dreptul la asistență socială și medicală:** În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 - 1) să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 - 2) să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;

547. Besluit Zw art.2.1(2).

548. Monitorul Oficial al Comunităților Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

549. OMS. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

- 3) să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;
- 4) să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.

▶ **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**⁵⁵⁰

- **Art. 8 (Dreptul la Respectarea Standardelor de Calitate):** Fiecare pacient are dreptul să accedă la servicii de calitate ridicată pe baza specificării și respectării unor standarde precise.
- **Art. 9 (Dreptul la Siguranță):** Fiecare pacient are dreptul să fie protejat împotriva unor eventuale accidente sau leziuni produse de proasta funcționare a serviciilor de sănătate, malpraxis medical și greșeli, și trebuie să i se asigure dreptul la acces la servicii și tratament care îndeplinesc standardele de siguranță.
- **Art. 10 (Dreptul la Inovații):** Pacientul are dreptul la proceduri noi de diagnostic sau tratament, în concordanță cu standardele internaționale și fără constrângeri de natură economică sau financiară.

▶ **Directiva UE privind îngrijirile Transfrontaliere (2011/24/UE)**

CAPITOLUL III: RAMBURSAREA COSTURILOR ASISTENȚEI MEDICALE TRANSFRONTALIERE

- **Articolul 7. Principii generale pentru rambursarea costurilor**
 1. ... statul membru de afiliere asigură rambursarea costurilor suportate de o persoană asigurată care beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în statul membru de afiliere.
 2. Prin derogare de la alineatul 1:
 - (a) în cazul în care un stat membru figurează în anexa IV la Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și în conformitate cu regulamentul respectiv a recunoscut dreptul la prestații în caz de boală pentru pensionari și pentru membrii familiilor acestora, care își au reședința în alt stat membru, acesta le acordă asistență medicală în temeiul prezentei directive pe cheltuielile sale în timpul șederii acestora pe teritoriul său, în conformitate cu dispozițiile legislației sale, în aceleași condiții în care le-ar acorda asistență în cazul în care persoanele vizate și-ar avea reședința în statul membru care figurează în anexa respectivă;
 - (b) în cazul în care asistența medicală furnizată în conformitate cu prezenta directivă nu este supusă autorizării prealabile, nu este furnizată în conformitate cu titlul III capitolul 1 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și este acordată pe teritoriul unui stat membru care, potrivit regulamentului respectiv și Regulamentului (CE) nr. 987/2009, răspunde în ultimă instanță de rambursarea costurilor, costurile sunt suportate de respectivul stat membru. Acest stat membru poate suporta costurile asistenței medicale în conformitate cu termenii, condițiile, criteriile de eligibilitate și formalitățile de reglementare și administrative pe care le-a stabilit, cu condiția ca acestea să fie compatibile cu TFUE.
 3. Este responsabilitatea statului membru de afiliere să stabilească, la nivel local, regional sau național, asistența medicală pentru care persoana asigurată are dreptul la rambursarea costurilor și nivelul rambursării costurilor respective, indiferent de locul acordării asistenței medicale.

550. Rețeaua de Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

4. Costurile asistenței medicale transfrontaliere sunt rambursate sau plătite direct de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite. În cazul în care costul total al asistenței medicale transfrontaliere depășește nivelul costurilor care ar fi fost suportate în cazul în care asistența medicală ar fi fost acordată pe teritoriul său, statul membru de afiliere poate cu toate acestea decide să ramburseze costul total. Statul membru de afiliere poate decide să ramburseze alte costuri aferente, cum ar fi costurile de cazare și de călătorie sau costurile suplimentare pe care le-ar putea suporta persoanele cu dizabilități din cauza unuia sau a mai multor dizabilități atunci când beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, în conformitate cu legislația națională și cu condiția să existe o documentație suficientă în care să fie precizate aceste costuri.
5. Statele membre pot adopta dispoziții în conformitate cu TFUE care vizează asigurarea faptului că, atunci când primesc asistență medicală transfrontalieră, pacienții se bucură de aceleași drepturi pe care le-ar fi avut dacă ar fi primit asistență medicală într-o situație comparabilă în statul membru de afiliere.
6. În sensul alineatului 4, statele membre vor deține un mecanism transparent pentru calcularea costurilor asistenței medicale transfrontaliere care urmează să fie rambursate persoanei asigurate de către statul membru de afiliere. Acest mecanism se bazează pe criteriile obiective nediscriminatorii cunoscute în prealabil și aplicate la nivelul administrativ corespunzător (local, regional sau național).
7. Statul membru de afiliere poate impune unei persoane asigurate care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv asistența medicală primită prin intermediul telemedicinii, aceleași condiții, criteriile de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative, la nivel local, regional sau național, pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său. Aceasta poate include o evaluare de către un cadru medical sau un administrator de servicii medicale care furnizează servicii sistemului obligatoriu de securitate socială sau sistemului național de sănătate din statul membru de afiliere, cum ar fi medicul generalist sau medicul primar la care pacientul este înregistrat, dacă acest lucru este necesar pentru determinarea dreptului individual al pacientului la asistență medicală. Cu toate acestea, condițiile, criteriile de eligibilitate și formalitățile de reglementare și administrative impuse în temeiul prezentului alineat nu pot fi discriminatorii sau nu pot constitui un obstacol în calea liberei circulații a pacienților, serviciilor sau bunurilor, cu excepția cazului în care acest lucru este justificat în mod obiectiv de cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.
8. Statul membru de afiliere nu supune autorizării prelabile rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, cu excepția cazurilor prevăzute la articolul 8.
9. Statul membru de afiliere poate limita aplicarea normelor privind rambursarea pentru asistența medicală transfrontalieră pe baza unor motive imperative de interes general, cum ar fi cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.
10. Fără a aduce atingere alineatului 9, statele membre se asigură că asistența medicală transfrontalieră pentru care s-a acordat o autorizație prealabilă este rambursată conform autorizației.

11. Decizia de limitare a aplicării prezentului articol în conformitate cu alineatul 9 este limitată la ceea ce este necesar și proporționar și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea libertății de circulație a bunurilor, persoanelor sau serviciilor. Statele membre vor notifica Comisia cu privire la orice decizie de limitare a rambursării pe baza motivelor enumerate la alineatul 9. EN L 88/58 Jurnalul Oficial al Uniunii Europene 4.4.2011

- **Articolul 8 Asistență medicală care poate face obiectul autorizării prealabile**

1. Statul membru de afiliere poate prevedea un sistem de autorizare prealabilă pentru rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, în conformitate cu prezentul articol și cu articolul 9. Sistemul de autorizare prealabilă, inclusiv criteriile și aplicarea acestor criterii, precum și deciziile individuale de a refuza acordarea autorizației prealabile, se limitează la ceea ce este necesar și proporțional cu obiectivul care trebuie atins și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților.

2. Asistența medicală care poate face obiectul autorizării prealabile se limitează la asistență medicală care:

(a) face obiectul unor cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane și:

(i) presupune internarea în spital a pacientului în cauză pentru cel puțin o noapte; sau

(ii) necesită utilizarea unei infrastructuri sau a unui echipament medical foarte specializat și costisitor;

(b) implică tratamente care prezintă un risc deosebit pentru pacient sau pentru populație; sau

(c) este furnizată de un furnizor de servicii medicale care, de la caz la caz, ar putea genera preocupări serioase și specifice legate de calitatea sau siguranța îngrijirii, cu excepția asistenței medicale supusă legislației Uniunii care asigură un nivel minim de siguranță și calitate în Uniune

Statele membre notifică Comisiei categoriile de asistență medicală menționate la litera (a).

3. În ceea ce privește cererile de autorizare prealabilă depuse de o persoană asigurată pentru a beneficia de asistență medicală transfrontalieră, statul membru de afiliere verifică dacă au fost îndeplinite condițiile prevăzute de Regulamentul (CE) nr. 883/2004. În cazul îndeplinirii condițiilor, autorizarea prealabilă este acordată în temeiul regulamentului respectiv, cu excepția situației în care pacientul solicită contrariul.

4. Dacă un pacient care suferă sau este suspectat de a suferi de o afecțiune rară solicită o autorizare prealabilă, există posibilitatea efectuării unei evaluări clinice de către experți în domeniul în cauză. În cazul în care în statul membru de afiliere nu există experți sau dacă opinia expertului este neconcludentă, statul membru de afiliere poate solicita consiliere științifică.

5. Fără a aduce atingere alineatului (6) literele (a)-(c), statul membru de afiliere nu poate refuza să acorde autorizare prealabilă dacă pacientul are dreptul la asistență medicală respectivă, în conformitate cu articolul 7, și dacă această asistență medicală nu poate fi acordată pe teritoriul său într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, pe baza unei evaluări medicale obiective a stării de sănătate a pacientului, a istoricului și a evoluției probabile a bolii pacientului, a intensității durerii pacientului sau a naturii dizabilității pacientului în momentul în care a fost introdusă sau reînnoită cererea de autorizare.

6. Statul membru de afiliere poate refuza să acorde autorizare prealabilă din următoarele motive
 - (a) potrivit unei evaluări clinice, pacientul va fi expus, cu un grad rezonabil de certitudine, unui risc privind siguranța pacientului care nu poate fi considerat acceptabil, ținând seama de potențialul beneficiu al pacientului în urma asistenței medicale transfrontaliere urmărite;
 - (b) publicul larg va fi expus, cu un grad rezonabil de certitudine, unui risc ridicat privind siguranța, ca rezultat al asistenței medicale transfrontaliere în cauză;
 - (c) această asistență medicală este acordată de un furnizor de servicii medicale care generează preocupări serioase și specifice legate de respectarea standardelor și a orientărilor privind calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților, inclusiv dispoziții privind supravegherea, indiferent dacă aceste standarde și orientări sunt stabilite fie prin acte cu putere de lege și norme administrative, fie prin sistemele de acreditare instituite de statul membru în care se efectuează tratamentul;
 - (d) această asistență medicală poate fi acordată pe teritoriul său într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii fiecărui pacient vizat.
7. Statul membru de afiliere poate face publice tipurile de asistență medicală care fac obiectul unei autorizări prealabile în sensul prezentei directive, precum și orice informații relevante privind sistemul de autorizare prealabilă.

Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în contextul sănătății sexuale și reproductive

Conform CEDS, dreptul la sănătate conform Articolului 11 din CSE impune Statului „să ofere educație și să urmărească sensibilizarea opiniei publice cu privire la aspectele legate de sănătate”, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă⁵⁵¹. Această educație trebuie să fie disponibilă în școli pe durata întregului an școlar⁵⁵². CEDS consideră că educația de sănătate sexuală și reproductivă constituie „un proces care urmărește dezvoltarea capacității copiilor și tinerilor de a-și înțelege sexualitatea în dimensiunile ei biologice, psihologice, socio-culturale și reproductive, ceea ce le va permite să ia decizii responsabile cu privire la comportamentul în sănătatea sexuală și reproductivă.”⁵⁵³

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

Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația (CEDS) (2009). CEDS a constatat o încălcare a dreptului la sănătate în cazul statului croat care nu a furnizat elevilor din școlile publice educație adecvată, suficientă și nediscriminatorie privind sănătatea sexuală și reproductivă⁵⁵⁴.

551. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 43.

552. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 45.

553. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009). par. 46.

554. ESCR. Decizie pe fond: Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului (INTERIGHTS) v. Croația. Plângerea colectivă nr. 45/2007. 30 martie 2009).

3.3.7 DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI PEDEPSELOR SAU TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante impune statului să prevină și să pedepsească faptele de tratament inuman sau degradant și tortură, precum și să protejeze persoanele împotriva unor asemenea fapte. Acest drept a fost interpretat conform Articolului 3 (interzicerea torturii) din CEDO. CtEDO consideră acest drept ca fiind „una dintre valorile fundamentale ale societății democratice.”⁵⁵⁵

Este un drept ce nu poate fi interpretat în termeni absoluți, iar „maltratarea trebuie să atingă un nivel minim de gravitate pentru a se încadra în sfera Articolului 3”⁵⁵⁶. Conform Curții, „evaluarea acestui minim este relativă; depinde de toate circumstanțele cazului, cum ar fi durata tratamentului, efectele fizice și psihice și, în unele cazuri, sexul, vârsta și starea de sănătate a victimei”⁵⁵⁷. Exemple de încălcări ale Articolului 3 în contextul îngrijirii pacienților includ: detenția continuă a unei persoane suferind de cancer, cauzând „dificultăți deosebit de grave;”⁵⁵⁸ defecte semnificative în îngrijirile medicale furnizate unui prizonier cu boală psihică știindu-se riscul de sinucidere al acestuia⁵⁵⁹; și deficiențe sistematice în ceea ce privește decesul unei persoane dependente de heroină în închisoare⁵⁶⁰.

Îngrijirea medicală ce cauzează suferință gravă fără un motiv justificat poate fi considerată tratament sau pedeapsă săvârșită cu cruzime, inumană sau degradantă, iar dacă există o implicare a statului și o intenție specifică, aceasta reprezintă tortură. Fosta Comisie Europeană a Drepturilor Omului a declarat că „nu exclude faptul că lipsa de îngrijiri medicale într-un caz în care o persoană suferă de o afecțiune gravă ar putea reprezenta, în anumite circumstanțe, tratament contrar Articolului 3”⁵⁶¹. De fapt, CtEDO a considerat că necesitatea îngrijirilor medicale corespunzătoare și tratamentului în afara celui disponibil în închisoare ar putea justifica, în cazuri excepționale, eliberarea deținutului, în măsura aplicării restricțiilor adecvate, în interes public⁵⁶². Mai mult, simplul fapt că un medic a văzut deținutul și a prescris o anumită formă de tratament nu poate conduce automat la concluzia că îngrijirea medicală a fost corespunzătoare⁵⁶³. În plus, impactul combinat și cumulativ asupra deținutului atât al condițiilor de detenție, cât și a lipsei de îngrijiri medicale corespunzătoare pot reprezenta, de asemenea, o încălcare a Articolului 3⁵⁶⁴.

Cu toate acestea, cazurile medicale pe care CtEDO le-a examinat în raport cu Articolul 3 au avut tendința de a-i implica pe cei închiși fie (a) conform legii penale, fie (b) pe motive de sănătate mintală⁵⁶⁵. Cu privire la ambele forme de detenție, eșecul furnizării tratamentului medical corespunzător persoanelor private de libertate poate încălca Articolul 3 în anumite circumstanțe⁵⁶⁶. Încălcările au mai degrabă tendința de a reprezenta tratament inuman și degradant decât tortură. Dacă un individ suferă de maladii multiple,

555. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 39.

556. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 40.

557. CtEDO. *Hagyó v. Ungaria*. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 40.

558. ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002. (s-a constatat că detenția a reprezentat tratament inuman și degradant).

559. CtEDO. *Keenan v. Marea Britanie*. Cererea nr. 27229/95. 4 martie 2001. (s-a constatat eșecul trimerii la un psihiatru și lipsa notelor medicale).

560. ECtHR CtEDO. *McGlinchey și Alții v. Marea Britanie*. Cererea nr. 50390/99. 29 iulie 2003. (s-au constatat unități inadecvate pentru înregistrarea pierderii în greutate, lacune în monitorizare, eșecul luării măsurilor suplimentare inclusiv internarea în spital).

561. CtEDO. *Tanko v. Finlanda*. Cererea nr. 23634/94. 19 mai 1994.

562. CtEDO. *Wedler v. Polonia*. Cererea nr. 44115/98. 16 aprilie 2007; vedeți ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002.

563. CtEDO. *Hummatov v. Azerbaidjan*. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007; CtEDO. *Malenko v. Ucraina*. Cererea nr. 18660/03. 19 februarie 2009

564. CtEDO. *Popov v. Rusia*. Cererea nr. 26853/04. 13 iulie 2006; CtEDO. *Lind v. Rusia*. Cererea nr. 25664/05. 6 decembrie 2007; CtEDO. *Kalashnikov v. Rusia*. Cererea nr. 47095/99. 15 iulie 2002.

565. Unele dintre aceste interpretări pot fi relevante și în contextul persoanelor aflate în serviciul militar obligatoriu, deoarece aceste persoane sunt efectiv sub controlul Statului.

566. CtEDO. *Hurtado v. Elveția*. Cererea nr. 17549/90. 28 ianuarie 1994; CtEDO. *Ilhan v. Turcia*. Cererea nr. 22277/93. 27 iunie 2000.

riscurile asociate cu orice maladie de care suferă în timpul detenției pot crește și, de asemenea, frica acestuia față de aceste riscuri se poate intensifica. În aceste circumstanțe, absența asistenței medicale oportune și calificate, combinată cu refuzul autorităților de a permite o examinare medicală independentă a stării de sănătate a reclamantului, conduce la sentimentul puternic de nesiguranță al persoanei, care, combinat cu suferința fizică, poate reprezenta tratament degradant⁵⁶⁷.

Cu toate acestea, Articolul 3 nu poate fi interpretat ca stabilind o obligație generală de a elibera deținuții pe motive de sănătate. În schimb, CtEDO a reiterat „dreptul tuturor prizonierilor la condiții de detenție compatibile cu demnitatea umană, astfel încât să se asigure faptul că modul și metoda de executare a măsurilor impuse nu îi supun unor suferințe sau dificultăți cu o intensitate care să depășească nivelul inevitabil al suferinței inerente în detenție”⁵⁶⁸.

În cazul în care deținuții suferă de afecțiuni preexistente, este posibil să nu se poată stabili în ce măsură simptomele din momentul respectiv au rezultat din condițiile detenției impuse. Totuși, această incertitudine nu are importanță pentru a stabili dacă autoritățile și-au îndeplinit sau nu obligațiile conform Articolului 3. Prin urmare, dovada efectivă a efectelor condițiilor de detenție asupra sănătății deținutului nu reprezintă neapărat un factor major în analiza Curții⁵⁶⁹.

Tratamentul medical experimental poate reprezenta tratament inuman în absența consimțământului⁵⁷⁰. În general, intervențiile medicale obligatorii în interesul sănătății persoanei, dacă reprezintă „necesitate terapeutică din punctul de vedere al principiilor stabilite ale medicinei,” nu vor încălca Articolul 3⁵⁷¹. În aceste cazuri, totuși, necesitatea trebuie să fie „prezentată în mod convingător”, și trebuie să existe garanții procedurale corespunzătoare. Mai mult, nivelul forței utilizate nu trebuie să depășească nivelul minim de suferință / umilință ce ar putea reprezenta o încălcare a Articolului 3, incluzând tortura prevăzută de acest articol⁵⁷².

Acest drept impune de asemenea autorităților să se asigure că există o evidență completă privind starea de sănătate a deținutului și tratamentul pe care l-a primit în detenție⁵⁷³, precum și că diagnosticele și îngrijirile sunt prompte și exacte.⁵⁷⁴ Fișa medicală trebuie să conțină suficiente informații, specificând tipul de tratament prescris pacientului, tratamentul primit efectiv, persoana care a administrat tratamentul și momentul la care l-a administrat, modul în care a fost monitorizată starea solicitantului etc. În lipsa acestor informații, Curtea poate trage singură concluziile pe care le consideră adecvate.⁵⁷⁵ Existența contradicțiilor în fișele medicale a fost considerată ca ducând la o încălcare a Articolului 3.⁵⁷⁶

Este de menționat aici Comitetul European pentru Prevenirea Torturii (CPT), înființat de Convenția Europeană pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante și însărcinat cu monitorizarea respectării Articolului 3 din CEDO prin vizite periodice în locurile de detenție și instituții. Mandatul acestuia include închisori, centre de detenție pentru minori, spitale psihiatrice, centre de rețineră ale poliției și centre de rețineră ale serviciului de imigrări. CPT a stabilit standarde detaliate pentru implementarea politicilor bazate pe drepturile omului în închisori și a stabilit de asemenea repere de monitorizare⁵⁷⁷. CPT a subliniat impactul suprapopulării asupra sănătății prizo-

567. CtEDO. *Khudobin v. Rusia*. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

568. ESCR. *Mouisel v. Franța*. Cererea nr. 67263/01. 14 noiembrie 2002.

569. CtEDO. *Keenan v. Marea Britanie*. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001. (tratamentul unei persoanei cu probleme de sănătate mintală poate fi incompatibil cu standardele impuse de Articolul 3 cu privire la protecția demnității umane fundamentale, chiar dacă persoana nu poate arăta efecte negative specifice)

570. CtEDO. *X v. Danemarca*. Cererea nr. 9974/82. 2 martie 1983.

571. CtEDO. *Jalloh v. Germania*. Cererea nr. 54810/00. 11 iulie 2006.

572. CtEDO. *Nevmerzhihsky v. Ucraina*. Cererea nr. 54825/00. 5 aprilie 2005. (s-a constatat că hrănirea forțată a unui prizonier în greva foamei este inacceptabilă și reprezintă tortură); vedeți CtEDO. *Herczegfalvy v. Austria*. Cererea nr. 10533/83. 24 septembrie 1992. (s-a constatat că administrarea forțată de medicamente și alimentație unui prizonier violent aflat în greva foamei a respectat practicile medicale stabilite).

573. CtEDO. *Khudobin v. Rusia*. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

574. CtEDO. *Aleksanyan v. Rusia*. Cererea nr. 46468/06. 5 iunie 2009.

575. CtEDO. *Hummatov v. Azerbaidjan*. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007; CtEDO. *Melnik v. Ucraina*. Cererea nr. 72286/01. 28 iunie 2006; vedeți CtEDO. *Holomiov v. Moldova*. Cererea nr. 30649/05. 7 noiembrie 2006.

576. CtEDO. *Radu v. România*. Cererea nr. 34022/05. 3 octombrie 2012.

577. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante [CPT]. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

nierilor⁵⁷⁸. S-a subliniat de asemenea absența frecventă a luminii naturale și aerul curat insuficient în unități de detenție preventivă și impactul acestor condiții asupra sănătății deținuților⁵⁷⁹.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

- **Art. 3:** Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

▶ Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa⁵⁸⁰

- 1.3 Fiecare persoană are dreptul la integritate fizică și psihică și la securitatea propriei sale persoane.
- 5.10 Pacienții au dreptul de a-și ușura suferințele în conformitate cu starea actuală a cunoștințelor.
- 5.11 Pacienții au dreptul la îngrijiri terminale umane, pentru a putea muri cu demnitate.

▶ Carta Europeană a Drepturilor Pacienților⁵⁸¹,

- **Art. 11 (Dreptul de a Evita Suferință și Durere Inutilă):** Fiecare individ are dreptul să evite, atât cât se poate, suferința și durerea, în orice stadiu al bolii sale.

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante în contextul sănătății mintale

CtEDO recunoaște poziția specială a pacienților cu boli psihice în raport cu Articolul 3, în special atunci când aceștia sunt supuși detenției: „bolnavii psihici se află într-o poziție de vulnerabilitate specială și apar probleme evidente de respect față de demnitatea lor umană fundamentală atunci când aceste persoane sunt reținute de autorități”⁵⁸². Curtea a constatat că eșecul de a furniza tratament psihiatric în timpul detenției unei persoane ce necesită un astfel de tratament poate constitui tratament degradant, reprezentând astfel o încălcare a Articolului 3⁵⁸³. Curtea recunoaște, de asemenea, că pe lângă obligațiile pozitive ce pot apărea în contextul persoanelor reținute și care suferă de boli psihice (precum furnizarea serviciilor psihiatrice specializate), există și obligații negative, când Statul ar trebui să evite procedurile ce pot agrava afecțiunile persoanelor care suferă de boli psihice⁵⁸⁴. De exemplu, Statul ar trebui să evite plasarea deținuților cu boli psihice în regim de izolare, acest lucru putând agrava boala deținuțului și/sau putând prezenta un risc crescut de suicid⁵⁸⁵.

Statul este totodată responsabil pentru oferirea de condiții umane în raport cu detenția, incluzând controlul adecvat al temperaturii, alimentația și condițiile sanitare⁵⁸⁶. Curtea a constatat că există tratament degradant ce încalcă Articolul 3 în cazurile în care condițiile de viață în instituțiile ce găzduiesc pacienți bolnavi psihici sunt insuficiente⁵⁸⁷. Condițiile de viață insuficiente pot include eșecul din partea Statului de

578. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante. CPT. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

579. CoE. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante. CPT. Standardele CPT: secțiunile „de fond” ale Rapoartelor Generale CPT. (CPT/Inf/E [2002, rev. 2006]). Octombrie 2006.

580. OMS. Declarația Promovării Drepturilor Pacienților în Europa. 28 iunie 1994.

581. Rețeaua pentru Cetățenie Activă (RCA). Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Noiembrie 2002.

582. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

583. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

584. CtEDO. Renolde v. Franța. Cererea nr. 5608/05. 16 ianuarie 2009.

585. CtEDO. Renolde v. Franța. Cererea nr. 5608/05. 16 ianuarie 2009.

586. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

587. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

a oferi alimentație corespunzătoare, încălzire, îmbrăcăminte, condiții sanitare și servicii de sănătate⁵⁸⁸. Resursele financiare insuficiente din partea Statului pentru a oferi condiții de viață corespunzătoare nu vor servi ca justificare a eșecului în acest sens⁵⁸⁹.

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ DREPTUL DE A NU FI SUPUS TORTURII ȘI PEDEPSELOR SAU TRATAMENTELOR CRUDE, INUMANE ORI DEGRADANTE

Claes v. Belgia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că eșecul autorităților naționale de a oferi reclaman-tului îngrijiri corespunzătoare în timpul detenției sale de peste 15 ani în aripa de psihiatrie a închisorii constituie tratament degradant și, prin urmare, o încălcare a Articolului 3. Curtea a subliniat faptul că a existat o problemă structurală ca urmare a incapacității de a permite îngrijiri corespunzătoare pentru deținuții cu tulburări psihice, datorată lipsei de locuri în unități psihiatrice în alte părți⁵⁹⁰.

Keenan v. Marea Britanie (CtEDO) (2001). Reclamantul, suferind de paranoia, s-a sinucis în închisoare după ce a fost plasat într-o unitate de izolare, ca pedeapsă. Curtea a constatat că lipsa de supraveghere eficientă, lipsa de date psihiatrice explicate în evaluarea acestuia și deficiențele semnificative ale asistenței medicale furnizate au reprezentat o încălcare a Articolului 3. Mai mult, impunerea asupra acestuia a unei pedepse disciplinare grave, ce ar fi putut amenința rezistența sa fizică și morală, nu a respectat standardul de tratament necesar unei persoane care suferă de o boală psihică⁵⁹¹.

M.S. v. Marea Britanie (CtEDO) (2012). Acest caz a implicat detenția unui bărbat suferind de o boală psihică, reținut în custodia poliției timp de peste trei zile. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 3, considerând că, deși nu a existat neglijență intenționată din partea poliției, detenția prelungită a reclaman-tului fără tratament psihiatric corespunzător a afectat demnitatea sa umană⁵⁹².

Dreptul de a nu fi supus torturii și pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante în contextul bolilor contagioase

Persoanele care suferă de boli contagioase pot fi mai vulnerabile față de maltratare. Conform Articolului 3 din CEDO, guvernul are obligația de a asigura sănătatea și bunăstarea indivizilor aflați în detenție, ceea ce include furnizarea de asistență medicală necesară⁵⁹³. Implicarea acestui drept poate apărea în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV în închisori sau centre de detenție unde li se refuză tratamentul⁵⁹⁴. Atunci când lipsa acestei asistențe provoacă o urgență medicală sau expune în alt mod victima la „dureri grave sau prelungite”, încălcarea Articolului 3 poate reprezenta tratament inuman⁵⁹⁵. Cu toate acestea, chiar dacă aceste efecte specifice nu apar, constatarea unui tratament degradant se poate face și dacă umilierea a fost cauzată victimei de stresul și anxietatea provocate de lipsa asistenței medicale⁵⁹⁶. De exemplu, CtEDO a constatat că lipsa tratamentului medical pentru diferitele boli ale unei persoane (inclusiv TBC) contractate în închisoare au avut ca rezultat suferința psihică considerabilă a individului, afectându-i astfel demnitatea umană⁵⁹⁷.

588. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

589. CtEDO. Stanev v. Bulgaria. Cererea nr. 36760/06. 17 ianuarie 2012.

590. CtEDO. Claes v. Belgia. Cererea nr. 43418/09. 10 aprilie 2013.

591. CtEDO. Keenan v. Marea Britanie. Cererea nr. 27229/95. 3 aprilie 2001.

592. CtEDO. M.S. v. Marea Britanie. Cererea nr. 24527/08. 3 august 2012.

593. CtEDO. Salakhov și Islyamova v. Ucraina. Cererea nr. 28005/08. 14 martie 2013. par. 126; vedeți CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000.

594. CtEDO. E.A. v. Rusia. Cererea nr. 44187/04. 23 august 2013. (încălcarea Articolului 3 datorată lipsei asistenței medicale / tratamentului medical al infecției cu HIV a solicitantului pe perioada detenției).

595. CtEDO. McGlinchey și Alții v. Marea Britanie. Cererea nr. 50390/99. 29 iulie 2003.

596. CtEDO. Sarban v. Moldova. Cererea nr. 3456/05. 4 ianuarie 2006.

597. CtEDO. Hummatov v. Azerbaidjan. Cererea nr. 9852/03; 13413/04. 29 noiembrie 2007.

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

A.B. v. Rusia (CtEDO) (2011). Reclamantul, o persoană care trăia cu HIV în închisoare, nu a primit niciodată tratament antiretroviral pentru HIV și nici nu a fost internat într-un spital, din cauza lipsei de paturi. Personalul medical îl vizita rar și nu îi administra niciun fel de medicație în timpul vizitelor. Curtea a constatat că lipsa de asistență medicală a reprezentat o încălcare a Articolului 3⁵⁹⁸.

Khudobin v. Rusia (CtEDO) (2007). Fiind depistat cu HIV și suferind de multiple boli cronice, inclusiv epilepsie, hepatită virală și diferite boli psihice, reclamantul a contractat un număr de boli grave în timpul detenției în arest preventiv timp de peste un an, inclusiv rujeolă, bronșită și pneumonie acută. Solicitarea tatălui acestuia pentru o examinare medicală amănunțită a fost refuzată. Curtea a constatat că reclamantului nu i s-a acordat asistența medicală de care avea nevoie, încălcându-se Articolul 3. Deși Curtea a acceptat faptul că asistența medicală disponibilă în spitalele închisorilor nu este întotdeauna la același nivel ca în cele mai bune instituții medicale pentru publicul general, a subliniat totuși faptul că Statul era obligat să se asigure că sănătatea și bunăstarea deținuților era asigurată corespunzător, furnizându-le asistența medicală necesară⁵⁹⁹.

Logvinenko v. Ucraina (CtEDO) (2011). Curtea a concluzionat că reclamantul, o persoană cu HIV care ispășea o pedeapsă cu închisoare pe viață, a suferit un tratament inuman sau degradant ca rezultat al absenței supravegherii medicale cuprinzătoare și tratamentului pentru tuberculoză și HIV, ca și al condițiilor necorespunzătoare din închisoare. Curtea a constatat prin urmare o încălcare a Articolului 3⁶⁰⁰.

Vasyukov v. Rusia (CtEDO) (2011). Curtea a constatat că eșecul autorităților de diagnostic în mod corespunzător reclamantul cu tuberculoză contractată în timpul detenției și de a-i furniza acestuia asistența medicală corespunzătoare a reprezentat o încălcare a Articolului 3⁶⁰¹.

Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, inumane ori degradante în contextul sănătății sexuale și reproductive

CtEDO a recunoscut că femeile însărcinate ocupă o poziție de vulnerabilitate specială⁶⁰² și că accesul întârziat la tratament medical precum testele genetice (ale fătului) sau serviciile de avort poate constitui tratament degradant, care încalcă Articolul 3 din CEDO⁶⁰³. În plus, Curtea a recunoscut în mod repetat că sterilizarea forțată constituie tratament umilitor și degradant⁶⁰⁴. În cazul femeilor refugiate, CtEDO a subliniat că statele au obligația conform dreptului internațional, inclusiv Articolul 3 din CEDO, de a le proteja, garantându-le autorizația de a rămâne în stat dacă întoarcerea în țara natală le-ar putea supune unui risc real de a fi țintele unui tratament contrar Articolului 3, inclusiv mutilarea genitală a femeilor⁶⁰⁵.

598. CtEDO. A.B. v. Rusia. Cererea nr. 1439/06. 14 ianuarie 2011; vedeți și CtEDO. E.A. v. Rusia. Cererea nr. 44187/04. 23 august 2013; CtEDO. Yakovenko v. Ucraina. Cererea nr. 15825/06. 25 ianuarie 2008.

599. CtEDO. Khudobin v. Rusia. Cererea nr. 59696/00. 26 ianuarie 2007.

600. CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 ianuarie 2011.

601. CtEDO. Vasyukov v. Rusia. Cererea nr. 2974/05. 15 septembrie 2011.

602. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

603. CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013; vedeți și CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 26 mai 2011.

604. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012; CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 15966/04. 13 noiembrie 2012.

605. CtEDO. Collins și Akaziebie v. Suedia. Cererea nr. 23944/05. 8 martie 2007.

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

Aden Ahmed v. Malta (CtEDO) (2013). O solicitantă de azil a fost reținută și a suferit episoade de depresie, durere fizică recurentă, avort spontan și o infecție în timpul detenției. Curtea a constatat că respectivele condiții de detenție, combinate cu sănătatea fragilă a reclamantei, au reprezentat o încălcare a Articolului 3⁶⁰⁶.

I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat că sterilizarea a două femei de etnie romă fără consimțământul complet și informat al acestora a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a considerat, de asemenea, că eșecul guvernului de a efectua o investigație oficială eficientă referitoare la aceste sterilizări a reprezentat o încălcare procedurală a Articolului 3⁶⁰⁷.

V.C. v. Slovacia (CtEDO) (2012). Curtea a constatat că sterilizarea unei femei într-un spital public fără consimțământul informat al acesteia a reprezentat o încălcare a Articolului 3. Curtea a constatat că solicitanta a trăit sentimente de frică, angoasă și sentimente de inferioritate ca rezultat al sterilizării sale. Deși nu a existat nici o dovadă că personalul medical implicat a intenționat să o maltrateze, aceștia au acționat totuși cu desconsiderarea gravă a dreptului acesteia la autonomie și alegere în calitate de pacient⁶⁰⁸.

3.3.8 DREPTUL DE PARTICIPARE LA POLITICI PUBLICE

Dreptul de participare la politici publice a fost tratat ca un factor determinant al sănătății⁶⁰⁹; iar în contextul serviciilor de sănătate, este reprezentat de dreptul și oportunitatea fiecărei persoane de a participa la procesele politice și deciziile de politică ce afectează sănătatea și bunăstarea acesteia la nivel comunitar, național și internațional⁶¹⁰. Această oportunitate trebuie să fie semnificativă, sprijinită și oferită tuturor cetățenilor fără discriminare. Dreptul se extinde asupra participării la deciziile privind planificarea și implementarea serviciilor de sănătate, tratamentele corespunzătoare și strategiile de sănătate publică.

Nu există nici o prevedere explicită care să garanteze dreptul de participare la politicile publice în CEDO; cu toate acestea, Carta Europeană a Drepturilor Pacienților conține un „drept de a participa la elaborarea politicilor în domeniul sănătății” ce protejește „drepturile cetățenilor de a participa la definirea, implementarea și evaluarea politicilor publice privind protecția drepturilor de sănătate”. În plus, CtEDO a abordat restrângerea dreptului la vot al unor categorii specifice de persoane sub dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Articolul 3)⁶¹¹.

606. CtEDO. Aden Ahmed v. Malta. Cererea nr. 55352/12. 23 iulie 2013. par. 97-100.

607. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. 29 aprilie 2013; vedeți CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

608. CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012.

609. Halabi, Sam. Participarea și dreptul la sănătate: învățăminte din Indonezia. Jurnalul de Sănătate și Drepturile Omului [Participation and the right to health: lessons from Indonesia], Vol. 11, Nr. 1, P, 2009, p. 51.

610. CESCR, GC 14, par. 11. CDESC. Comentariul General CDESC Nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil. Doc. O.N.U. E/C.12/2000/4. 11 august 2000. par. 11.

611. Vedeți CtEDO. Hirst v. Marea Britanie (Nr. 2) Cererea nr. 74025/01. 6 octombrie 2005; vedeți și CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

PREVEDERI RELEVANTE

Recomandarea CE Nr. R (2000) 5 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală⁶¹²

Recomandă ca guvernele statelor membre:

- să asigure participarea cetățenilor în toate aspectele legate de sistemele de sănătate, la nivel național, regional și local și respectarea de către toți operatorii din sistemul de sănătate, inclusiv profesioniști, asigurători și autorități, a acestei participări;
- să ia măsuri pentru a reflecta în legislația internă orientările conținute în anexa la prezenta recomandare;
- să creeze structurile și politicile legale care să sprijine promovarea participării cetățenilor și drepturile pacienților, dacă acestea nu există deja;
- să adopte politicile care să creeze un mediu de susținere pentru creșterea, în ceea ce privește numărul de membri, orientarea și sarcinile organizațiilor civice de „utilizatori” ai asistenței medicale, dacă acestea nu există deja;
- să sprijine difuzarea cât mai largă a recomandării și memoriului explicativ, acordând o atenție specială tuturor indivizilor și organizațiilor care vizează implicarea în procesul de luare a deciziilor în asistența medicală.

Orientările din prezenta recomandare acoperă: participarea cetățeanului și a pacientului ca proces democratic; informarea; politici de susținere a participării active; și mecanismele corespunzătoare.

Recomandarea Nr. R (2006) 18 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind serviciile de sănătate într-o societate multiculturală⁶¹³

- 5.1. Trebuie dezvoltate și implementate programe de instruire a pacienților, pentru a spori participarea acestora în procesul de luare a deciziilor privind tratamentul și pentru a îmbunătăți rezultatele îngrijirilor în privința populațiilor multiculturale.
- 5.2. Trebuie dezvoltate și implementate programe culturale adecvate de promovare a sănătății și prevenire a bolilor, deoarece sunt indispensabile îmbunătățirii educației de sănătate în grupurile minorităților etnice, în ceea ce privește îngrijirile medicale.
- 5.3. Grupurile minorităților etnice trebuie încurajate să participe activ la planificarea serviciilor de sănătate (evaluarea nevoilor de sănătate ale minorităților etnice, dezvoltarea programelor), implementarea și evaluarea acestora.

Conferința de la Ljubljana privind Reformarea Asistenței Medicale⁶¹⁴,

- **Art. 5.3:** Reformele asistenței medicale trebuie să se adreseze nevoilor cetățenilor, luând în considerare așteptările acestora cu privire la sănătate și asistență medicală. Trebuie să asigure că vocea și alegerea cetățeanului influențează decisiv modul în care serviciile de sănătate sunt proiectate și operate. De asemenea, cetățenii trebuie să împartă răspunderea pentru propria sănătate.

612. CoE. Recomandarea Nr. R (2000) 5. 24 februarie 2000. Privind dezvoltarea structurilor pentru participarea cetățenilor și pacienților la procesul de luare a deciziilor în probleme de asistență medicală.

613. CoE. Recomandarea Nr. R (2006) 18 a Comitetului Miniștrilor. 8 noiembrie 2006.

614. Organizația Mondială a Sănătății [WHO]. Conferința de la Ljubljana privind reformarea asistenței medicale. 19 iunie 1996.

Dreptul de participare la politicile publice în contextul sănătății mintale

Conform dreptului de participare la politicile publice, persoanele cu probleme din sfera sănătății mintale au dreptul de a participa în nume propriu la viața publică, atâta timp cât legea le permite acest lucru, sau printr-un reprezentant⁶¹⁵. Legea poate totuși să împiedice unele persoane cu probleme de sănătate mintală să participe la viața publică, în cazul în care discernământul acestora este prea redus. Însă, restricțiile pot fi acceptate doar dacă sunt justificate legal, proporționale și dispuse de instanțele judecătorești⁶¹⁶. Capacitatea juridică a pacientului trebuie să se bazeze pe decizii oficiale⁶¹⁷.

Conform dreptului de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane și degradante (CEDO, Articolul 3), Curtea a constatat că eliminarea completă a dreptului de vot al persoanelor cu afecțiuni psihice (cele plasate sub tutelă parțială sau totală) poate încălca Articolul 3, chiar dacă măsura privind tutela luată față de aceste persoane este supusă periodic revizuirii judiciare⁶¹⁸. Curtea a considerat că „dacă o restricție a drepturilor fundamentale se aplică unui grup deosebit de vulnerabil al societății, care a suferit discriminare considerabilă în trecut, cum ar fi persoanele cu dizabilități mintale, atunci marja de apreciere a Statului este substanțial mai restrânsă, iar acesta trebuie să dețină motive temeinice pentru restricțiile în cauză.”⁶¹⁹

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL DE PARTICIPARE LA POLITICILE PUBLICE

Alajos Kiss v. Ungaria (CtEDO) (2010). În cazul unui reclamant cu tulburare bipolară plasat sub tutelă parțială, Curtea a constatat că legislația internă ce interzice persoanelor sub tutelă parțială sau completă să participe la alegeri încalcă Articolul 3 (interzicerea tratamentului degradant) din CEDO⁶²⁰.

Dreptul de participare la politicile publice în contextul bolilor contagioase

Persoanele cu afecțiuni contagioase, cum ar fi HIV/SIDA au dreptul de participare semnificativă la proiectarea și implementarea politicilor ce pot avea impact asupra lor⁶²¹. În calitatea lor de indivizi care sunt cel mai afectați de politicile publice destinate a proteja sănătatea publică împotriva bolilor contagioase, implicarea acestora este crucială în crearea unei politici publice cuprinzătoare și de succes, care nu doar protejează sănătatea comunității la scară largă, ci respectă și drepturile omului ale acestor indivizi.

Dreptul de participare la politicile publice în contextul sănătății sexuale și reproductive

Dreptul de participare la politicile publice este esențial pentru protejarea sănătății sexuale și reproductive a femeilor. Participarea categoriilor sociale cele mai afectate de politicile privind sănătatea sexuală și reproductivă ajută la asigurarea faptului că nevoile acestora sunt acoperite, cum ar fi cele legate de pla-

615. Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene [FRA]. Dreptul la participare politică a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și a persoanelor cu deficiențe intelectuale. Octombrie 2010.
616. Comisia Europeană pentru Democrație prin Drept (Comisia de la Veneția), Codul bunelor practici în materie electorală – Orientări și Raport Explicativ, adoptat de Comisia de la Veneția în sesiunea 52 (18-19 octombrie 2002). Opinia Nr. 190/2002, doc. CDL-AD (2002) 23 rev.
617. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.
618. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.
619. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.
620. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.
621. Vedeti Declarația Summit-ului SIDA de la Paris, 1 decembrie 1994; UNAIDS. Rezumatul politicii UNAIDS: O mai mare implicare a persoanelor care trăiesc cu HIV (GIPA). Martie 2007. p. 1.

nificarea familială și accesul la contraceptive. Pe lângă acordarea unui simț de îndreptățire, implicarea indivizilor afectați poate face politicile și eforturile de implementare mai adecvate din punct de vedere cultural și prin aceasta poate spori accesul indivizilor⁶²².

3.3.9 DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

Drepturile la egalitate și de a nu fi supus discriminării sunt importante din perspectiva îngrijirii pacienților și reprezintă componente esențiale ale dreptului la sănătate. CE a recunoscut și a subliniat „accesul eficient la asistența medicală pentru toate persoanele, fără discriminare” ca un „drept fundamental al omului”⁶²³. Articolul 14 din CEDO interzice discriminarea bazată pe „sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenență la o minoritate națională, avere, naștere sau orice altă situație”.

Important este faptul că, exceptând cazul în care statele au ratificat Protocolul Nr. 12 la CEDO (care interzice discriminarea și nu necesită coroborarea cu alte drepturi)⁶²⁴, Articolul 14 nu este o prevedere de sine stătătoare – trebuie argumentată prin coroborare cu una dintre celelalte prevederi substanțiale ale CEDO⁶²⁵. Din acest motiv, Curtea a examinat cererile bazate pe Articolului 14 numai în cazurile în care nu constatare deja o încălcare a prevederii principale.

Dreptul internațional privind discriminarea distinge discriminarea directă de discriminarea indirectă. „Discriminarea directă” se referă la măsurile discriminatorii care au menirea de a discrimina. „Discriminarea indirectă” se referă la „o practică, regulă, cerință sau condiție [ce] este aparent neutră”, dar are un impact negativ și disproporționat asupra unui grup de indivizi, fără justificare⁶²⁶. Conform dreptului UE, Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 (aplicabilă în contextul accesului la îngrijiri medicale) stabilește că „orice discriminare directă sau indirectă bazată pe originea rasială sau etnică, în ceea ce privește domeniile acoperite de această Directivă, va fi interzisă în întreaga Comunitate.”⁶²⁷ În această directivă, Articolul 2(2) definește „discriminarea directă” ca „manifestându-se atunci când o persoană este tratată mai puțin favorabil decât alta, ori a fost sau ar putea fi tratată, într-o situație comparabilă, pe baza originii rasiale sau etnice”. „Discriminarea indirectă” este definită ca „manifestându-se atunci când o prevedere, un criteriu sau o practică aparent neutră ar putea pune persoanele de origine rasială sau etnică într-un dezavantaj semnificativ în comparație cu alte persoane, cu excepția cazului în care acea prevedere, criteriu sau practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele atingerii aceluși scop sunt adecvate și necesare.” Mai mult, directiva înțelege că atât hărțuirea, cât și instigarea la discriminare constituie discriminare.

În contrast, CtEDO nu a făcut o astfel de distincție. Mai degrabă Curtea a stabilit un test pentru a determina dacă să analizeze cererea în baza Articolului 14 din CEDO. Deoarece o încălcare a Articolului 14 necesită coroborarea cu încălcarea altui drept protejat de CEDO (din nou, cu excepția cazului în care statul a ratificat Protocolul Nr. 12), Curtea trebuie să stabilească mai întâi dacă pretinsa discriminare constituie într-adevăr o încălcare a altui drept conform Convenției. În al doilea rând, Curtea trebuie să determine dacă a existat o încălcare a unei „prevederi substanțiale”. Dacă da, analiza Curții privind discriminarea este subsumată discuției privind acea prevedere. În al treilea rând, Curtea va determina dacă reclamantul a demonstrat o diferență în tratamentul său față de cel aplicat indivizilor aflați în situații similare, un

622. CRF și UNFPA. Lucrare de informare: Dreptul la Informații privind Contraceptivele și Servicii pentru Femei și Adolescente. Decembrie 2010. p. 24.

623. CoE. Concluzii: Portugalia. (XVII -2).

624. Protocolul Nr. 12 la Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale (ETS Nr. 177). Intrat în vigoare la 1 aprilie 2005.

625. Protocolul Nr. 12 la Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale (ETS Nr. 177). Intrat în vigoare la 1 aprilie 2005.

626. Interights. Non-discriminare în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni. 2011. 18.

627. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 ce implementează principiul tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică. OJ L 180 of 19.7.2000. 19 iulie 2000. (13).

pas ce necesită ca reclamantul să se identifice cu un grup de persoane în „situații similare” și să arate tratamentul diferențiat. Ca răspuns, Statul poate demonstra că tratamentul diferențiat este justificat.

Deși Curtea a ezitat să elaboreze distincții între discriminarea directă și cea indirectă, precum și să se bazeze pe dovezi statistice care sprijină argumentele discriminării indirecte, aceasta a recunoscut pentru prima dată discriminarea indirectă în 2001 în *Hugh Jordan v. Marea Britanie*, caz în care a stabilit că, deși o măsură nu are scop discriminatoriu, aceasta tot poate fi considerată discriminatorie⁶²⁸. Pentru mai multe detalii asupra acestui subiect, vedeți „Non-discriminarea în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni” al INTERIGHTS.⁶²⁹

Cu privire la Articolul 11 (dreptul la protejarea sănătății) din CSE, CEDS a declarat că sistemul de sănătate trebuie să fie accesibil oricui și că restricțiile aplicării Articolului 11 nu trebuie interpretate astfel încât să împiedice exercitarea de către grupurile dezavantajate a drepturilor acestora la sănătate.⁶³⁰ Cu privire la Articolul 13 (dreptul la asistență socială și medicală), CEDS a constatat, pe baza unei interpretări intenționate a CSE în concordanță cu principiul demnității umane a persoanei, că protecția prin asistență medicală ar trebui să se extindă asupra imigranților străini ilegali și legali (deși această condiție nu s-a aplicat tuturor drepturilor CSE). Această constatare este extrem de importantă în raport cu protecția acordată acestor grupuri marginalizate în Europa.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

- **Art. 14:** Exercițarea drepturilor și libertăților recunoscute de prezenta Convenție trebuie să fie asigurată fără nicio deosebire bazată, în special, pe sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine națională sau socială, apartenență la o minoritate națională, avere, naștere sau orice altă situație.

▶ CSE

- **Art. 11 – Dreptul la protecția sănătății:** În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice sau private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 1. să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 2. să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 3. să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidentele.
- **Art. 13 – Dreptul la asistență socială și medicală:** În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 1. să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 2. să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;
 3. să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;

628. CtEDO. *Hugh Jordan v. Marea Britanie*. Cererea nr. 24726/94. 4 mai 2001. par. 154.

629. INTERIGHTS. *Non-discriminarea în Dreptul Internațional: Un Manual pentru Practicieni*. 2011.

630. ESCR. *Defence for Children International (DCI) v. Belgia*. Plângerea colectivă nr. 69/2011. 23 octombrie 2012; CE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. (XVII -2); Concluzii 2005. Declarația interpretării Articolului 11.

4. să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.

- **Art. 15 – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, integrare socială și participare în viața comunității:** În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special:

1. să ia măsurile necesare pentru a furniza persoanelor cu dizabilități o orientare, o educație și o formare profesională în cadrul schemelor generale ori de câte ori este posibil sau, dacă nu este posibil, prin intermediul instituției specializate publice sau private;
2. să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită dizabilității acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire;
3. să favorizeze deplina lor integrare și participare la viața socială, în special prin măsuri, inclusiv ajutoare tehnice, care vizează depășirea dificultăților lor de comunicare și mobilitate și care să le permită accesul la mijloacele de transport, la locuință, la activități culturale și la petrecerea timpului liber.

- ▶ **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina⁶³¹,**

- **Art. 3:** Luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile, Părțile vor lua măsuri corespunzătoare în vederea asigurării, în cadrul jurisdicției lor, a unui acces echitabil la o îngrijire a sănătății de calitate corespunzătoare.

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

CtEDO a recunoscut că persoanele cu tulburări psihice constituie o populație distinctă ce suferă de vulnerabilități speciale și care a fost subiect al discriminării⁶³². Prin urmare, Statul se bucură de o marjă de apreciere mai redusă în ceea ce privește restricționarea drepturilor categoriilor vulnerabile care au fost supuse discriminării, precum pacienții cu tulburări psihice⁶³³.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

X. și Y. v. Olanda (CtEDO) (1985). O fată de 16 ani cu deficiențe mintale a fost agresată sexual în timp ce locuia într-un centru instituțional pentru copii cu deficiențe mintale. Având în vedere vârsta sa, victima era considerată competentă să depună o plângere în temeiul legislației interne, însă din cauza deficienței sale mintale, plângerea a fost depusă de către tatăl victimei, în numele acesteia. Instanțele interne nu au oferit un remediu legal pentru agresiune sexuală, declarând că victima trebuia să depună plângerea

631. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinii: Convenția privind drepturile omului și biomedicină. 4 aprilie 1997.

632. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

633. CtEDO. Alajos Kiss v. Ungaria. Cererea nr. 38832/06. 20 august 2010.

personal. CtEDO a refuzat examinarea aspectului conform Articolului 14 din CEDO, deși reclamanta a argumentat că lipsa protecțiilor speciale pentru persoanele cu deficiențe mintale reprezintă tratament discriminatoriu potrivit legii⁶³⁴.

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

Dreptul la egalitate și de a nu fi supus discriminării protejează o persoană suferind de o boală contagioasă, precum HIV/SIDA sau tuberculoză, împotriva discriminării. Citând Recomandarea 1116 (1989) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei, Curtea a considerat că starea de sănătate intră în categoria „alt statut” prevăzută în Articolul 14, în scopul protejării indivizilor împotriva discriminării⁶³⁵. În cazul în care Statele permit tratamentul diferențiat pe baza stării de sănătate, statul are obligația de a furniza „o justificare riguroasă” pentru acel tratament.”⁶³⁶

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

Kiyutin v. Rusia (CtEDO) (2011). În acest caz un bărbat a solicitat statut de rezident; cu toate acestea, solicitarea sa a fost refuzată din cauza statutului său de HIV pozitiv. Bărbatul locuia în Rusia, era căsătorit cu o femeie rusă și avea un copil cu aceasta; cu toate acestea, Rusia deține o politică de refuz al statutului de rezident persoanelor cu HIV. Curtea a constatat că această politică constituia discriminare, încălcând Articolul 14 și a punctat, pentru prima dată, faptul că persoanele cu HIV sunt protejate ca și grup distinct împotriva discriminării legate de drepturile lor fundamentale și că reprezintă un „grup vulnerabil”, orice restricționare a drepturilor acestora atrăgând un grad ridicat de control din partea CtEDO⁶³⁷.

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

Victimele sterilizărilor forțate au introdus acțiuni în baza Articolului 14, dar CtEDO a ales să analizeze aspectul sub un alt articol, precum Articolul 3 (interzicerea torturii)⁶³⁸ și Articolul 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie)⁶³⁹.

CAZ PRIVIND SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ ȘI DREPTUL LA EGALITATE ȘI DE A NU FI SUPUS DISCRIMINĂRII

E.B. v. Franța (CtEDO) (2008). Curtea a constatat că tratamentul discriminatoriu suferit de o femeie lesbiană care a solicitat adoptarea unui copil a reprezentat o încălcare a Articolului 8 (dreptul la respect pentru viața privată și de familie), coroborat cu Articolul 14 (interzicerea discriminării). Deși Articolul 8 nu garantează un drept la adopție, Curtea a considerat că discriminarea pe baza orientării sexuale este contrară atât Articolului 8, cât și Articolului 14⁶⁴⁰.

634. CtEDO. X. și Y. v. Olanda. Cererea nr. 8978/80. 26 . 26 martie 1985.

635. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011. par. 57.

636. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011. par. 65.

637. CtEDO. Kiyutin v. Rusia. Cererea nr. 2700/10. 15 septembrie 2011.

638. CtEDO. I.G., M.K. și R.H. v. Slovacia. Cererea nr. 5966/04. 29 aprilie 2013; vedeți și CtEDO. V.C. v. Slovacia. Cererea nr. 18968/07. 8 februarie 2012; CtEDO. N.B. v. Slovacia. Cererea nr. 29518/10. 12 iunie 2012.

639. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010.

640. CtEDO. E.B. v. Franța. Cererea nr. 43546/02. 22 ianuarie 2008.

3.3.10 DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Dreptul la un recurs efectiv garantează indivizilor capacitatea de a aborda încălcările drepturilor umane la nivel intern și de a obține despăgubirea corespunzătoare⁶⁴¹. CEDO consfințește dreptul la un recurs efectiv atât în Articolul 13 (dreptul la un recurs efectiv), cât și în Articolul 41 (satisfacție echitabilă). Statelor li se acordă discreție în privința modului în care își îndeplinesc obligațiile conform acestui drept, iar sfera obligațiilor lor depinde de natura cazului⁶⁴². Cu toate acestea, Curtea a declarat că dreptul la un recurs efectiv este format dintr-o „investigație amănunțită și eficientă” pentru identificarea și tragerea la răspundere a celor responsabili de încălcare, ca și pentru acordarea „accesului eficient al reclamantului la procedura de investigare” – pe lângă plata despăgubirii, dacă este cazul⁶⁴³. Dreptul la un recurs efectiv presupune și ca recursul disponibil să includă analizarea cererii și posibilitatea reparării prejudiciului⁶⁴⁴.

În plus, CtEDO a clarificat faptul că dreptul la un recurs efectiv nu este absolut și că Articolul 13 trebuie interpretat ca impunând doar ceea ce este „cât se poate de eficient”, având în vedere limitările din domeniu, stabilite de natura cazului⁶⁴⁵. Recursul trebuie să fie efectiv atât în practică, cât și în drept, ceea ce înseamnă că nu trebuie să existe un amestec nejustificat din partea autorităților Statului⁶⁴⁶. Curtea a explicat, totuși, că eficiența recursului nu poate depinde de „certitudinea unui rezultat favorabil” pentru victimă⁶⁴⁷.

Capacitatea victimelor de a avea acces la instanțe este de o importanță esențială în exercitarea eficientă a acestui drept⁶⁴⁸. CtEDO a clarificat că Articolul 13 este creat pentru a oferi Statelor oportunitatea de a prevedea un recurs victimelor încălcărilor drepturilor omului în instanțele naționale proprii, înainte ca victima să solicite recurs Curții, ceea ce, conform Curții, oferă o garanție adițională indivizilor pentru a asigura respectarea deplină a drepturilor acestora⁶⁴⁹.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 6(1):** Orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî fie asupra încălcării drepturilor și obligațiilor sale cu caracter civil, fie asupra temeiniciei oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa. Hotărârea trebuie să fie pronunțată în mod public, dar accesul în sala de ședință poate fi interzis presei și publicului pe întreaga durată a procesului sau a unei părți a acestuia, în interesul moralității, al ordinii publice ori al securității naționale într-o societate democratică, atunci când interesele minorilor sau protecția vieții private a părților la proces o impun, sau în măsura considerată absolut necesară de către instanță când, în împrejurări speciale, publicitatea ar fi de natură să aducă atingere intereselor justiției.
- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.

641. CtEDO. Hagyo v. Ungaria. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96.

642. CtEDO. Hagyo v. Ungaria. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. Garayev v. Azerbaidjan. Cererea nr. 53688/08. 10 septembrie 2010. par. 82.

643. CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 26211/06. 12 ianuarie 2011. par. 98.

644. CtEDO. Klass v. Germania. Cererea nr. 5029/71. 6 septembrie 1978.

645. CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. par. 151.

646. CtEDO. Hagyo v. Ungaria. Cererea nr. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 151; CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 21987/93. 18 decembrie 1996. par. 95.

647. CtEDO. Hagyo v. Ungaria. 52624/10. 23 aprilie 2013. par. 96; CtEDO. Garayev v. Azerbaidjan. 53688/08. 10 septembrie 2010. 18 decembrie 1996. par. 82.

648. CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 157.

649. CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 152.

- **Art. 41:** Dacă Curtea declară că a avut loc o încălcare a Convenției sau a Protocoloalelor sale și dacă dreptul intern al Înaltei Părți Contractante nu permite decât o înlăturare incompletă a consecințelor acestei încălcări, Curtea acordă părții lezate, dacă este cazul, o satisfacție echitabilă.

▶ CSE

- **Art. 11 – Dreptul la protecția sănătății:** În vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice și private, măsuri corespunzătoare, care vizează în special:
 1. să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficiente;
 2. să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;
 3. să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidentele.
- **Art. 13 – Dreptul la asistență socială și medicală:** În vederea exercitării efective a dreptului la asistență socială și medicală, părțile se angajează:
 1. să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;
 2. să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o diminuare a drepturilor lor politice sau sociale;
 3. să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal necesar pentru a preveni, îndepărta sau atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;
 4. să aplice dispozițiile paragrafelor 1, 2 și 3 ale prezentului articol, pe picior de egalitate cu cetățenii lor, cetățenilor celorlalte părți, care se află în mod legal pe teritoriul lor, în conformitate cu obligațiile pe care părțile și le asumă în virtutea Convenției europene de asistență socială și medicală, semnată la Paris la 11 decembrie 1953.
- **Art. 15 – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității:** În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special:
 1. să ia măsurile necesare pentru a furniza persoanelor cu dizabilități o orientare, o educație și o formare profesională în cadrul schemelor generale ori de câte ori este posibil sau, dacă nu este posibil, prin intermediul instituției specializate publice sau private;
 2. să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită dizabilității acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire;
 3. să favorizeze deplina lor integrare și participare la viața socială, în special prin măsuri, inclusiv ajutoare tehnice, care vizează depășirea dificultăților lor de comunicare și mobilitate și care să le permită accesul la mijloacele de transport, la locuință, la activități culturale și la petrecerea timpului liber.

► **Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane față de Aplicațiile Biologiei și Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina⁶⁵⁰,**

- **Art. 3:** Luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile, Părțile vor lua măsuri corespunzătoare în vederea asigurării, în cadrul jurisdicției lor, a unui acces echitabil la o îngrijire a sănătății de calitate corespunzătoare.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății mintale

Evidențiind dificultățile cu care se confruntă pacienții cu tulburări psihice pentru a contesta încălcările drepturilor lor, CtEDO a subliniat că o evaluare a epuizării remediilor interne de către un individ cu probleme de sănătate mintală necesită luarea în considerare a „vulnerabilității și în special a incapacității [acestuia] în unele situații de a pleda cazul său în mod coerent.”⁶⁵¹

CAZURI PRIVIND SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

B. v. România (Nr. 2) (CtEDO) (2013). Reclamanta diagnosticată cu schizofrenie paranoică a fost supusă detenției psihiatrice și a pierdut tutela celor trei copii ai săi. Curtea a constatat că Statul a încălcat Articolul 8 din CEDO eșuând să asigure „protecție legală corespunzătoare reclamantei în timpul internărilor succesive în instituții psihiatrice și în timpul procedurilor ce au avut ca rezultat rămânerea în îngrijire a copiilor.” A dispus ca Statul să ofere reclamantei protecția legală necesară impusă de CEDO⁶⁵².

Lashin v. Rusia (CtEDO) (2013). Curtea a constatat încălcarea dreptului la viața privată în cazul reclamantului, o persoană cu schizofrenie, consemnat de instanțele interne într-un spital psihiatric împotriva voinței sale și fără posibilitate de recurs, ceea ce l-a împiedicat să se căsătorească⁶⁵³.

Kudla v. Polonia (CtEDO) (2000). Reclamantul suferea de depresie cronică și a fost ținut în detenție pentru acuzații de fraudă. Acesta a încercat să se sinucidă de două ori în timpul detenției. Reclamantul a cerut în mod repetat eliberarea și a atacat deciziile de a-l ține în detenție. Curtea a considerat că Statul nu a pus la dispoziția reclamantului mijloacele necesare pentru a face față duratei procedurilor pentru determinarea acuzațiilor împotriva sa și, prin urmare, Statul a încălcat Articolul 13 din CEDO⁶⁵⁴.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul bolilor contagioase

Dreptul la un recurs efectiv a fost invocat pentru a proteja indivizii cu boli contagioase în calitate de categorii de persoane marginalizate ce sunt stigmatizate din cauza stării lor de sănătate. Curtea a analizat importanța acestui drept cu privire la lipsa tratamentului medical furnizat deținuților care suferă de boli contagioase și eșecul de a oferi condiții de detenție adaptate la starea de sănătate a deținuților⁶⁵⁵.

650. CoE. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinii: Convenția privind drepturile omului și biomedicina. 4 aprilie 1997.

651. CtEDO. B. v. România (Nr. 2). Cererea nr. 1285/03. 19 februarie 2013. par. 79.

652. CtEDO. B. v. România (Nr. 2). Cererea nr. 1285/03. 19 februarie 2013.

653. CtEDO. Lashin v. Rusia. Cererea nr. 33117/02. 22 aprilie 2013.

654. CtEDO. Kudla v. Polonia. Cererea nr. 30210/96. 26 octombrie 2000. par. 147-148, 157.

655. A se vedea CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 octombrie 2010; CtEDO. Kozhokar V. Rusia. Cererea nr. 33099/08. 16 decembrie 2010.

CAZURI PRIVIND BOLILE CONTAGIOASE ȘI DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Kozhokar v. Rusia (CtEDO) (2010). Reclamantul era un deținut care trăia cu HIV și hepatita C. Curtea a reunit acuzațiile reclamantului în baza Articolul 3 coroborat cu Articolul 13 și a constatat că Statul a încălcat Articolul 13 prin nefurnizarea către solicitant a mijloacelor „efective și accesibile” prin care să poată contesta condițiile din închisoare, inclusiv asistența medicală necorespunzătoare⁶⁵⁶.

Logvinenko v. Ucraina (CtEDO) (2010). Reclamantul era un deținut care trăia cu HIV și tuberculoză. Curtea a constatat că Statul a încălcat Articolul 3 prin eșecul de a furniza un tratament medical corespunzător și de a se asigura că „aranjamentele fizice” ale locului de detenție a acestuia erau compatibile cu starea sa de sănătate. Deoarece Statul nu a furnizat o reparare adecvată a prejudiciului sau un recurs efectiv prin care solicitantul să poată introduce plângeri, Curtea a considerat că Statul a încălcat Articolul 13⁶⁵⁷.

Dreptul la un recurs efectiv în contextul sănătății sexuale și reproductive

În contextul sănătății sexuale și reproductive, CtEDO a tratat aspectele recursului efectiv în cadrul analizei altor drepturi, cum ar fi dreptul la viața privată, pentru a evita suprapunerea. Acest lucru nu înseamnă că dreptul la un recurs efectiv, protejat conform Articolului 13 din CEDO, nu este imperativ în ceea ce privește aspectele sănătății sexuale și reproductive. Din contră, după cum se arată în cazurile prevăzute în această subsecțiune, CtEDO consideră acest drept ca fiind esențial. De exemplu, cu privire la avort, Curtea a interpretat Articolul 8 ca impunând Statelor care permit avortul să ofere cadrul legal pentru determinarea drepturilor la avort legal și procedurilor de soluționare a litigiilor dintre femeile care solicită servicii de avort și medici⁶⁵⁸.

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

R.R. v. Polonia (CtEDO) (2011). O mamă a doi copii era însărcinată cu un al treilea copil considerat a suferi de o anomalie genetică severă și i s-a refuzat în mod deliberat accesul oportun la testele genetice pe care avea dreptul să le facă, de către medici care se opuneau avortului. Curtea a constatat o încălcare a Articolului 8, deoarece legislația poloneză nu includea mecanisme eficiente ce ar fi permis reclamantei accesul la serviciile de diagnostic disponibile și luarea unei decizii informate, în lumina rezultatelor acestora, cu privire la solicitarea unui avort⁶⁵⁹.

Tysiāc v. Polonia (CtEDO) (2007). Reclamantei i s-a refuzat avortul terapeutic, după ce a fost avertizată că miopia deja gravă de care suferea s-ar putea înrăutăți dacă ar duce sarcina la termen. În urma nașterii copilului, aceasta a suferit o hemoragie retiniană, ce a condus la o dizabilitate. Curtea a constatat că refuzul accesului acesteia la un mecanism eficient care ar fi determinat eligibilitatea acesteia pentru avort legal a reprezentat o încălcare a dreptului acesteia la viața privată⁶⁶⁰.

656. CtEDO. Kozhokar v. Rusia. Cererea nr. 33099/08. 16 decembrie 2010.

657. CtEDO. Logvinenko v. Ucraina. Cererea nr. 13448/07. 14 octombrie 2010.

658. CtEDO. A, B și C v. Irlanda. Cererea nr. 25579/05. 16 decembrie 2010; vedeți și CtEDO. P. și S. v. Polonia. Cererea nr. 57375/08. 30 ianuarie 2013.

659. CtEDO. R.R. v. Polonia. Cererea nr. 27617/04. 28 noiembrie 2011.

660. CtEDO. Tysiāc v. Polonia. Cererea nr. 5410/03. 24 septembrie 2007.

3.4 DREPTURILE FURNIZORILOR

Furnizorii de asistență medicală joacă un rol esențial în abordarea abuzurilor ce au loc în unitățile de asistență medicală. În consecință, aplicarea cadrului drepturilor omului îngrijirii pacienților presupune ca interesele pacienților și furnizorilor de asistență medicală să fie interdependente și interesele ambilor să fie protejate. Dacă furnizorii nu își pot exercita pe deplin drepturile, aceștia pot fi descurajați sau lipsiți de autoritatea necesară prevenirii eficiente a abuzurilor față de pacienți. Această secțiune evidențiază câteva standarde regionale europene relevante, așa cum apar în Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) și Carta Socială Europeană (CSE) și modul în care au fost interpretate în raport cu trei drepturi cheie pentru furnizorii de asistență medicală. Acestea includ dreptul la (I) muncă în condiții decente; (II) libertate de asociere și întrunire, incluzând asocierea cu sindicate și dreptul la grevă; și (III) dreptul la un proces echitabil și drepturile înrudite, dreptul la un recurs efectiv, protejarea vieții private și reputației și libertatea de exprimare și informare.

Capitolul este împărțit în trei secțiuni principale. Partea I a acestei secțiuni acoperă dreptul la muncă în condiții decente, incluzând dreptul la muncă și dreptul la salarizare echitabilă și securitate în muncă. În partea a II-a se discută despre dreptul la libertatea de asociere. Partea a III-a explorează dreptul la proces echitabil și drepturile înrudite. Fiecare secțiune începe cu o discuție privind semnificația aceluși drept pentru furnizorii de asistență medicală și este urmată de standardele relevante din instrumentele legale europene și jurisprudență pentru a exemplifica potențialele încălcări. Deși există puține sau, uneori, nici o referire directă la standardele prevăzute în prezentul capitol, personalul din sectorul sănătății beneficiază de același nivel de protecție ca alți angajați.

3.4.1 DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

Comitetul European pentru Drepturi Sociale (CEDS) a oferit o interpretare extensivă a dreptului la muncă în condiții decente, guvernat de Carta Socială Europeană (CSE). CSE consfințește dreptul la muncă (CSE, Art. 1), dreptul la condiții de muncă echitabile (CSE, Art. 2), dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex (CSE, Art. 20), și dreptul la condiții de muncă sigure și sănătoase (CSE, Art. 3). Deși nu reprezintă centrul acestei secțiuni, standardele CEDO relevante includ Articolul 2 (dreptul la viață) și Articolul 3 (interzicerea torturii și supunerii la tratamente sau pedepse inumane sau degradante), în măsura în care prevăd garanții împotriva relelor tratamente la locul de muncă.

Dreptul la muncă

Dreptul la muncă impune Statelor „interzicerea legală a oricărei discriminări, directă sau indirectă, în câmpul muncii” și asigurarea protecției speciale cu privire la sex, rasă sau grup etnic⁶⁶¹. Acest drept protejează de asemenea individul de concediere sau altă acțiune represivă a angajatorului împotriva unui angajat care a depus o plângere sau a introdus o acțiune în justiție⁶⁶². Deși nu a analizat cazul conform dreptului la muncă, CtEDO a constatat o încălcare a Articolului 8 (dreptul la viața privată) și a Articolului 14 (interzicerea discriminării) în cazul unui angajat concediat pe baza statutului său de persoană seropozitivă.⁶⁶³ Dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex, așa cum garantează Articolul 20 din CSE, protejează individul de: a) discriminare în ceea ce privește angajarea; b) orice practică ce ar putea interfera cu dreptul angajatului de a-și câștiga traiul într-o profesie pe care a ales-o în mod liber⁶⁶⁴, sau care l-ar putea supune muncii

661. Concluziile sunt trase din Rezumatul din septembrie 2008, al CE; ESCR. Concluzii XVI-1, Austria, p. 25.

662. CoE. Concluzii: Islanda. (XVI-1).

663. CtEDO. I.B. v. Grecia. Cererea nr. 552/10. 3 octombrie 2013.

664. CoE. Concluziile Comitetului European pentru Drepturi Sociale. Concluzii (II și XVI-1). Declarațiile interpretării Articolului 1§2.

forțate sau obligatorii. Legislația ar trebui să interzică orice formă de discriminare indirectă, care apare atunci când o măsură sau o practică identică pentru toate persoanele, fără un scop legitim, afectează disproporționat persoanele cu o anumită religie sau credință, handicap, vârstă, orientare sexuală, opinie politică, origine etnică etc⁶⁶⁵. Mai mult, legislația internă trebuie să asigure cel puțin puterea de a abroga sau modifica orice prevedere contrară principiului tratamentului egal, care apare în contractele colective de muncă, contractele individuale de muncă, sau în regulamentul intern al firmelor.⁶⁶⁶ Legislația internă trebuie de asemenea să asigure remedii corespunzătoare și eficiente care să fie adecvate, proporționale și disponibile victimelor în cazul unei acuzații de discriminare. În același mod, acest drept stabilește că impunerea unor plafoane predefinite ale compensațiilor (derivate din încălcarea acestui drept) ce pot fi acordate angajaților sunt contrare acestui drept⁶⁶⁷.

Conform legislației UE, Directiva 2000/78/EC din 27 noiembrie 2000⁶⁶⁸ oferă statelor membre un „cadru de orientare” pentru a aborda discriminarea la locul de muncă. Recunoscând că „angajarea și profesia sunt elemente cheie pentru garantarea oportunităților egale pentru toate persoanele și contribuie puternic la participarea în întregime a cetățenilor la viața economică, culturală și socială și la realizarea potențialului acestora”, directiva interzice „orice discriminare directă sau indirectă bazată pe religie sau credință, handicap, vârstă sau orientare sexuală”. Directiva este clară în privința faptului că cerințele stabilite constituie „cerințe minime” și că statele membre pot adopta standarde mai ridicate, dar că cerințele din directivă nu trebuie utilizate pentru „justificarea niciunui regres”.

Dreptul la salarizare echitabilă și securitate în muncă

Dreptul la condiții de muncă echitabile (CSE, Articolul 2) stabilește limitele programului zilnic și săptămânal de muncă, inclusiv orele suplimentare. Prevederile acestui drept trebuie garantate prin legi, regulamente, contracte colective sau orice alte mijloace obligatorii.⁶⁶⁹ De asemenea, perioadele de „gardă” în timpul cărora angajatul nu este solicitat să lucreze pentru angajator constituie ore de muncă efective și nu pot fi privite ca perioade de odihnă (în sensul Articolului 2, cu excepția cadrului anumitor profesii sau circumstanțe speciale și conform procedurilor corespunzătoare). Acest drept prevede că absența muncii efective nu poate constitui un criteriu adecvat pentru a considera această perioadă ca perioadă de odihnă⁶⁷⁰. Orele suplimentare nu trebuie lăsate pur și simplu la discreția angajatorului sau angajatului – motivele orelor suplimentare și durata acestora trebuie să fie supuse unor reglementări⁶⁷¹.

Dreptul la condiții de muncă echitabile impune de asemenea ca salariile să fie peste pragul sărăciei în țara respectivă pentru a fi considerate remunerație echitabilă. Salariul nu trebuie să fie cu mult sub salariul mediu național. De fapt, CEDS a subliniat că salariul minim trebuie să fie „suficient pentru a asigura angajatului un nivel de trai decent.”⁶⁷² În același mod, acest drept stabilește și că angajații care efectuează ore suplimentare trebuie plătiți cu o rată mai mare decât rata salariului normal⁶⁷³. De asemenea, acesta asigură dreptul femeilor și bărbaților de a primi „un salariu egal pentru o muncă de valoare egală.”⁶⁷⁴ În consecință, legislația internă prevede remedii corespunzătoare și eficiente în cazul acuzațiilor de discriminare salarială⁶⁷⁵. Orice persoană care suferă de discriminare salarială în funcție de

665. David Harris et al. *Legea Convenției Europene a Drepturilor Omului* [Law of the European Convention on Human Rights]. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 607.

666. CoE. Concluzii: Islanda. (XVI-1).

667. CoE. Concluzii 2006: Albania.

668. Monitorul Oficial al Uniunii Europene. Directiva Consiliului 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 de aplicare a principiului egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii. OJ L 373 din 21.12.2004. 25 iunie 2009.

669. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 2§1..

670. ESCR. Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța. Plângerea colectivă nr. 16/2003. 12 octombrie 2004.

671. CoE. Concluzii. (XIV-2). Declarația interpretării Articolului 2(1).

672. Concluzii 2003, Franța, p. 120

673. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 4§2.

674. CoE. Concluzii: Republica Slovacă. (XV-2, anexă).

675. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 4§3.

sex trebuie să aibă dreptul la despăgubire corespunzătoare, suficientă pentru a repara prejudiciul suferit de victimă și pentru a acționa ca factor de descurajare a făptuitorului⁶⁷⁶.

Dreptul la sănătate și securitate în muncă (CSE, Art. 3) impune ca prevenirea riscului ocupațional să reprezinte o prioritate și să fie incorporată în activitățile autorităților publice la toate nivelele și să facă parte din alte politici publice (privind angajarea, persoanele cu handicap, oportunități egale etc.)⁶⁷⁷. Conform acestui drept, angajații, toate locurile de muncă și toate sectoarele de activitate trebuie acoperite de normele de sănătate și securitate la locul de muncă⁶⁷⁸. În același mod, acest drept impune Statelor să se asigure că politica și strategiile adoptate sunt evaluate și revizuite periodic, în special în lumina riscurilor aflate în schimbare. La nivelul angajatorului, în plus față de respectarea normelor de protecție, trebuie să existe evaluarea periodică a riscurilor de natură profesională și adoptarea măsurilor preventive orientate spre natura riscurilor, suplimentare informării și instruirii angajaților. Angajatorii sunt de asemenea obligați să furnizeze informații, instruire și supervizare medicală corespunzătoare angajaților temporari și angajaților cu contracte pe perioadă determinată (de exemplu, având în vedere perioadele acumulate de expunere la substanțe periculoase ale angajaților în timpul lucrului pentru diferiți angajatori)⁶⁷⁹. Acest drept se aplică atât sectorului public cât și celui privat⁶⁸⁰.

PREVEDERI RELEVANTE

► CSE

- **Art.1(2) – Dreptul la muncă:** În vederea exercitării efective a dreptului la muncă, părțile se angajează: ... să protejeze de o manieră eficientă dreptul lucrătorului de a-și câștiga existența printr-o muncă liber întreprinsă...
- **Art. 2(1) – Dreptul la condiții de muncă echitabile:** În vederea exercitării efective a dreptului la condiții de muncă echitabile, părțile se angajează: ... să fixeze o durată rezonabilă a timpului de muncă zilnic și săptămânal, săptămâna de lucru trebuind să fie redusă treptat în măsura în care creșterea productivității și ceilalți factori relevanți o permit...
- **Art. 3 – Dreptul la sănătate și securitate în muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la sănătate și securitate în muncă, părțile se angajează, în consultare cu organizațiile patronilor și lucrătorilor:
 1. să definească, să pună în practică și să reexamineze periodic o politică națională coerentă în materie de securitate și sănătate ocupațională și a mediului de muncă. Această politică va avea drept obiect primordial ameliorarea securității și sănătății ocupaționale și prevenirea accidentelor și lezării sănătății care rezultă din muncă, sunt legate de muncă sau survin în cursul muncii, în special prin reducerea la minimum a cauzelor riscurilor inerente mediului de muncă;
 2. să emită regulamente de securitate și sănătate;
 3. să asigure măsuri de control al aplicării acestor regulamente;
 4. să promoveze instituirea progresivă a serviciilor de sănătate ocupațională pentru toți lucrătorii, cu funcțiuni eminate preventive și de îndrumare.
- **Art. 4 – Dreptul la salarizare echitabilă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului la o salarizare echitabilă, părțile se angajează:
 1. să recunoască dreptul lucrătorilor la o salarizare suficientă care să le asigure acestora, precum și familiilor acestora, un nivel de trai decent;
 2. să recunoască dreptul lucrătorilor la un coeficient majorat de salarizare pentru orele suplimentare, de muncă, cu excepția unor cazuri particulare;

676. CoE. Concluzii. (XIII -5). Declarația interpretării Articolului 1 din Protocolul Adițional.

677. CoE. Concluzii 2005: Lituania.

678. CoE. Concluzii 2005: Estonia.

679. CoE. Concluzii 2003: Bulgaria. p. 31.

680. CoE. Concluzii II. Declarația interpretării Articolului 3.

3. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor și lucrătoarelor la salarizare egală pentru muncă de valoare egală;
 4. să recunoască dreptul tuturor lucrătorilor la o perioadă de preaviz rezonabilă în cazul încetării angajării;
 5. să nu autorizeze reținerile din salarii decât în condițiile și în limitele prescrise de legislația sau reglementarea națională ori fixate prin convenții colective sau sentințele de arbitraj. Exercitarea acestor drepturi trebuie să fie asigurată fie prin intermediul convențiilor colective încheiate în mod liber, fie prin metode legale de fixare a salariilor, fie prin orice altă modalitate adecvată condițiilor naționale.
- **Art. 22 – Dreptul de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanților acestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:
 - a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;
 - b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;
 - c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;
 - d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

PREVEDERI PRIVIND FEMEILE

► CSE,

- **Art. 20 – Dreptul la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și profesie, fără discriminare în funcție de sex:** În vederea exercitării efective a dreptului la egalitate de șanse și de tratament în materie de angajare și de profesie fără discriminare în funcție de sex, părțile se angajează să recunoască acest drept și să ia măsurile adecvate pentru a asigura și a promova aplicarea sa în următoarele domenii:
 - a) accesul la angajare, protecția împotriva concedierii și reintegrarea profesională;
 - b) orientarea și formarea profesională, recalificarea și readaptarea profesională;
 - c) condițiile de angajare și de muncă, inclusiv salarizarea;
 - d) evoluția carierei, inclusiv promovarea.

PREVEDERI PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

- **CSE, Art. 15(2) – Dreptul persoanelor cu dizabilități la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității:** În vederea garantării exercitării efective de către persoanele cu dizabilități, indiferent de vârstă, de natură și de originea dizabilității lor, a dreptului la autonomie, la integrare socială și la participare în viața comunității, părțile se angajează, în special: ... să favorizeze accesul la angajare al acestor persoane, prin orice măsură susceptibilă de a încuraja patronii să angajeze și să mențină în activitate persoane cu dizabilități în mediul obișnuit de muncă și să adapteze condițiile de muncă la nevoile acestor persoane sau, atunci când datorită handicapului acest lucru nu este posibil, prin organizarea sau crearea de locuri de muncă protejate în funcție de gradul de invaliditate. Aceste măsuri pot justifica, dacă este cazul, recurgerea la servicii specializate de plasare și de însoțire...

CAZURI PRIVIND DREPTUL LA MUNCĂ ÎN CONDIȚII DECENTE

Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța (CEDS) (2004). Reclamanții au susținut că Legea din 17 ianuarie 2003 adoptată de guvern a permis ca „perioada de gardă” (périodes d'astreinte) să fie considerată perioadă de odihnă, conform legii. Comitetul a constatat că „perioada de gardă” în timpul căreia angajatul nu a fost solicitat să lucreze pentru angajator, deși nu constituie timp efectiv de muncă, nu poate fi privită ca perioadă de odihnă. Comitetul a considerat, prin urmare, că echivalarea „perioadelor de gardă” cu perioade de odihnă constituie o încălcare a dreptului la program de lucru rezonabil⁶⁸¹.

Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (MFHR) v. Grecia (CEDS) (2006). CEDS a constatat că lipsa legislației privind asigurarea securității și siguranței persoanelor care lucrează în mine de lignit, ca și programul redus de lucru sau concediile suplimentare, constituie o încălcare a Articolului 3 din CSE, care funcționează pentru a asigura dreptul la securitate și sănătate în muncă la cel mai înalt nivel posibil. CEDS a subliniat că acest articol impune guvernului „să emită norme de sănătate și securitate care să prevadă măsuri preventive și de protecție împotriva majorității riscurilor recunoscute de comunitatea științifică și stabilite în normele și standardele comunitare și internaționale.”⁶⁸²

Syndicat national des Professions du Tourisme v. Franța. (CEDS) (2000). CEDS a constatat o încălcare a dreptului la non-discriminare în angajare în cazul unor entități care ofereau tururi cu ghid (în competența guvernului) și care au tratat diferențiat ghizii lectori angajați de acestea și ghizii interpreți și lectori naționali care dețineau o diplomă de stat. CEDS a concluzionat că diferența de tratament nu avea o justificare rezonabilă și obiectivă și a constituit discriminare de facto în angajare, în detrimentul ghizilor interpreți și lectori naționali cu diplomă de stat⁶⁸³.

3.4.2 DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE

Dreptul la libertatea de asociere și întrunire este consfințit în Articolul 5 (dreptul de organizare) al CSE și Articolul 11 (libertatea de întrunire și asociere) din CEDO. Dreptul la libertatea de asociere și întrunire stabilește că „asocierea” este un concept autonom care nu depinde de clasificarea adoptată de legislația internă. Acest factor este relevant, dar nu decisiv⁶⁸⁴. Acesta include de asemenea libertatea de a nu adera la o asociație sau sindicat⁶⁸⁵.

În plus, acest drept este aplicabil doar organismelor de drept privat, deoarece organismele de drept public (adică cele înființate conform legii) nu sunt considerate a fi „asociații”. Cu toate acestea, acest drept permite „restricții legale” asupra anumitor funcționari publici (de exemplu, forțele armate și poliția) și asupra membrilor „administrației statului.”⁶⁸⁶

CtEDO a confirmat că acest drept include libertatea de abținere de la aderarea la o asociație. Adicional, CtEDO a ajuns la concluzia că membrii organismelor oficiale de reglementare nu se încadrează în sfera garanției. Această constatare este deosebit de importantă pentru medici, deoarece aceste organisme sunt înființate conform legii și dețin autoritatea de a-și disciplina membrii⁶⁸⁷.

681. ESCR. Confédération Française de l'Encadrement CFE-CGC v. Franța. Plângerea colectivă nr. 16/2003. 12 octombrie 2004.

682. ESCR. Fundația Marangopoulos pentru Drepturile Omului (MFHR) v. Grecia. Plângerea colectivă nr. 30/2005. 6 decembrie 2006. §224.

683. ESCR. Syndicat national des Professions du Tourisme v. Franța. Plângerea colectivă nr. 6/1999. 10 octombrie 2000. par. 32.

684. CtEDO. Chassagnou și Alții v. Franța. Cererea nr. 25088/94; 28331/95; și 28443/95. 29 aprilie 1999. (asociațiile vânătorilor din Franța sunt considerate a fi „asociații” sub Articolul 11 deși guvernul a argumentat că sunt instituții de drept public)

685. CtEDO. Young și Alții v. Marea Britanie. Cererea nr. 3455/05. 19 februarie 2009. (“closed shop,” aderarea obligatorie la sindicatul feroviar a încălcat Articolul 11); vedeți și CtEDO. Sigurjonsson v. Islanda. Cererea nr. 16130/90. 30 iunie 1993.

686. Această abordare a fost andosată de experții ESCR dar nu și de Comitetul pentru Libertatea de Asociere ILO, deși Articolul 9(1) din Convenția ILO Nr. 87 care limitează drepturile funcționarilor publici nu se referă la „administrația statului”.

687. A se vedea și Centrul Internațional pentru Protecția Juridică a Drepturilor Omului. INTERIGHTS Manual pentru Avocați. Articolul 11 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului: Libertatea de Întrunire și Asociere. Furnizează informații despre modul în care CtEDO a interpretat Articolul 11 din CtEDO.

Această secțiune acoperă două aspecte ale libertății de asociere: libertatea de asociere și întrunire (CEDO, Art. 11) și drepturile la grevă și de a forma sindicate (CSE, Art. 5, 6, 21 și 22).

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

● Art. 11 :

- (1) Orice persoană are dreptul la libertate de întrunire pașnică și la libertate de asociere, inclusiv a constitui cu alții sindicate și de a se afilia la sindicate pentru apărarea intereselor sale.
- (2) Exercițarea acestor drepturi nu poate face obiectul altor restrângeri decât cele prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea

DREPTUL LA LIBERTATEA DE ASOCIERE ȘI ÎNTRUNIRE

Albert și Le Compte v. Belgia (CtEDO) (1983). Reclamantul a susținut că obligația de a adera la un organism specific (Ordre des médecins) a avut efectul eliminării libertății de asociere. Curtea a considerat că Ordre des médecins nu poate fi privit ca o asociere în sensul Articolului 11; că existența Ordre des médecins și obligația rezultantă a practicienilor de a fi înregistrați în acest registru și de a se supune autorității organelor acestuia în mod clar nu au nici obiectivul și nici efectul limitării, cu atât mai puțin al suprimării libertății de asociere⁶⁸⁸.

Sindicatul și dreptul la grevă

Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă stabilesc faptul că angajații trebuie să fie liberi să adere sau nu la un sindicat⁶⁸⁹. Conform acestui drept, orice formă de aderare obligatorie la un sindicat, impusă prin lege, este incompatibilă cu prevederile sale⁶⁹⁰. Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă stabilesc de asemenea că legislația internă trebuie să interzică în mod clar toate clauzele „closed shop” pre-intrare și post-intrare și toate clauzele de asigurare a sindicatului (rețineri automate din salarii)⁶⁹¹. În consecință, clauzele din contractele colective, sau aranjamentele autorizate în mod legal, prin care locurile de muncă sunt rezervate în practică membrilor unui anumit sindicat reprezintă încălcări ale dreptului citat⁶⁹².

Dreptul de a forma sindicate și dreptul la grevă protejează membrii sindicatelor de orice consecințe negative pe care calitatea de membru al sindicatului sau activitățile sindicatului le pot avea asupra locului de muncă, în special orice formă de represalii sau discriminare în domeniile recrutării, concedierii sau promovării. În cazul în care apare o astfel de discriminare, legislația internă trebuie să creeze dispoziții pentru despăgubirea corespunzătoare și proporțională cu daunele suferite de victimă⁶⁹³. Conform acestui drept, sindicatele și organizațiile angajatorilor trebuie să fie independente de amestecul excesiv al Statului în raport cu infrastructura sau funcționarea lor eficientă⁶⁹⁴.

Acest drept stabilește de asemenea că sindicatele și organizațiile patronale trebuie să fie libere să se organizeze fără autorizație prealabilă și formalități inițiale, cum ar fi declarații și înregistrare, ele trebuind să fie simple și ușor de aplicat. În cazul în care se percep taxe pentru înregistrarea sau înființarea unei organizații, acestea trebuie să fie rezonabile și concepute doar pentru a acoperi costurile administrati-

688. CtEDO. *Albert și Le Compte v. Belgia*. Cererea nr. 7299/75; 7496/76. 10 februarie 1983.

689. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 5.

690. CoE. Concluzii III . Declarația interpretării Articolului 5.

691. CoE. Concluzii VIII . Declarația interpretării Articolului 5.

692. CoE. Concluzii: Danemarca. (XV-1).

693. CoE. Concluzii 2004: Bulgaria.

694. CoE. Concluzii: Germania. (XII -2).

ve strict necesare⁶⁹⁵. Cu toate acestea, „dreptul la grevă” poate fi restricționat; interzicerea grevelor în sectoarele esențiale ale comunității se consideră a servi unui scop legitim, deoarece grevele în aceste sectoare ar putea amenința interesul public, securitatea națională și/sau sănătatea publică. Totuși, interzicerea pur și simplu a grevelor, chiar și în sectoarele esențiale – în special atunci când sunt definite pe larg, de exemplu, ca „energie” sau „sănătate” – nu este considerată proporțională cu cerințele specifice ale fiecărui sector. Cel mult, introducerea unei cerințe minime de serviciu în aceste sectoare ar putea fi considerată conformă cu CSE⁶⁹⁶. Cea mai cuprinzătoare analiză a dreptului la grevă a fost efectuată conform CSE. CtEDO s-a angajat într-o explorare mult mai limitată a sindicatelor, ce include susținerea dreptului la grevă al angajaților.

PREVEDERI RELEVANTE

► CSE

- **Art. 5 – Dreptul sindical:** În vederea garantării sau promovării libertății lucrătorilor și patronilor de a constitui organizații locale, naționale sau internaționale pentru apărarea intereselor lor economice și sociale și de a adera la aceste organizații, părțile se angajează ca legislația națională să nu aducă atingere sau să fie aplicată de o manieră care să aducă atingere acestei libertăți. Măsura în care garanțiile prevăzute în prezentul articol se vor aplica poliției va fi determinat prin legislația sau reglementarea națională. Principiul aplicării acestor garanții membrilor forțelor armate și măsura în care ele se vor aplica acestei categorii de persoane sunt de asemenea determinate prin legislația sau reglementarea națională.
- **Art. 6 – Dreptul la negociere colectivă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului de negociere colectivă, părțile se angajează:
 1. să favorizeze consultarea paritară între lucrători și patroni;
 2. să promoveze, atunci când aceasta este necesară și utilă, instituirea procedurilor de negociere voluntară între patroni sau organizațiile patronale, pe de o parte, și organizațiile lucrătorilor, pe de altă parte, în vederea reglementării condițiilor de angajare prin convenții colective;
 3. să favorizeze instituirea și utilizarea procedurilor adecvate de conciliere și arbitraj voluntar pentru reglementarea conflictelor de muncă; și recunosc
 4. dreptul lucrătorilor și patronilor la acțiuni colective în caz de conflict de interese, inclusiv dreptul la grevă, sub rezerva obligațiilor care ar putea rezulta din convențiile colective în vigoare.
- **Art. 19(4)(b) – Dreptul lucrătorilor migranți și al familiilor lor la protecție și asistență:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor migranți și al familiilor lor la protecție și asistență pe teritoriul oricărei alte părți, părțile se angajează: ... 4. să garanteze lucrătorilor care se găsesc în mod legal pe teritoriul lor, în măsura în care aceste chestiuni sunt reglementate prin legislație sau alte prevederi ori sunt supuse controlului autorităților administrative, un tratament nu mai puțin favorabil decât cel acordat cetățenilor lor în ceea ce privește următoarele elemente:
 - a. salarizarea și alte condiții de angajare și de muncă;
 - b. afilierea la organizațiile sindicale și beneficiul avantajelor oferite de convențiile colective.
- **Art. 22 – Dreptul de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă:** În vederea asigurării exercitării efective a dreptului lucrătorilor de a lua parte la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă și a mediului de muncă în întreprindere, părțile se angajează să ia sau să promoveze măsurile care să permită lucrătorilor sau reprezentanților acestora, în conformitate cu legislația și practica națională, să contribuie:

695. CoE. Concluzii: Marea Britanie. (XV-1).

696. CoE. Concluzii I. Declarația interpretării Articolului 6§4; ESCR. Confederația Sindicatelor Independente din Bulgaria, Confederația Muncii “Podkrepa” și Confederația Europeană a Sindicatelor v. Bulgaria. Plângerea colectivă nr. 32/2005. 16 octombrie 2006.

- a. la stabilirea și ameliorarea condițiilor de muncă, de organizare a muncii și a mediului de muncă;
- b. la protecția sănătății și a securității în cadrul întreprinderii;
- c. la organizarea serviciilor și facilităților sociale și socio-culturale ale întreprinderilor;
- d. la controlul respectării reglementărilor în acest domeniu.

► **Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene,**⁶⁹⁷

- **Art. 28:** Lucrătorii și angajatorii sau organizațiile lor au dreptul, în conformitate cu dreptul Uniunii și cu legislațiile și practicile naționale, de a negocia și de a încheia convenții colective la nivelurile corespunzătoare și de a recurge, în caz de conflicte de interese, la acțiuni colective pentru apărarea intereselor lor, inclusiv la greva.

CAZURI PRIVIND SINDICATELE ȘI DREPTUL LA GREVĂ

Confederația Europeană a Sindicatelor (ETUC)/Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB)/Confédération des Syndicats Chrétiens de Belgique (CSC)/Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB) v. Belgia (CEDS) (2011). CEDS s-a pronunțat în favoarea sindicatelor reclamante, constatând că, deși Constituția și statutele din Belgia nu consfințeau dreptul la grevă, acest drept (așa cum este înțeles în Articolul 6(4) din CSE) era garantat în jurisprudența internă care e „temeinică și incontestabilă”. Comitetul a concluzionat că restricțiile asupra activităților pichetelor de grevă, conform legislației Belgiei, erau incompatibile cu Articolul G din CSE și au reprezentat o încălcare a dreptului la grevă conform Articolului 6(4)⁶⁹⁸.

Enerji Yapi-Yol Sen v. Turcia (CtEDO) (2008). În cazul unei circulare emise de guvern interzicând tuturor funcționarilor publici să inițieze o grevă, Curtea a considerat că dreptul la grevă nu este un drept absolut și poate fi subiect al restricțiilor. Mai mult, Curtea a concluzionat că o interdicție a unei greve ar putea fi impusă funcționarilor publici, însă nu îi poate priva pe toți funcționarii publici de dreptul la grevă⁶⁹⁹.

Unison v. Marea Britanie (CtEDO) (2002). Un sindicat al angajaților din serviciul public, inclusiv furnizori de asistență medicală în spitale, a contestat o hotărâre care îi împiedica să organizeze greve. Comitetul a considerat că dreptul de a forma sindicate nu creează implicit dreptul la grevă și a declarat cererea inadmisibilă⁷⁰⁰.

3.4.3 DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL ȘI DREPTURILE ÎNRUDITE

Această secțiune discută patru aspecte ale dreptului la un proces echitabil și drepturile înrudite: interpretarea dreptului la un proces echitabil; garantarea recursului efectiv; protejarea vieții private și reputației; și protejarea libertății de exprimare și informare. Cu privire la furnizorii de asistență medicală, aceste drepturi devin aplicabile atunci când sunt depuse contestații juridice împotriva conduitei lor. CtEDO a oferit interpretare extensivă a dreptului la un proces echitabil, protejat prin Articolul 6 din CEDO. Acest drept cuprinde aspecte cum ar fi acordarea licențelor și neglijența medicală.

697. Monitorul Oficial al Comunităților Europene. Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. OJ C 364/01. 7 decembrie 2000.

698. ESCR. Confederația Europeană a Sindicatelor (ETUC) / Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB) / Confédération des Syndicats Chrétiens de Belgique (CSC) / Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB) v. Belgia. Plângerea colectivă nr. 59/2009. 13 septembrie 2011.

699. CtEDO. Enerji Yapi-Yol Sen v. Turcia. Cererea nr. 68959/01. 21 aprilie 2009.

700. CtEDO. Unison v. Marea Britanie. Cererea nr. 53574/99. 10 ianuarie 2002.

Dreptul la un proces echitabil

Dreptul la un proces echitabil, protejat prin Articolul 6 din CEDO, conferă fiecărui individ dreptul la „judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită prin lege.” Acest drept se aplică procesului determinării drepturilor civile sau acuzațiilor penale aduse împotriva unui individ. Se aplică, de asemenea, tuturor procedurilor înrudite, între Stat și individ sau dintre părți private – al căror rezultat este „decisiv” pentru drepturile și obligațiile civile⁷⁰¹. Procedurile administrative nu trebuie să respecte neapărat Articolul 6, dat fiind faptul că, la un moment dat, există oportunitatea de a apela la un proces judiciar care respectă standardele Articolului 6. În mod similar, procedurile legale nu trebuie să respecte standardele procesului echitabil în fiecare stadiu al procesului. Mai degrabă, instanțele vor evalua dacă procedurile, privite în ansamblu, constituie un proces echitabil.

În procedurile civile, făptuitorul are dreptul la accesul real și efectiv în instanță, la notificarea momentului și locului procedurilor, la oportunitatea reală de a-și prezenta cazul și la o hotărâre motivată. Nu există nici o cerință expresă pentru asistență juridică în cazuri civile. Cu toate acestea, pentru a pune în aplicare dreptul de acces și necesitatea echității, în anumite cazuri poate fi necesară asistența⁷⁰².

În plus, potrivit acestui drept, se aplică principiul „egalității armelor” (ambele părți au acces procedural egal în instanță), care poate fi încălcat prin simpla inegalitate din punct de vedere procedural⁷⁰³. Acest drept stabilește că ambele părți au dreptul de a fi informate cu privire la documentele depuse de cealaltă parte, precum și în legătură cu alte materiale scrise și au, de asemenea, dreptul la replică⁷⁰⁴.

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO,

- **Art. 6:** Orice persoană are dreptul la judecarea cauzei sale în mod echitabil, în mod public și în termen rezonabil, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî fie asupra încălcării drepturilor și obligațiilor sale cu caracter civil, fie asupra temeiniciei oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa. Hotărârea trebuie să fie pronunțată în mod public, dar accesul în sala de ședință poate fi interzis presei și publicului pe întreaga durată a procesului sau a unei părți a acestuia, în interesul moralității, al ordinii publice ori al securității naționale într-o societate democratică, atunci când interesele minorilor sau protecția vieții private a părților la proces o impun, sau în măsura considerată absolut necesară de către instanță când, în împrejurări speciale, publicitatea ar fi de natură să aducă atingere intereselor justiției.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN PROCES ECHITABIL

Konig v. Germania (CtEDO) (1978). Ca urmare a procedurilor disciplinare, un medic a fost considerat inapt pentru practică. Acesta s-a plâns ulterior de durata procedurilor. Curtea a constatat faptul că dreptul de a practica medicina este un drept civil și că durata procedurilor a depășit „timpul rezonabil” impus conform Articolului 6 (peste 10 ani de proceduri de apel)⁷⁰⁵.

701. CtEDO. Ringeisen v. Austria. Cererea nr. 2614/65. 16 iulie 1971.

702. CtEDO. Airey v. Irlanda. Cererea nr. 6289/73. 9 octombrie 1979; CtEDO. P și Alții v. Marea Britanie, Cererea nr. 11209/84; 1234/84; 11266/84; 11386/85. 29 noiembrie 1988.

703. CtEDO. Fischer v. Austria. Cererea nr. 33382/96. 17 ianuarie 2002.

704. CtEDO. Dombó Beheer BV v. Olanda. Cererea nr. 14448/88. 27 octombrie 1993.

705. CtEDO. Konig v. Germania. Cererea nr. 6232/73. 28 iunie 1978.

3.4.4 DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Dreptul la un recurs efectiv stabilește că disponibilitatea unui recurs trebuie să includă examinarea cererii și posibilitatea reparării prejudiciului⁷⁰⁶. Potrivit acestui drept, se vor examina toate procedurile, inclusiv cele judiciare și non-judiciare⁷⁰⁷. Acest drept stabilește de asemenea că natura recursului necesară satisfacerii obligației conform dreptului citat depinde de natura pretensei încălcări. În majoritatea cazurilor, despăgubirile sunt suficiente. În toate cazurile, recursul trebuie să fie „efectiv” atât în practică, cât și în teorie, ceea ce înseamnă că nu trebuie să existe un amestec disproporționat din partea autorităților Statului⁷⁰⁸. Acest drept impune ca autoritatea care deține capacitatea de a furniza recursul să fie independentă de organismul care se presupune că a comis încălcarea⁷⁰⁹.

PREVEDERI RELEVANTE

► CEDO

- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.

CAZ PRIVIND DREPTUL LA UN RECURS EFECTIV

Aksoy v. Turcia (CtEDO) (2011). În cazul unui individ care a pretins că a fost torturat de agenți ai Statului, Curtea a considerat că dreptul la un recurs efectiv este format „dintr-o investigație amănunțită și eficientă capabilă să conducă la identificarea și pedepsirea celor responsabili și incluzând accesul efectiv al reclamantului la procedura de investigație” – pe lângă plata despăgubirilor, dacă este cazul⁷¹⁰.

3.4.5 DREPTUL LA PROTEJAREA VIEȚII PRIVATE ȘI REPUTAȚIEI

Dreptul la protejarea vieții private și a reputației protejează viața privată a individului. De exemplu, asigură protecția împotriva ascultării ilegale a apelurilor telefonice⁷¹¹. Conform acestui drept, protecția se poate extinde și asupra unui anumit comportament și activitate care au loc în public; pentru a extinde protecția, se ia în considerare dacă individul avea o „așteptare rezonabilă a intimității” și dacă a renunțat voluntar la acea așteptare⁷¹². Acest drept impune, de asemenea, ca, pe lângă abținerea de la intervenții arbitrare, Statul să ia măsurile necesare asigurării respectării acestui drept, cum ar fi protejarea acestuia de abuzul părților terțe⁷¹³.

706. CtEDO. Klass v. Germania. Cererea nr. 5029/71. 6 septembrie 1978.

707. CtEDO. Silver v. Marea Britanie. Cererea nr. 5947/72; 6205/73; 7052/75; 7061/75; 7107/75; 7113/75; 7136/75. 25 martie 1983.

708. CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 219987/93. 18 decembrie 1996.

709. CtEDO. Khan v. Marea Britanie. Cererea nr. 35394/97. 4 octombrie 2000; CtEDO. Taylor-Sabori v. Marea Britanie, Cererea nr. 47114/99. 22 ianuarie 2003.

710. CtEDO. Aksoy v. Turcia. Cererea nr. 26211/06. 12 ianuarie 2011. par. 98.

711. CtEDO. Halford v. Marea Britanie. Cererea nr. 20605/92. 25 iunie 1997. (concluzionând că ascultarea apelurilor telefonice private efectuate către un telefon de birou poate constitui o încălcare a Articolului 8).

712. CtEDO. Von Hannover v. Germania. Cererea nr. 40660/08; 60641/08. 7 februarie 2012.

713. CtEDO. Halford v. Marea Britanie. Cererea nr. 20605/92. 25 iunie 1997. (concluzionând că ascultarea apelurilor telefonice private efectuate către un telefon de birou poate constitui o încălcare a Articolului 8).

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO

- **Art. 8:**

1. Orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.
2. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în măsura în care acesta este prevăzut de lege și constituie, într-o societate democratică, o măsură necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protecția sănătății, a moralei, a drepturilor și a libertăților altora.

- **Art. 10:**

1. Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societățile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.
2. Exercițarea acestor libertăți ce comportă îndatoriri și responsabilități poate fi supusă unor formalități, condiții, restrângeri sau sancțiuni prevăzute de lege care, într-o societate democratică, constituie măsuri necesare pentru securitatea națională, integritatea teritorială sau siguranța publică, apărarea ordinii și prevenirea infracțiunilor, protecția sănătății, a moralei, a reputației sau a drepturilor altora, pentru a împiedica divulgarea informațiilor confidențiale sau pentru a garanta autoritatea și imparțialitatea puterii judecătorești.

- **Art. 13:** Orice persoană, ale cărei drepturi și libertăți recunoscute de prezenta Convenție au fost încălcate, are dreptul de a se adresa efectiv unei instanțe naționale, chiar și atunci când încălcarea s-ar datora unor persoane care au acționat în exercitarea atribuțiilor lor oficiale.

3.4.6 DREPTUL LA LIBERTATEA DE INFORMARE ȘI EXPRIMARE

Dreptul la libertatea de exprimare și informare protejează individul față de restricțiile impuse de stat în calea accesării informațiilor pe care alte persoane doresc să le împărtășească. Cu toate acestea, conform acestui drept, Statul nu deține obligația pozitivă de a colecta și difuza informații din proprie inițiativă⁷¹⁴. Acest drept stabilește că funcționarii publici, în măsura în care se bucură de încredere publică, pot fi protejați de „atacuri verbale ofensive și abuzive.” Chiar și în aceste cazuri, totuși, funcționarii publici au datoria de a-și exercita atribuțiile doar în concordanță cu standardele profesionale, fără a fi influențați în mod disproporționat de sentimentele personale⁷¹⁵.

Deși drepturile de a împărtăși și de a primi informații nu sunt consfințite în articole separate, ele au fost interpretate ca parte a dreptului la libertatea de exprimare, care este protejat de Articolul 10 din CEDO. Mai mult, libertatea de exprimare poate fi restricționată legitim, prin aplicarea Articolului 8, pentru protejarea drepturilor și reputației altor persoane. De exemplu, presa nu deține dreptul absolut de a publica atacuri nejustificate la adresa oficialilor publici.

714. CtEDO. Guerra și Alții v. Italia. Cererea nr. 14967/89. 19 februarie 1998.

715. CtEDO. Yankov v. Bulgaria. Cererea nr. 39084/97. 11 martie 2004.

PREVEDERI RELEVANTE

▶ CEDO,

- **Art. 10 (1):** Orice persoană are dreptul la libertate de exprimare. Acest drept include libertatea de opinie și libertatea de a primi sau a comunica informații ori idei fără amestecul autorităților publice și fără a ține seama de frontiere. Prezentul articol nu împiedică Statele să supună societățile de radiodifuziune, cinematografie sau televiziune unui regim de autorizare.

CAZUL PRIVIND DREPTUL LA LIBERTATEA DE EXPRIMARE ȘI INFORMARE

Sosinowska v. Polonia (CtEDO) (2011). Un medic a fost sancționat de consiliul medical pentru criticarea deciziilor altui medic privind diagnosticul și tratamentul unui pacient al secției. Curtea a constatat că intervenția consiliului medical a constituit o încălcare a Articolului 10, considerând că sancțiunea „nu a fost proporțională cu scopul legitim urmărit și, în consecință, nu a fost „necesară într-o societate democratică.”⁷¹⁶

716. CtEDO. Sosinowska v. Polonia. Cererea nr. 10247/09. 18 octombrie 2011.



4.1 INTRODUCERE

4.2 SISTEMUL INTERNAȚIONAL

4.3 SISTEMUL EUROPEAN

4.4 PROCEDURA DE TRIMITERE A CERERILOR LA CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI

4

PROCEDURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE

4.1 INTRODUCERE

Mecanismele internaționale și regionale de monitorizare a drepturilor omului joacă un rol important în implementarea drepturilor omului. Aceste mecanisme au fost înființate pentru a spori conformarea statelor cu tratatele internaționale și regionale ratificate în domeniul drepturilor omului. Cu toate că tratatele constituie legea internațională obligatorie, interpretările tratatelor internaționale emise de aceste organisme de monitorizare a drepturilor omului nu sunt direct obligatorii pentru state, deși câteva organisme sunt mandatate pentru a emite hotărâri obligatorii din punct de vedere juridic. Mai mult decât atât, interpretările tratatelor realizate de către aceste organisme au avut impact chiar și la nivel național⁷¹⁷.

În general, organismele de monitorizare a drepturilor omului iau forma:

- unui organism jurisdicțional ce acționează în calitate de organ judiciar și emite hotărâri care sunt obligatorii pentru Statele care au ratificat tratatul respectiv; sau
- unui organism care examinează rapoartele prezentate de Statele parte la tratat privind conformitatea acestora cu respectivele tratate de drepturile omului și care, în unele cazuri, examinează plângerile individuale sau colective privind încălcarea drepturilor omului întemeiate pe aceste tratate.

Acest capitol servește drept referință rapidă pentru cititori în ceea ce privește modul de navigare prin ambele sisteme, cel internațional și cel regional (European), furnizând informații de bază cu privire la aceste mecanisme de monitorizare a drepturilor omului, inclusiv informații de contact.

717. A se vedea *Mini Numa Comty. v. Sec'y of Health & Ors.*, Juzgado del Distrito de Guerrero [JD] [Tribunalul Districtual Guerrero], J.A.IA. 1157/2007-II (Mex.); A se vedea și Christof Heyns și Frans Viljoen, *Impactul pe plan intern al tratatelor Națiunilor Unite privind drepturile omului* (Haga: Drept Internațional Kluwer, 2002). (Include discuții pentru 20 de țări privind înregistrările acestora referitoare la conformitatea cu deciziile mai multor comisii internaționale importante de Resurse umane).

4.2 SISTEMUL INTERNAȚIONAL

După cum s-a discutat în Capitolul 2, în prezent există opt tratate internaționale fundamentale privind drepturile omului, care conțin garanții legate de protecția drepturilor omului privind îngrijirea pacientului. Deși aceste tratate sunt obligatorii numai pentru statele care le-au ratificat⁷¹⁸, standardele lor au o forță morală și politică puternică inclusiv pentru țările care nu le-au ratificat. Fiecare dintre aceste tratate dispune de o comisie care se ocupă de monitorizarea respectării tratatului de către state. Acestea sunt denumite în continuare „organisme de monitorizare a tratatelor” sau „organisme ale tratatelor”.

ORGANISMELE DE MONITORIZARE A TRATATELOR ONU

În general, organismele de monitorizare a tratatelor ONU monitorizează respectarea de către stat a respectivului tratat, utilizând o combinație de trei tipuri de mecanisme:

- 1) documente interpretative cu privire la conținutul tratatului în cauză;
- 2) evaluarea respectării de către stat a tratatului în cauză pe baza rapoartelor pe care statele-părți sunt obligate să le prezinte în mod regulat; și
- 3) primirea și luarea în considerare a comunicărilor individuale întemeiate pe încălcarea de către stat a unui sau a mai multor drepturi ale omului protejate de tratatul în cauză, precum și emiterea de recomandări pentru statul pârât. Fiecare din funcțiile specifice ale organismelor, informațiile de contact, și modalitățile prin care societatea civilă poate participa sunt detaliate mai jos.

O NOTĂ PRIVIND UTILIZAREA DE RAPOARTE ALTERNATIVE ÎN CADRUL ORGANISMELOR DE MONITORIZARE A TRATATELOR ONU

Organismele de monitorizare a tratatelor oferă diferite căi de participare a societății civile, o opțiune cheie fiind prezentarea rapoartelor alternative (cunoscute, de asemenea, sub numele de rapoarte “paralele” sau rapoarte “în umbră” sau “informații scrise”). Aceste rapoarte pot avea un rol important în cadrul procesului de raportare periodică a organismelor de monitorizare a tratatelor ONU. Acestea permit societății civile să ofere sprijin sau informații alternative privind situația drepturilor omului din țara examinată de un anumit organism. Din acest motiv, această secțiune a capitolului subliniază rapoartele alternative ca fiind unul dintre instrumentele disponibile pentru societatea civilă, utilizate pentru a influența munca organismelor de monitorizare a tratatelor.

Rapoartele alternative trimise până acum, precum și informațiile pentru societatea civilă cu privire la prezentarea acestor rapoarte, sunt accesibile pe site-ul web al Biroului Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului.

Comitetul pentru drepturile omului

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR) supraveghează respectarea Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR) de către statele care au ratificat tratatul. CCPR emite documente interpretative cu privire la ICCPR, denumite “comentarii generale.”

CCPR monitorizează progresul în implementarea ICCPR bazat pe analiza rapoartelor periodice prezentate de statele părți și are în vedere plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului. De asemenea, CCPR analizează „comunicările individuale,” care sunt plângeri depuse de persoane fizice sau grupuri de

718. Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR). Ratificări, Abțineri și Declarații. <http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=4&subid=A&lang=en>. Accesat august 14, 2013.

persoane referitoare la încălcări ale drepturilor stabilite în ICCPR săvârșite de către statele părți care au ratificat Primul Protocol Opțional la ICCPR.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze către CCPR la un an de la ratificarea ICCPR, iar după, la cerere –aproximativ o dată la fiecare 4 ani. Odată ce un stat își înaintează raportul, CCPR îl analizează și emite „observații finale”, comunicându-și preocupările și recomandările către respectivul stat cu privire la modalitatea cea mai bună de implementare a tratatului.

CCPR se reunește de trei ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot trimite rapoarte alternative către CCPR cu privire la orice aspect cu privire la respectarea de către un stat parte a ICCPR. Aceste rapoarte ar trebui să fie prezentate, până la termenul limită relevant, prin Secretariatul CCPR aflat la Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului din Geneva, care păstrează de asemenea un calendar referitor la data când Statele-parte trebuie să apară înaintea CCPR. A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul web al CCPR.

Organizațiile pot participa la sesiunile CCPR în calitate de observatori, dar nu le este permis să vorbească în timpul revizuirii Statelor. Pentru a face acest lucru, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans. Cei care au prezentat rapoarte la CCPR pot face o prezentare orală scurtă, în prima zi a sesiunii. Organizațiile pot planifica, de asemenea, briefing-uri informale, la prânz, la Comisie.

În plus, în conformitate cu mecanismul de plângeri individuale al CCPR, ONG-urilor li se permite să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice respective. Vezi „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CCPR.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR)
Divizia Tratatelor pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresa de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția
Tel.: +41 (0) 22 917 92 61
Fax: +41 (0) 22 917 90 08
E-mail: ccpr@ohchr.org
Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CCPR/Pages/CCPRIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția
Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturi economice, sociale și culturale

MANDAT

Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale (CESCR) supraveghează respectarea de către Statul membru a Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale (ICESCR). CESCR emite documente interpretative referitoare la ICESCR, denumite „observații generale”.

CESCR monitorizează progresele înregistrate în implementarea ICESCR pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului, și examinează „comunicările individuale”, care sunt plângeri depuse de persoane fizice sau grupuri de persoane întemeiate pe încălcări ale drepturilor stabilite în ICESCR de către statele părți care au ratificat Protocolul opțional la ICESCR.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze în termen de doi ani de la ratificarea ICESCR și, ulterior, la fiecare cinci ani. Odată ce un stat își înaintează raportul, CESCR analizează raportul și emite „observații finale”, oferind observații pozitive, preocupările și recomandările privind modul în care statul-parte poate pune în aplicare mai bine tratatul.

CESCR se întrunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, organizațiile pot depune „rapoarte paralele” la CESCR cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a ICESCR. Rapoartele paralele ar trebui să fie prezentate prin intermediul secretariatului CESCR aflat la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind datele când statele-parte trebuie să apară înaintea CESCR. A se vedea „Participarea la lucrările Comisiei” pe site-ul CESCR.

Organizațiile pot participa la o sesiune a CESCR sau la o întâlnire preliminară a grupului de lucru. Pentru a face acest lucru, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans. Cei care au prezentat rapoarte la CESCR pot face o prezentare orală scurtă în după-amiaza primei zi de luni a sesiunii și/sau pot să organizeze ședințe de informare (briefing-uri) informale de prânz cu membrii Comitetului.

În cadrul mecanismului pentru plângerile individuale a CESCR, ONG-urilor li se permite să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice respective. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CESCR.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale (CESCR)
 Divizia de Tratat pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresa de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția
 Tel.: +41 (0) 22 917 90 00
 Fax: +41 (0) 22 917 90 08
 E-mail: cescr@ohchr.org
 Website: <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva 1211 Geneva 10, Elveția
 Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
 E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru prevenirea torturii

MANDAT

Comitetul pentru prevenirea torturii (Comitetul CAT) supraveghează respectarea de către state a Convenției împotriva torturii și altor pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante (CAT sau „Convenția asupra torturii”). Comitetul CAT emite documente interpretative pe Convenția asupra torturii denumite „comentarii generale”.

Comitetul CAT monitorizează progresele în punerea în aplicare a Convenției torturii pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului și, de asemenea, examinează plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au recunoscut în mod expres competența Comitetului CAT de a primi plângeri individuale (în temeiul Articolului 22 al Convenției).

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze în termen de un an de la ratificarea Convenției torturii și ulterior, la fiecare patru ani. Odată ce un stat depune raportul său, Comitetul CAT îl examinează și emite „observații finale”, care include concluziile Comitetului cu privire la respectarea de către stat a Convenției torturii și poate adresa recomandări de îmbunătățire a implementării tratatului de către stat.

Comitetul CAT se întâlnește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „informații scrise” Comitetului CAT cu privire la orice aspect privind respectarea de către un stat parte a Convenției torturii. Informațiile scrise ar trebui să fie transmise prin intermediul Secretariatului CAT de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind momentul la care statele-părți apar în fața Comitetului CAT. A se vedea „Participarea la lucrările Comisiei” pe site-ul Comitetului CAT.

Organizațiile care au transmis informații scrise se pot întâlni în particular cu Comitetul CAT, înainte de reuniunea Comisiei cu delegația statului ce urmează a fi examinat. Instituțiile naționale pentru drepturile omului (NHRIs) se pot întruni, de asemenea, în particular cu membrii importanți ai Comitetului CAT și raportorii de țară, înainte de ședința Comitetului CAT cu statul respectiv. Pentru a participa în acest mod, organizațiile trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, anticipat.

Comitetul CAT poate lua în considerare, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului presupus comise de către statele care au făcut declarația necesară în temeiul articolului 22 al Convenției torturii. Vezi „Procedura de plângere”, pe site-ul web al Comisiei CAT.

INFORMAȚIA DE CONTACT

Secretariat

Comitetul împotriva Torturii (CAT)
Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția
Tel.: +41 (0) 22 917 97 06
Fax: +41 (0) 22 917 90 08
E-mail: cat@ohchr.org
Website: www.ohchr.org/EN/HRBodies/CAT/Pages/CATIndex.aspx

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția
Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor

MANDAT

Comitetul pentru Eliminarea Tuto­rur Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (Comitetul CEDAW) su­praveghează respectarea de către stat a Convenției privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW). Comitetul CEDAW emite documente interpretative asupra CEDAW numite „recomandări generale”.

Comitetul CEDAW monitorizează progresele înregistrate de țări la punerea în aplicare a CEDAW, pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele părți care au ratificat Convenția. Comisia are, de asemenea, competența de a iniția anchete privind încălcări sistemice ale drepturilor femeilor, precum și examinarea și luarea în considerare a plângerilor individuale privind încălcarea drepturilor pretins comise de statele care au ratificat Protocolul opțional la CEDAW.

În cadrul procedurii de raportare periodică, statele-părți trebuie să raporteze în termen de un an de la ratificarea CEDAW și, ulterior, cel puțin o dată la patru ani. Odată ce Statul-parte își depune raportul, Co­mitetul îl analizează și oferă concluzii privind punerea în aplicare de către stat a CEDAW, subliniind atât aspectele pozitive cât și domeniile îngrijorătoare, precum și furnizarea de sugestii și recomandări privind modul în care statul poate pune în aplicare mai bine tratatul.

Comitetul CEDAW se reunește de câte ori este necesar pentru a-și îndeplini funcțiile.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune rapoarte alternative sau în umbră în fața Comitetului CEDAW referitor la orice aspect privind respectarea de către un stat parte la CEDAW. Aceste rapoarte ar trebui prezentate prin Divizia pentru promovarea femeilor, din New York, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele părți trebuie să apară în fața comitetului. (A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul Comitetului CEDAW și „Producerea Rapoartelor Alternative către Comitetul CEDAW: Un ghid de procedură” al International Women’s Rights Action Watch). ONG-urile pot solicita, de asemenea, Comitetului CEDAW să inițieze anchete privind încălcări sistemice ale drepturilor femeilor de către statele care au ratificat Protocolul Opțional CEDAW.

Organizațiile pot participa la sesiunea Comitetului CEDAW în calitate de observatori sau se pot prezenta la reuniunile din pre-sesiune, care sunt limitate la reprezentanții ONU și ONG-urile din țările ale căror rapoarte sunt în curs de examinare. Pentru a face acest lucru, acestea trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare” anticipat. Cei care au prezentat rapoarte alternative către Comitetul CEDAW pot face o prezentare orală în cadrul reuniunii de consultare informală, care este de obicei programată în prima zi a săptămânii. Organizațiile trebuie să obțină și acreditare din partea Comitetului pentru a participa la această reuniune.

În cadrul mecanismului de comunicări individuale al Comitetului CEDAW, ONG-urile au voie să prezinte rapoarte în numele persoanelor fizice cu acordul persoanei fizice. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul Comitetului CEDAW.

Pentru mai multe informații, a se vedea „Participarea ONG” pe site-ul web al Entităților Națiunilor Unite pentru egalitatea de gen și emanciparea femeilor (UN Women).

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Eliminarea Tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor (CEDAW)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția
 Tel.: +41 (0) 22 917 94 43
 Fax: +41 (0) 22 917 90 08
 E-mail: cedaw@ohchr.org
 Website: <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția
 Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
 E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru eliminarea discriminării rasiale

MANDAT

Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale (CERD) supraveghează respectarea de către statul-parte a Convenției internaționale privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (ICERD). CERD emite documente interpretative bazate pe ICERD denumite „recomandări generale.”

CERD monitorizează progresul țării în punerea în aplicare a ICERD pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, precum și printr-o procedură de avertizare timpurie, în cazul în care CERD ia măsuri de prevenire a unor situații ce pot degenera în conflicte sau probleme care necesită atenție urgentă. CERD este, de asemenea, însărcinat cu primirea și examinarea plângerilor interstatale de încălcare a drepturilor omului, precum și plângeri individuale împotriva statelor care au recunoscut în mod expres competența CERD de a examina plângerile individuale (în conformitate cu Articolul 14 din ICERD).

În cadrul procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze către CERD la un an de la ratificarea ICERD și ulterior, la fiecare doi ani. Odată ce un stat parte își depune raportul, CERD îl analizează și emite „observații finale” arătându-și preocupările și recomandările statului respectiv cu privire la punerea în aplicare a tratatului.

CERD se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” către CERD cu privire la orice aspect al respectării ICERD de către un stat-parte. Rapoartele alternative trebuie depuse prin Secretariatul CERD aflat la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte trebuie să apară înaintea CERD. A se vedea „Participarea la lucrările Comitetului” pe site-ul web al CERD. Organizațiile pot participa la o sesiune CERD în calitate de observatori.

Organizațiile pot participa la reuniunile informale în pre-sesiune, cu ONG-urile, ce au loc la începutul fiecărei săptămâni în timpul ședinței CERD. Aici, ONG-urile pot furniza informații cu privire la țările în curs de examinare în acea săptămână. ONG-urile pot organiza, de asemenea, briefing-uri informale la prânz cu Comitetul. Pentru a se angaja în oricare dintre aceste activități, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans.

CERD poate lua în considerare, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au făcut declarația necesară în conformitate cu Articolul 14 din ICERD. A se vedea „Procedura de plângere”, pe site-ul web al CERD.

CONTACT INFORMATION

Secretariat

Comitetul pentru Eliminarea Discriminărilor Rasiale (CERD)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență::

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Elveția
 Tel.: +41 (0) 22 917 94 40
 Fax: +41 (0) 22 917 90 08
 E-mail: cerd@ohchr.org
 Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CERD/Pages/CERDIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția
 Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
 E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora

MANDAT

Comitetul pentru Protecția Drepturilor Tuturor Lucrătorilor Migranți și a Membrilor Familiilor Acestora (CMW) monitorizează punerea în aplicare a Convenției internaționale pentru protecția drepturilor tuturor lucrătorilor migranți și a membrilor familiilor acestora (ICMW). CMW emite documente interpretative referitoare la ICMW denumite „comentarii generale”.

CMW monitorizează progresele înregistrate în punerea în aplicare a ICMW pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul. Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele părți trebuie să raporteze CMW la un an de la ratificarea ICMW, iar apoi la fiecare cinci ani. Odată ce statul parte depune raportul său, CMW îl examinează și emite „observații finale”, în care arată statului respectiv preocupările și recomandările sale, cu privire la punerea în aplicare a tratatului.

CMW nu are momentan competență pentru a lua în considerare plângerile individuale. Protocolul facultativ la ICMW acordă Comitetului această putere, deschisă pentru semnare în 2012, dar acest înscris nu a obținut încă cele 10 ratificări necesare pentru ca mecanismul individual de plângere să intre în vigoare.

Comitetul CMW se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „observații scrise” (i.e., rapoarte alternative) Comitetului CMW cu privire la orice aspect al respectării de către un stat-parte a ICMW. Observațiile scrise ar trebui să fie prezentate prin intermediul Secretariatului CMW de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului de la Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte trebuie să apară în fața Comitetului CMW.

Organizațiile pot participa la o ședință a CMW în calitate de observatori. Ele pot prezenta, de asemenea, informații orale în fața Comitetului la reuniunile publice și/sau informale ce au loc în timpul ședinței. Pentru a se angaja în oricare dintre aceste activități, ele trebuie să completeze și să depună un „formular de cerere de acreditare”, în avans.

Mecanismul individual de plângere pentru CMW nu a intrat încă în vigoare.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Muncitorii Migranți (CMW)
Divizia de Tratat pentru Drepturile Omului (HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Switzerland
 Tel.: +41 (0) 22 917 96 41
 Fax: +41 (0) 22 917 90 08
 E-mail: cmw@ohchr.org
 Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CMW/Pages/CMWIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția
 Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
 E-mail: tb-petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Comitetul CRPD) supraveghează respectarea de către stat a Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CRPD). Emiterea documentelor interpretative cu privire la conținutul tratatului este parte a mandatului Comitetului CRPD, însă, până la momentul actual, a emis doar schițe de observații generale.

Comitetul CRPD monitorizează progresul punerii în aplicare a CRPD pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul, ia în considerare plângerile interstatale de încălcare a drepturilor omului, și de asemenea analizează plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au ratificat Protocolul Opțional la CRPD.

Ca parte a procedurii de raportare periodică, statele-trebuie să raporteze în termen de doi ani de la ratificarea CRPD și ulterior, la fiecare patru ani. Odată ce un stat-parte depune raportul său, Comitetul CRPD examinează raportul și emite „observații finale”, formulează recomandări generale și sugestii cu privire la modul în care statul poate pune mai bine în aplicare tratatul.

Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități se reunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la Comitetul CRPD cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a CRPD. Rapoartele alternative trebuie înaintate prin Secretariatul CRPD Secretariat de la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului (OHCHR) din Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte vor apărea în fața Comitetului CRPD.

INFORMAȚII DE CONTACT

Secretariat

Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD)
Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului(HRTD)
Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
CH-1211 Geneva 10, Elveția
Tel.: +41 (0) 22 917 97 03
Fax: +41 (0) 22 917 90 08
E-mail: crpd@ohchr.org
Website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
1211 Geneva 10, Elveția
Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
E-mail: petitions@ohchr.org

Comitetul pentru drepturile copilului

MANDAT

Comitetul pentru Drepturile Copilului (Comitetul CRC) supraveghează respectarea de către stat a Convenției privind Drepturile Copilului (CRC). Comitetul CRC emite documente interpretative asupra CRC denumite „comentarii generale.”

Comitetul CRC monitorizează progresul în implementarea CRC pe baza rapoartelor periodice prezentate de statele care au ratificat tratatul. Se analizează, de asemenea, plângerile individuale de încălcare a drepturilor omului comise de către statele care au ratificat Protocolul Opțional la CRC.

Comitetul CRC se reunește de trei ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Ca parte a procedurii de raportare periodică, ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la Comitetul CRC cu privire la orice aspect al respectării de către un stat parte a CRC. Rapoartele alternative ar trebui să fie prezentate prin intermediul secretariatului CRC cu sediul la Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului din Geneva, care menține, de asemenea, un calendar privind data la care statele-parte vor apărea în fața Comitetului CRC.

INFORMAȚII DE CONTACT

Comitetul pentru Drepturile Copilului (CRC)
 Divizia de Tratatate pentru Drepturile Omului (HRTD)
 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)
 Palais Wilson - 52, rue des Pâquis
 CH-1201 Geneva, Elveția

Adresă de corespondență:

UNOG-OHCHR
 CH-1211 Geneva 10, Switzerland
 Tel.: +41 (0) 22 917 91 41
 Fax: +41 (0) 22 917 90 08
 E-mail: crc@ohchr.org
 Website: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/index.htm>

Comunicări individuale

Echipa pentru petiționări
 Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului
 Biroul Națiunilor Unite de la Geneva
 1211 Geneva 10, Elveția
 Fax: + 41 (0) 22 917 9022 (în special pentru probleme urgente)
 E-mail: petitions@ohchr.org

Organizația internațională a muncii

MANDAT

Organizația Internațională a Muncii (ILO) promovează dezvoltarea unor condiții adecvate de muncă, oportunități pentru locuri de muncă decente, precum și consolidarea protecției sociale privind probleme legate de muncă. ILO este unică în structura sa de conducere tripartită, reprezentând guvernele, angajatorii, precum și lucrătorii.

ILO găzduiește conferințe bianuale care servesc drept forum pentru dialog referitor la muncă, stabilirea și adoptarea standardelor internaționale de muncă, precum și la alegerea organismului de conducere al ILO.

Statele care au ratificat o convenție a ILO au obligația legală de a aplica prevederile acesteia. Până în prezent, ILO a adoptat 189 de convenții internaționale în domeniul muncii.

Există două tipuri de mecanisme de monitorizare privind respectarea de către un stat membru a convențiilor cu ILO: un sistem obișnuit de supraveghere și proceduri speciale. În cadrul „sistemului obișnuit de supraveghere”, statele membre ale ILO au obligația de a prezenta rapoarte la fiecare doi ani cu privire la punerea în aplicare a celor opt convenții fundamentale și patru convenții prioritare ratificate, și o dată la cinci ani pentru toate celelalte convenții. Cu toate acestea, unui stat parte i se poate cere să prezinte rapoarte la intervale mai scurte. Comitetul de Experti în Aplicarea Convențiilor și Recomandărilor (CEACR) examinează raportul și comunică cu statul parte privind punerea în aplicare a convențiilor. Odată adoptat, raportul anual CEACR este prezentat la Conferința Internațională privind Munca și este examinat de către Comitetul Conferinței privind Aplicarea Standardelor (Comisia Conferinței), care selectează observații specifice pentru discuții și invită statele părți să răspundă și să furnizeze informații privind problema

sau problemele, în discuție. Comitetul Conferinței emite, de obicei, concluzii și recomandări pentru îmbunătățirea punerii în aplicare a convenției/ convențiilor OIM.

CEACR se reunește în lunile noiembrie și decembrie ale fiecărui an, iar Conferința Internațională a Muncii are loc în luna iunie.

Alt mecanism al ILO este constituit de „procedurile speciale”, în care o asociație industrială a angajatorilor sau a lucrătorilor poate depune o plângere împotriva Statelor membre. Aceștia pot depune plângeri în fața Consiliului de administrație al ILO împotriva oricărui stat membru care nu respectă convenția ratificată. O comisie a Consiliului de administrație examinează cazul și transmite Consiliului concluziile și recomandările sale. În cazul în care Consiliul de administrație nu este mulțumit de răspunsul statului, se pot publica reprezentarea și răspunsul. Organizațiile patronale și sindicale pot depune, de asemenea, o cerere în fața Comitetului pentru Libertatea de asociere - o altă procedură specială. În cazul în care Comitetul constată o încălcare a libertății de asociere, acesta emite recomandări în raportul Consiliului de administrație și solicită ca Statele-parte să depună ulterior un raport la punerea în aplicare a recomandărilor sale.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Organizațiile societății civile pot participa în mai multe feluri la ILO. Organizațiile patronale și sindicale aleg reprezentanți pentru a face parte din Consiliul de administrație și diverse organisme consultative ale ILO, în cazul în care se bucură de același nivel de autoritate decizională ca și guvernele. Convențiile și recomandările ILO oferă statelor membre procedurile de consultare cu organizațiile lucrătorilor și angajatorilor, și reprezentanții acestora cu privire la toate problemele ILO. După cum s-a subliniat mai sus, asociațiile lucrătorilor și angajatorilor sunt invitate să prezinte informații privind punerea în aplicare de către statul parte a unei convenții ratificate pentru pregătirea de către CEACR a analizei raportului statului. ILO oferă, de asemenea servicii de instruire și consultanță pentru aceste organizații.

Utilizând mecanismele de plângere în „proceduri speciale” (descrise mai sus), organizațiile angajatorilor și lucrătorilor pot depune plângeri la Biroul Internațional al Muncii împotriva unui stat membru pentru presupuse încălcări ale convenției(lor) ratificată(e).

ILO colaborează de asemenea cu organizațiile locale, naționale și regionale, cum ar fi asociațiile profesionale, cooperative, comisii de dezvoltare rurală, comisiile utilizatorilor de apă, grupuri de credit rurale sau urbane, ONG-uri interesate de dezvoltare locală și națională sau a drepturilor omului, organizații comunitare indigene, și rețele de lucrători la domiciliu, în special femei. Ei participă la activitățile de cooperare tehnică ale ILO. În ceea ce privește popoarele indigene, convenția încurajează statele să se consulte cu ei în pregătirea rapoartelor. Popoarele indigene pot, de asemenea, să se afilieze cu asociațiile lucrătorilor sau pot forma propriile lor asociații de lucrători, în scopul de a comunica mai direct cu ILO.

În plus față de integrarea ONG-urilor în structura sa tripartită, organizațiile non-guvernamentale internaționale recunoscute de către ILO se bucură de statut consultativ, care le permite să-și exprime punctele de vedere cu privire la aspectele discutate în cadrul reuniunilor ILO, chiar dacă acestea nu au drept de vot. De asemenea, ONG-urile care fac parte din „Lista Specială” au relații de lucru cu ILO, fiindcă se presupune că împărtășesc aceleași principii și obiective ale ILO. În cele din urmă, organizațiile non-guvernamentale internaționale pot limita, de asemenea, nivelul lor de implicare și pot participa doar la reuniunile ILO care ating interesele lor specifice.

Pentru mai multe informații privind oportunitățile de participare ale societății civile, vizitați: www.ilo.org/pardev/civil-society/lang-en/index.htm.

INFORMAȚII DE CONTACT

4 route des Morillons
 CH-1211 Genève 22, Elveția
 Tel.: +41 (0) 22 799 6111
 Fax: +41 (0) 22 798 8685
 E-mail: ilo@ilo.org
 Website: www.ilo.org

ORGANISMELE ONU ÎNFIINȚATE PE BAZA CARTEI ONU

În plus față de organismele tratatelor de mai sus, există un număr de organisme create pentru protecția și promovarea drepturilor omului în conformitate cu Carta Organizației Națiunilor Unite.

Consiliul pentru drepturile omului

Consiliul pentru Drepturile Omului (HRC) este organismul principal înființat pe baza Cartei sistemului ONU, care a înlocuit Comisia pentru Drepturile Omului în 2006 și nu trebuie să fie confundat cu Comitetul pentru Drepturile Omului (CCPR) creat de către ICCPR. HRC este un organ subsidiar al Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite care abordează situațiile de încălcare a drepturilor omului, inclusiv încălcări globale și sistematice.

HRC are patru mecanisme de monitorizare a drepturilor omului:

- Evaluare Periodică Universală (UPR);
- Proceduri Speciale;
- Comitetul consultativ al Consiliului pentru Drepturile Omului; și
- Procedura de reclamații a Consiliului pentru Drepturile Omului.

Pentru mai multe informații, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx.

Evaluarea periodică universală

Înființată ca parte a mandatului Consiliului pentru Drepturile Omului, Evaluarea Periodică Universală (UPR) constă dintr-o recenzie periodică a înregistrărilor privind drepturile omului ale tuturor statelor membre ale ONU. Ea a fost fondată în 2008 și a finalizat prima evaluare a tuturor celor 193 de state membre în 2011. UPR - mai mult comisiile menționate mai sus - impune statelor parte să prezinte rapoarte cu privire la acțiunile pe care le-au luat pentru a îmbunătăți drepturile omului în țara lor și pentru a îndeplini obligațiile în domeniul drepturilor omului.

UPR nu se limitează la obligații specifice ale tratatului, de aceea este capabilă să ia în considerare o gamă mai largă de probleme legate de drepturile omului decât oricare dintre comitetele individuale. UPR este doar un mecanism complementar comitetelor, ea nu le înlocuiește.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la HRC cu privire la orice aspect al respectării de către un stat a standardelor drepturilor omului. În plus, organizațiilor societății civile cu statut consultativ din cadrul Consiliului Economic și Social al Națiunilor Unite (ECOSOC) li se permite să participe la ședința de grup de lucru și la adoptarea UPR pentru țara respectivă. Un program pentru țările ce se prezintă pentru UPR este menținut pe site-ul HRC: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/UPRMain.aspx>.

HRC a publicat un ghid practic privind participarea Societății civile în procesul UPR, care este accesibil la: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Documents/PracticalGuideCivilSociety.pdf>

Proceduri speciale

„Proceduri speciale” este termenul general dat persoanelor fizice (cunoscuți sub numele de Raportori speciali, Reprezentanți speciali sau Experți independenți) sau grupurilor (cunoscute sub numele de „grupuri de lucru”), care sunt mandatate de către Consiliul pentru Drepturile Omului (HRC) pentru a investiga și a aborda situații naționale specifice sau probleme tematice în întreaga lume. La momentul actual, pagina web a OHCHR (a se vedea link-ul de mai jos) constată că, din 01 octombrie 2013, există 37 de tematici și 14 Proceduri Speciale specifice fiecărei țări.

Tematica procedurilor speciale, care sunt cele mai relevante pentru drepturile omului referitoare la îngrijirea pacientului includ:

- Raportor special privind dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt nivel de sănătate fizică și mentală;
- Grupul de lucru privind detenția arbitrară;
- Raportorul special privind aspecte legate de tortură și alte tratamente săvârșite cu cruzime, inumane sau degradante;
- Raportor special privind promovarea și protejarea dreptului la libertatea de opinie și de exprimare;
- Raportor special privind dreptul la libertatea de întrunire pașnică și de asociere;
- Raportor special privind violența împotriva femeilor, cauzele și consecințele sale; și
- Grupul de lucru cu privire la problema discriminării împotriva femeilor în legislație și în practică.

Pentru mai multe informații, vizitați site-ul web al HRC: www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Welcomepage.aspx

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Pe lângă întâlnirea cu societatea civilă în timpul vizitelor de țară, Raportorii speciali sunt în măsură să primească reclamații individuale care solicită asistență sau investigație privind încălcările drepturilor omului de către statele părți în domeniile lor tematice. Dacă este justificat, Raportorul special solicită răspunsuri de la statele părți privind acuzațiile și rapoartele privind constatările Raportorului special la Consiliul pentru Drepturile Omului.

Pentru mai multe informații cu privire la procesul de depunere a reclamațiilor individuale la Raportorii speciali, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Communications.aspx.

Comitetul consultativ

Comitetul consultativ al Consiliului pentru Drepturile Omului (Comitetul consultativ) funcționează ca un grup de reflecție pentru HRC și se implică în cercetarea de fond și lucrul în direcția HRC. Comitetul consultativ este orientat spre implementare, iar domeniul de aplicare al cercetării și consilierii sale sunt limi-

tate la aspecte tematice referitoare la mandatul HRC. Acesta este compus din 18 experți care deservește personal în această capacitate pentru numirile de până la trei ani.

Comitetul consultativ se întrunește de două ori pe an.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile care au statut consultativ pe lângă Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite (ECOSOC) pot prezenta declarațiile scrise relevante pentru activitatea Adunării consultative înainte de reuniunile Comitetului Consultativ. În plus, observațiile orale pot fi făcute în timpul întâlnirilor cu privire la activitatea Comitetului Consultativ.

Pentru mai multe informații cu privire la participarea societății civile, vizitați: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/AdvisoryCommittee/Pages/NGOParticipation.aspx.

Procedura de reclamații

Procedura de reclamații funcționează ca un forum confidențial de trimitere a reclamațiilor privind „tipare sistematice de încălcări globale și verificate în mod serios ale tuturor drepturilor omului și ale tuturor libertăților fundamentale care apar în orice parte a lumii și în orice circumstanțe”⁷¹⁹ în atenția Consiliului pentru Drepturile Omului (HRC). Procedura promovează o abordare actuală la presupusele încălcări și este orientată spre victimă. Reclamațiile pot fi depuse de către persoane fizice, grupuri, sau ONG-uri ca victime ale încălcării drepturilor omului sau pe baza unor cunoștințe directe și serioase a încălcărilor.

Procedura de reclamații este compusă din două grupuri de lucru distincte: Grupul de lucru pentru Comunicării (WGC) și Grupul de lucru pentru Situații (WGS). WGC se întrunește de două ori pe an pentru a evalua admisibilitatea și temeinicia unei încălcări. WGS întrunește de două ori pe an pentru a examina comunicarea considerată admisibilă de WGC și pentru a prezenta HRC un raport privind încălcările drepturilor de către stat și recomandări privind un curs de acțiune.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

După cum s-a subliniat mai sus, ONG-urile pot depune o reclamație în temeiul Procedurii de reclamații, ca victime ale încălcării drepturilor omului, sau bazate pe cunoașterea directă și de încredere a încălcărilor. Reclamația trebuie să fie depusă utilizând formularul disponibil la adresa: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/ComplaintProcedure/HRCComplaintProcedureForm.doc>.

Reclamații

Sucursala Consiliului pentru Drepturile Omului și Tratatul
OHCHR-UNOG
1211 Geneva 10, Elveția

Fax: +41 (0) 22 9 17 90 11

E-mail: CP@ohchr.org

Website: www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/HRCComplaintProcedureIndex.aspx

719 Biroul Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR). Ratificări, Abțineri și Declarații. <http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=4&subid=A&lang=en>. Accesat august 14, 2013.

Consiliul economic și social

Consiliul Economic și Social al ONU (ECOSOC) coordonează activitatea de 14 agenții specializate ale ONU, comisii funcționale și comisii regionale de lucru pe diferite aspecte internaționale economice, sociale, culturale, educaționale, și de sănătate. ECOSOC ține mai multe ședințe scurte pe an și o ședință anuală de fond timp de patru săptămâni în fiecare lună iulie.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ECOSOC se consultă în mod regulat cu societatea civilă, iar aproape 3.000 de ONG-uri se bucură de statut consultativ. ONG-urilor acreditate ECOSOC li se permite să participe, să prezinte contribuții scrise, și să facă declarații Consiliului și organismelor subsidiare.

Pentru mai multe informații cu privire la ONG-urile cu statut consultativ, vizitați: <http://csonet.org/>.

Agențiile ECOSOC și comisiile care pot fi relevante pentru îngrijirea pacientului includ:

- Comisia privind Statutul Femeilor;
- Comisia pentru Stupefiante;
- Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale; și
- Consiliul Internațional de Control al Stupefiantelor.

4.3 SISTEMUL EUROPEAN

După cum este detaliat în Capitolul 3, sistemul european cuprinde o serie de căi prin care pot fi justificate atât drepturile pacienților, cât și ale furnizorilor. Această secțiune oferă informații de bază pentru a ajuta cititorul să navigheze prin sistemul european.

Curtea Europeană a Drepturilor Omului

MANDAT

Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) este un organism al Consiliului Europei (CoE), care pune în aplicare prevederile Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO). CtEDO se pronunță atât în dispute între state cât și în urma plângerilor (cunoscute sub numele de „cereri”) depuse de persoane fizice și grupuri ce reclamă încălcări ale drepturilor omului protejate de CEDO, împotriva unui stat sau state, cu condiția să fi epuizat toate celelalte remedii disponibile pentru ei pe plan intern, și emite decizii cu caracter obligatoriu pentru statele pârâte. Procesul procedural al CtEDO este elaborat în cele ce urmează.

Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei este responsabil pentru monitorizarea punerii în aplicare a hotărârilor luate de către CtEDO.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Societatea civilă poate depune cereri în numele persoanelor fizice sau grupurilor de indivizi în fața CtEDO. ONG-urile pot depune, de asemenea, informații pe cazuri particulare, fie la invitația președintelui instanței sau, cu permisiunea oferită de CtEDO, ca *amici curiae* („prieteni ai curții”), în cazul în care pot

demonstra că au un interes în cauză sau că au cunoștințe speciale privind subiectul și pot arăta, de asemenea, faptul că intervenția lor ar servi administrării justiției. Audierile CtEDO sunt în general publice. Un formular de cerere și mai multe informații cu privire la depunerea cererilor în fața CtEDO poate fi obținut de pe site-ul CtEDO (<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=applicants&c=>).

INFORMAȚII DE CONTACT

Curtea Europeană a Drepturilor Omului
Consiliul Europei
F-67075 Strasbourg-Cedex, France

Tel: +33 (0) 3 88 41 20 18
Fax: + 33 (0) 3 88 41 27 30
Website: www.echr.coe.int

Comitetul european pentru drepturile sociale

MANDAT

Comitetul European pentru Drepturile Sociale (ECSR) este un organism al Consiliului Europei (CoE) care efectuează evaluări juridice frecvente privind conformitatea statului față de prevederile Cartei Sociale Europene (ESC) (adoptată în 1961 și revizuită în 1996). Aceste evaluări se bazează pe rapoartele prezentate de statele părți la intervale regulate de la doi la patru ani, cunoscut sub numele de „Cicluri de supraveghere”. Comitetul guvernamental și Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei evaluează, de asemenea, rapoartele statului în cadrul ESC.

ECSR dă publicității concluziile sale în fiecare an, și primește, de asemenea, plângeri colective întemeiate pe eșecurile la scară largă privind conformitatea cu ESC, împotriva statelor care au acceptat procedura în temeiul Protocolului adițional la ESC.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Rapoartele prezentate de statele părți în cadrul ESC sunt publice, iar persoanele fizice sau ONG-urile pot face comentarii asupra lor. ONG-urile internaționale cu statut consultativ pe lângă Consiliului Europei și ONG-uri naționale recunoscute de către statul lor de origine pot prezenta, de asemenea, plângeri colective la Consiliul Europei întemeiate pe încălcări ale ESC.

Instrucțiunile pentru ONG-urile care doresc să obțină sau să reînnoiască dreptul de a depune reclamații colective la ECSR sunt disponibile la:

www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/OrganisationsEntitled/Instructions_en.asp.

INFORMAȚII DE CONTACT

Departamentul pentru Carta socială europeană și Codul european de securitate socială
Conseil de l'Europe
Direcția Generală pentru Drepturile omului și Statul de drept
Agora
Consiliul Europei
1, quai Jacoutot
F – 67075 Strasbourg Cedex, France

Tel: +33 (0) 3 88 41 32 58

Fax: +33 (0) 3 88 41 37 00

E-mail: social.charter@coe.int

Website: www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/ECSR/ECSRdefault_en.asp

Comitetul de miniștri

MANDAT

Comitetul de Miniștri (CM) este organul de decizie al Consiliul Europei (CoE) format din miniștrii de externe din toate statele membre CoE (sau reprezentanții lor permanenți). CM oferă un forum de discuție privind problemele cu care se confruntă regiunea și soluțiile la aceste probleme.

CM monitorizează punerea în aplicare a hotărârilor CtEDO și evaluează rapoartele elaborate de Comitetul European pentru Drepturile Sociale (ECSR). CM face, de asemenea, recomandări speciale pentru Statele Membre cu privire la chestiuni pentru care MC a căzut de acord asupra unei „politici comune” – inclusiv probleme legate de sănătate și drepturile omului.

Unele dintre aceste recomandări sunt furnizate de către Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei, un organ consultativ format din reprezentanți ai parlamentelor statelor membre.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

Organizațiilor non-guvernamentale internaționale li se poate acorda statut participativ de către CoE. În mod similar, ONG-urile pot intra în încheierea de acorduri de parteneriat cu Consiliul Europei. În acest fel, organizațiile sunt capabile să susțină activitatea CoE, inclusiv CM, prin munca lor.

În ceea ce privește punerea în aplicare a hotărârilor CtEDO, ONG-urile pot participa la procedura în fața CM. Acestora li se permite să prezinte comunicări la MC în orice moment cât timp cauza este în așteptare în fața CM. Aceste comunicări pot privi nivelul de conformare al statului pârât, pot cere ca statul să prezinte un plan de acțiune/raport, să prezinte sugestii cu privire la modul în care ar trebui să fie executate planurile de acțiune/rapoartele, pot face apel pentru o dezbatere publică cu privire la hotărârea din timpul unei întâlniri privind drepturile omului (rezervate pentru anumite cazuri), pot face apel pentru o schimbare în standardul de revizuire de către MC, și altele asemenea.

INFORMAȚII DE CONTACT

Tel: +33 (0) 3 88 41 28 49

E-mail: cm@coe.int

Website: www.coe.int/cm

Comitetul consultativ

MANDAT

Comitetul consultativ (AC) este comisia independentă de experți responsabilă de evaluarea punerii în aplicare a Convenției-cadru pentru Protecția Minorităților Naționale (FCNM) în statele părți și de consilierea Comitetului de Miniștri (CM). Aceasta monitorizează progresul țării privind punerea în aplicare a FCNM, examinând rapoartele periodice prezentate de Statele-părți.

În plus față de examinarea rapoartelor de țară, AC poate organiza întâlniri cu statele și poate să solicite informații suplimentare din alte surse. AC pregătește apoi un aviz, care se depune la CM. Pe baza acestui aviz, CM emite concluzii privind caracterul adecvat al măsurilor luate de către fiecare stat parte. CM poate implica AC în monitorizarea respectării acestor concluzii și recomandări.

PARTICIPAREA SOCIETĂȚII CIVILE

ONG-urile pot depune „rapoarte alternative” la AC cu privire la orice aspect al respectării FCNM de către un Stat parte. Rapoartele alternative ar trebui să fie prezentate prin intermediul Secretariatului FCNM. ONG-urile pot prezenta informații și în scris, în afara statutului de monitorizare al unui stat, ce privesc punerea în aplicare a FCNM, încurajează statele să ratifice FCNM, ia legătura cu funcționarii publici în timpul pregătirii raportului de țară, participă la reuniunile următoare după ce AC publică monitorizarea rezultatelor, și de asemenea contribuie la pregătirea comentariilor AC cu privire la probleme specifice.

Pentru mai multe informații cu privire la participarea societății civile, vizitați: www.coe.int/t/dghl/monitoring/minorities/2_monitoring/ngO_intro_en.asp

INFORMAȚII DE CONTACT

Directoratul General pentru Drepturile Omului
Secretariatul Convenției-cadru pentru protecția minorităților naționale
F-67075 Strasbourg-Cedex, France
Tel: +33 (0) 3 90 21 44 33
Fax: +33 (0) 3 90 21 49 18
E-mail: minorities.fcnm@coe.int
Website: www.coe.int/minorities

4.4 PROCEDURA DE TRIMITERE A CERERILOR LA CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI

Noțiuni de bază privind Curtea Europeană a Drepturilor Omului ⁷²⁰

ORIGINI

▶ Când și cum a fost creată Curtea Europeană a Drepturilor Omului?

CtEDO a luat ființă în 1959 în temeiul Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO).

▶ Când a devenit operațională?

CtEDO s-a deschis în 1959 ca parte a unei structuri cu două nivele, cuprinzând CtEDO și Comisia pentru Drepturile Omului, aceasta din urmă acționând ca un mecanism de filtrare în cadrul CtEDO. Această structură pe două nivele a fost înlocuită în 1998 cu o singură curte, în conformitate cu modificările introduse prin Protocolul 11 la CEDO.

⁷²⁰ Bazat pe Uciderea raportată ca încălcare a drepturilor omului de Kate Thompson și Camille Giffard (publicată de Centrul pentru Drepturile Omului, Universitatea din Essex).

SCOP

▶ Care este obiectivul general al Curții Europene a Drepturilor Omului?

Să examineze plângerile de încălcare a CEDO

▶ Care sunt funcțiile Curții Europene a Drepturilor Omului?

- Plângeri interstatale (Articolul 33, CEDO)
- Plângeri individuale (Articolul 34, CEDO)
- Constatarea faptelor (în contextul exclusiv al plângerilor individuale, fiind un pas opțional în cadrul procedurii)

COMPUNERE

▶ Din câte persoane este compusă Curtea Europeană a Drepturilor Omului?

Atâția judecători câte state sunt parte la Convenția Europeană a Drepturilor Omului

▶ Sunt aceste persoane experți independenți sau reprezentanți ai statului?

Experți independenți

CARE SUNT CERINȚELE DE ADMISIBILITATE?

▶ O cerere va fi declarată inadmisibilă în cazul în care:

- Cererea este anonimă;
- Cererea nu a fost depusă în termen de șase luni de la data deciziei finale a autorităților naționale în cauză;
- Cererea este „vădit nefondată sau reprezintă un abuz al dreptului de petiționare” (o examinare preliminară a cererii nu indică nici o aparență de încălcare a drepturilor protejate în temeiul CEDO, situație în care cererea poate fi declarată inadmisibilă imediat, fără a fi necesar să se procedeze la examinarea oficială pe fond);
- Cererea este incompatibilă cu prevederile Convenției;
- Cererea are același conținut cu o cerere care a fost deja analizată de către instanța de judecată sau cu o altă procedură de investigație internațională și nu conține informații noi și relevante;
- Căile domestice nu au fost epuizate, cu excepția cazului în care căile de atac sunt indisponibile, ineficiente sau prelungite nejustificat (și o explicație cu privire la astfel de probleme a fost furnizată Curții).

Începând cu data de 1 iunie 2010, în conformitate cu Protocolul 14 la CEDO, o nouă cerință de admisibilitate permite Curții să declare ca inadmisibile cazurile în care reclamantul nu a suferit un dezavantaj semnificativ, cu excepția cazului în care „respectarea drepturilor omului” necesită o examinare pe fond și nici o cale de atac internă nu este disponibilă. Acestea sunt cunoscute ca „reclamații minore”.

CE TREBUIE SĂ CONȚINĂ CEREREA DUMNEAVOASTRĂ?

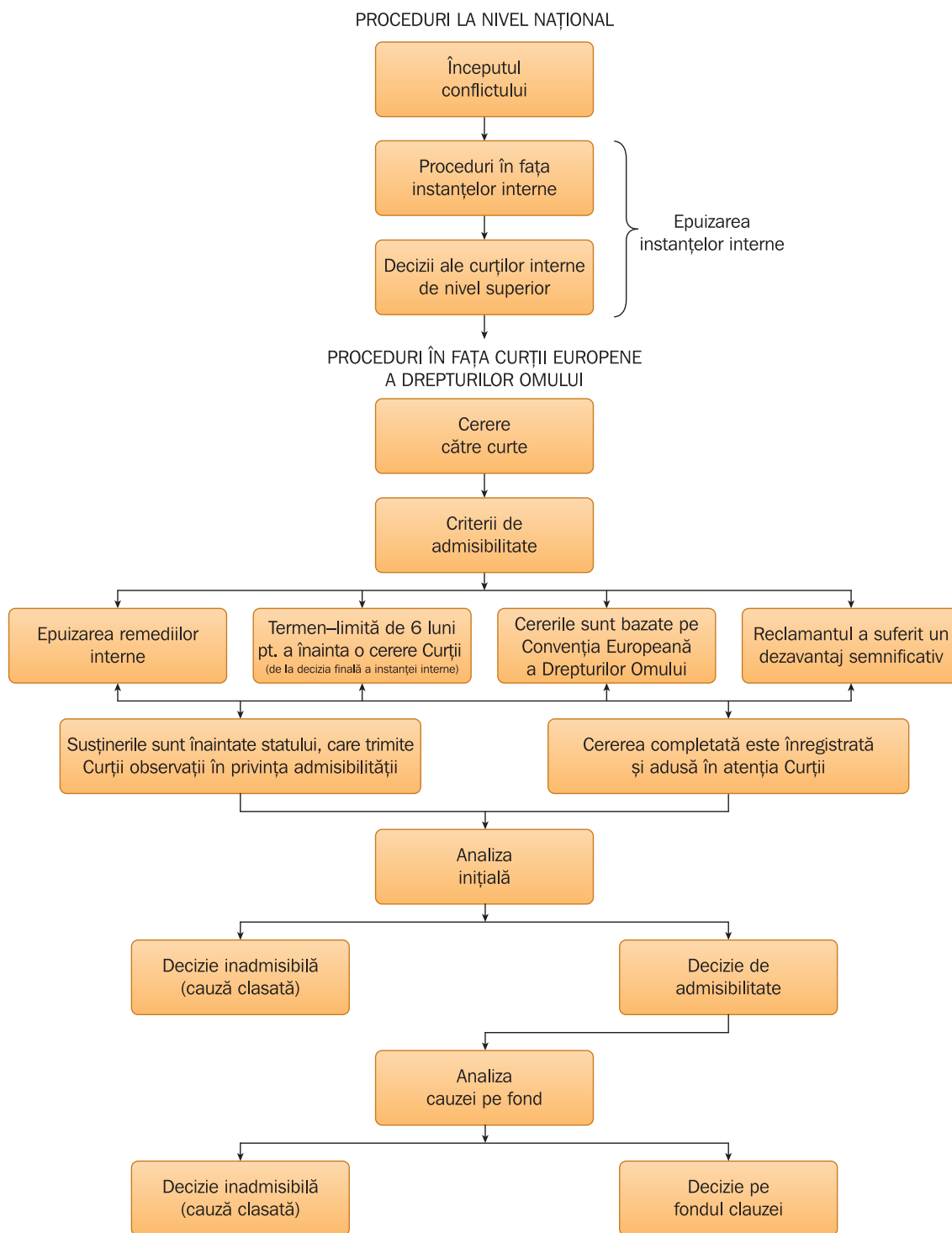
▶ Scrisoarea inițială trebuie să conțină:

- Un rezumat al reclamațiilor dumneavoastră;
- Indicarea drepturilor din CEDO care credeți că au fost încălcate;
- Indicarea căilor de atac interne pe care le-ați folosit sau pe care ați încercat să le folosiți; și

- O listă a deciziilor oficiale în cazul dumneavoastră, inclusiv data fiecărei decizii, de cine a fost luată, și o indicație a ceea ce conține (anexați o copie a fiecărei decizii).

Un formular de cerere și mai multe informații cu privire la depunerea cererilor la CEDO pot fi obținute de pe site-ul web al CEDO (<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=applicants&c=>).

Tabel: Parcursul procedural de bază al cererii individuale la Curtea Europeană a Drepturilor Omului⁷²¹



721 Bazat pe Ucidere raportată ca încălcare a drepturilor omului [Reported Killing as Human Rights Violations] de Kate Thompson și Camille Giffard (publicată de Centrul pentru Drepturile Omului, Universitatea din Essex) și "Durata de viață a unei cereri" de către Curtea Europeană a Drepturilor Omului,, (http://www.echr.coe.int/Documents/Case_processing_ENG.pdf).

Aplicații practice ale utilizării procedurii de cereri individuale la Curtea Europeană a Drepturilor Omului

▶ **Cine poate deschide o acțiune în temeiul acestei proceduri?**

Persoanele fizice, ONG-urile și grupurile de indivizi care pretind a fi victimă a unei încălcări a drepturilor omului; o acțiune poate fi deschisă de o rudă apropiată a victimei în cazul în care victima nu poate face acest lucru în persoană, de exemplu, în cazul în care el sau ea a dispărut sau a murit.

▶ **Există o limită de timp pentru introducerea unei cereri?**

Șase luni de la data deciziei finale adoptate în cazul respectiv de către autoritățile/instanțele statului.

▶ **Puteți deschide o acțiune în cadrul acestei proceduri, dacă ați deschis-o deja în cadrul unei alte proceduri privind același set de fapte?**

Nu

▶ **Aveți nevoie de reprezentare juridică?**

Reprezentarea juridică nu este necesară în momentul depunerii cererii, dar este necesară pentru procedurile ce urmează după ce cererea a fost declarată admisibilă, mai puțin în cazul în care Președintele instanței dă permisiunea excepțională ca reclamantul să își susțină singur cererea.

▶ **Ajutorul financiar este disponibil?**

Da, dar numai în cazul în care cererea ajunge în etapa în care este comunicată statului; reclamantul va trebui să completeze o declarație privind mijloacele financiare, semnată de un organism național privind ajutorul judiciar, deoarece asistența juridică se acordă numai în cazul în care există o nevoie financiară.

▶ **Sunt acceptate intervenții amicus curiae?**

Da, cu permisiunea Curții (Articolul 61 din Regulamentul Curții).

▶ **Cine va ști despre desfășurarea procesului?**

În principiu, procesul este unul public, cu excepția cazului în care Președintele Camerei decide contrariul. În cazuri excepționale, dacă un reclamant nu dorește ca identitatea sa să fie făcută publică și depune o declarație care explică motivele pentru aceasta, anonimul poate fi autorizat de către Președinte.

▶ **Cât durează procesul?**

Câțiva ani.

▶ **Ce măsuri, dacă este cazul, pot lua mecanismele Curții pentru a ajuta instanța în a lua o decizie?**

Audieri de informare, rapoarte de expertiză, înscrisuri, audieri.

▶ **Sunt disponibile măsuri provizorii sau urgente?**

Da, dar ele sunt practici care au fost dezvoltate de către Curte și nu au nici o bază expresă în Convenție și se aplică numai în cazuri foarte specifice, în special cazuri de imigrare/deportare, în cazul în care există un "risc real", privind o anumită persoană (Articolul 39 din Regulamentul Curții).

Notă privind cercetarea jurisprudenței Convenției Europene a Drepturilor Omului

Structura originală a Curții și mecanismul de instrumentare a cazurilor erau prevăzute pentru un sistem dualist de protecție a drepturilor - Comisia Europeană pentru Drepturile Omului (în prezent desființată), precum și Curtea Europeană a Drepturilor Omului. În 1998, Protocolul 11 al Convenției Europene a Drepturilor Omului a intrat în vigoare, eliminând Comisia pentru Drepturile Omului și permițând apariția unei noi Curți Europene a Drepturilor Omului. La cercetarea unui anumit subiect în jurisprudența bazată pe Convenție se cercetează atât decizii ale Comisiei, cât și ale Curții.



5.1 STATUTUL DREPTULUI INTERNAȚIONAL ȘI AL DREPTULUI EUROPEAN

5.2 STATUTUL PRECEDENTULUI

5.3 SISTEMUL LEGAL ȘI SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA

5

CONTEXTUL NAȚIONAL

5.1 STATUTUL DREPTULUI INTERNAȚIONAL ȘI AL DREPTULUI EUROPEAN

La aplicarea tratatelor internaționale la care Republica Moldova este parte (Convenția Europeană și Protocoalele adiționale la ea (nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 și 11), Convențiile ONU și celelalte) instanțele judecătorești țin cont de prevederile art. 4, alin. 2 din Constituția Republicii Moldova, de prevederile hotărârii Curții Constituționale nr. 55 din 14 octombrie 1999 „Privind interpretarea unor prevederi ale art. 4 din Constituția Republicii Moldova” din care rezultă că, tratatele internaționale constituie o parte integrantă a sistemului legal intern și, respectiv, prevederile lor trebuie aplicate direct ca o oricare altă lege a Republicii Moldova, ultima având prioritate față de restul legilor interne care îi contravin. Acest fapt rezultă și din conținutul art. 53 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului, de exemplu, potrivit căruia nici o dispoziție din prezenta Convenție nu va fi interpretată ca limitând sau aducând atingere drepturilor omului și libertăților fundamentale, care ar putea fi recunoscute conform legilor oricărei părți contractante sau oricărei alte convenții la care această parte contractantă este parte. În același timp, art. 2 și 12 din Codul de procedură civilă, art. 2 și 7 din Codul de procedură penală prevăd că tratatele internaționale au prioritate față de legislația internă și cer judecătorilor să aplice direct prevederile tratatelor internaționale. În acest sens, sarcina primordială cu privire la aplicarea prevederilor tratatelor internaționale revine instanțelor naționale. Astfel, la judecarea cauzelor, instanțele de judecată trebuie să verifice dacă legea sau actul, care urmează a fi aplicate și care prevede drepturi și libertăți proclamate de tratatele internaționale, sunt compatibile cu prevederile acestora. În caz de incompatibilitate, instanțele judecătorești vor aplica direct prevederile tratatului internațional, despre acest fapt fiind menționat în actele judecătorești de dispoziție pronunțate.

5.2 STATUTUL PRECEDENTULUI

Prin aderarea la Convenția Europeană a Drepturilor Omului și a libertăților fundamentale (în continuare Convenția Europeană), Republica Moldova și-a asumat obligația de a garanta respectarea și apărarea drepturilor și a libertăților fundamentale, proclamate de Convenție, tuturor persoanelor aflate sub jurisdicția sa. Responsabilitatea primară de a asigura respectarea drepturilor și libertăților fundamentale prevăzute de Convenția Europeană, potrivit principiului subsidiarității, îi revine Statului. Acest principiu prezumă faptul că, înainte de a apela la instituțiile Convenției, orice reclamant trebuie să fi adresat plângerea sa tuturor acelor instituții naționale care ar putea oferi un remediu eficient și adecvat în împrejurările cauzei, deoarece Statul respondent „trebuie să aibă mai întâi șansa de a redresa situația la care se face referire prin propriile mijloace și în cadrul sistemului juridic național”.

Totodată, acest principiu reflectă nu numai existența remediilor de redresare, dar și obligația primordială a tuturor autorităților, în special a instanțelor de judecată, de a preveni încălcările prin aplicarea directă a Convenției Europene în deciziile sale.

Unica instanță care este în drept să dea interpretări oficiale privind aplicarea Convenției Europene, prin intermediul hotărârilor sale, este Curtea Europeană a Drepturilor Omului (în continuare CEDO). Urmând prevederile art. 4, alin. 2 din Constituția Republicii Moldova, explicațiile din hotărârea Curții Constituționale nr. 55 din 14 octombrie 1999 „Privind interpretarea unor prevederi ale art. 4 din Constituția Republicii Moldova” și conform textului art. 46 din Convenția Europeană, pentru Republica Moldova hotărârile CEDO au forță obligatorie.

În conformitate cu prevederile art. 46 din Convenție, Republica Moldova s-a angajat să se conformeze hotărârilor definitive ale Curții în litigiile în care ea este parte. Adică, interpretările CEDO cuprinse în hotărârile sale, adoptate în privința Republicii Moldova, sunt obligatorii pentru instanțele judecătorești. Totodată, instanțele judecătorești, în scopul respectării drepturilor omului și a libertăților fundamentale, urmează să ia în considerare și jurisprudența CEDO stabilită în hotărârile sale în raport cu alte state – părți la Convenția Europeană.

În această ordine de idei, instanțele judecătorești vor aplica jurisprudența CEDO în cazul în care circumstanțele cauzei ce se examinează sunt similare circumstanțelor care au fost examinate de către CEDO și asupra cărora aceasta s-a pronunțat. Acest fapt este evident și din prevederile art. 7 alin. 8 și 9 din Codul de Procedură Penală, hotărârile definitive ale Curții Europene a Drepturilor Omului sunt obligatorii pentru organele de urmărire penală, procurori și instanțele de judecată. La fel, deciziile Colegiului penal al Curții Supreme de Justiție pronunțate ca urmare a examinării recursului în interesul legii sunt obligatorii pentru instanțele de judecată în măsura în care situația de fapt și de drept pe cauză rămâne cea care a existat la soluționarea recursului.

5.3 SISTEMUL LEGAL ȘI SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA

5.3.1. SISTEMUL LEGAL

Actul justiției în Republica Moldova se desfășurează de instanțe judecătorești. Puterea judecătorească este independentă, separată de puterea legislativă și puterea executivă, are atribuții proprii, exercitate prin instanțele judecătorești care desfășurază justiția. Instanțele judecătorești se formează pe principiul numirii judecătorilor și judecă toate cauzele privind raporturile juridice civile, de contencios administrativ, contravenționale și penale, precum și orice alte cauze pentru care legea nu stabilește o altă competență.

Instanțele judecătorești sunt persoane juridice, dispun de ștampilă cu stemă de stat și denumire, structurate ierarhic astfel:

- a) Curtea Supremă de Justiție a Republicii Moldova;
- b) 4 Curți de Apel (Chișinău, Bălți, Cahul și Comrat);
- c) Judecătorii (judecătorii raionale și de sector al mun. Chișinău).

Nota autorilor: *Curtea Constituțională în Republica Moldova nu aparține sistemului judiciar, ci reprezintă o entitate independentă a puterii în stat, abilitată cu controlul constituționalității actelor normative emise de Parlament, Guvern, Președintele RM.*

Orice persoană are dreptul la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care încalcă drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Activitatea de judecare a cauzelor se desfășoară cu respectarea principiului distribuirii aleatorii a dosarelor prin intermediul programului electronic de gestionare a dosarelor. În cazul în care judecătorul căruia i-a fost repartizată cauza este în imposibilitatea de a continua judecarea acesteia, persoana responsabilă, în temeiul unei încheieri motivate a președintelui instanței judecătorești, prin intermediul programului electronic de gestionare a dosarelor, asigură redistribuirea aleatorie a dosarului altui judecător. Fișa cu datele privind distribuirea aleatorie a dosarelor se anexează în mod obligatoriu la fiecare dosar.

Constituirea completelor de judecată și desemnarea președinților acestora se fac la începutul anului printr-o dispoziție a președintelui instanței. Schimbarea membrilor completului se face în cazuri excepționale, în baza unei încheieri motivate a președintelui instanței judecătorești și potrivit criteriilor obiective stabilite de regulamentul aprobat de Consiliul Superior al Magistraturii. Încheierea motivată privind schimbarea membrilor completului se anexează la materialele dosarului.

Art. 117 din Constituția RM consfințește caracterul public al ședințelor de judecată: „În toate instanțele judecătorești ședințele de judecată sunt publice. Judecarea proceselor în ședință închisă se admite numai în cazurile stabilite prin lege, cu respectarea tuturor regulilor de procedură”. Reglementarea în detaliu a informației vizând activitatea instanțelor judecătorești este prevăzută de Codul de Procedură Penală, Codul de Procedură Civilă, dar și de Legea RM privind accesul la informație. Art. 10 din Legea RM privind organizarea judecătorească „caracterul public al dezbaterilor judecătorești și principiul contradictorialității” stabilește caracterul public al ședințelor de judecată. Ședințele închise au loc doar în cazurile expres prevăzute de lege, cu respectarea întocmai a procedurii judiciare. Art. 23 „Caracterul public al dezbaterilor judiciare” din Codul de Procedură Civilă al RM prevede în toate instanțele, ședințele de judecată sunt publice. În ședința de judecată nu se admit minorii de până la vârsta de 16 ani dacă nu sunt citați în calitate de participanți la proces sau de martor. Pot avea loc ședințe închise numai în scopul protejării informației ce constituie secret de stat, taină comercială ori a unei alte informații a cărei divulgare este interzisă prin lege. Articolul 18 din Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova “Caracterul public al ședințelor de judecată” statuează că în toate instanțele judecătorești ședințele sunt publice, cu excepția cazurilor prevăzute expres de lege. Accesul în sala de ședință poate fi interzis presei sau publicului, prin încheiere motivată, pe parcursul întregului proces sau al unei părți din proces, în interesul respectării moralității, ordinii publice sau securității naționale, când interesele minorilor sau protecția vieții private a părților în proces o cer, sau în măsura considerată strict necesară de către instanță când, datorită unor împrejurări speciale, publicitatea ar putea să prejudicieze interesele justiției. În procesul în care un minor este victimă sau martor, instanța de judecată va asculta declarațiile acestuia într-o ședință închisă. Judecarea cauzei în ședința închisă a instanței trebuie argumentată și efectuată cu respectarea tuturor regulilor procedurii judiciare. În toate cazurile, hotărârile instanței de judecată se pronunță în ședință publică.

Art. 14 din Legea RM privind organizarea judecătorească prevede dreptul la utilizarea mijloacelor tehnice. Ședințele de judecată se înregistrează prin utilizarea mijloacelor tehnice video sau audio ori se consemnează prin stenografiere. Înregistrările și stenogramele se transcriu de îndată. Înregistrarea audio și/

sau video a ședințelor de judecată se realizează în modul stabilit de Consiliul Superior al Magistraturii. Grefierul sau specialistul în stenografie consemnează toate afirmațiile, întrebările și susținerile participanților la proces și ale altor persoane care participă la judecarea cauzei, precum și ale judecătorilor. Înregistrarea audio și video, fotografierea, precum și utilizarea altor mijloace tehnice, de către participanții la proces și de către alte persoane se admit numai în condițiile legii procesuale. Art. 18 din Codul de Procedură Civilă prevede că pentru documentarea lucrărilor ședinței de judecată și conservarea probelor, instanța judecătorească poate utiliza orice mijloc tehnic în conformitate cu prezentul cod și alte legi. Participanții la proces pot efectua înregistrarea audio a ședinței de judecată. Înregistrarea video, fotografierea, utilizarea altor mijloace tehnice decât cele cerute în condițiile alin. 11 art. 18 din Codul de Procedură Civilă pot fi admise numai de președintele ședinței de judecată și numai la deschiderea ședinței și pronunțarea hotărârii. Încălcarea prevederilor alin. 2 se sancționează cu amendă de până la 20 de unități convenționale și cu confiscarea înregistrărilor (peliculei, pozelor, casetelor etc.).

Curtea Constituțională

În calitate de organ ce realizează jurisdicția constituțională, Curtea este independentă față de puterea legislativă, executivă și judecătorească, ea se supune doar Constituției. Curtea Constituțională reprezintă un organ constituțional independent al statului, funcția primară a Curții Constituționale fiind controlul constituționalității actelor normative și anularea normelor juridice care contravin Constituției, precum și interpretarea Constituției. Curtea activează conform propriei jurisdicții, în baza principiilor independenței, inamovibilității, colegialității, legalității și publicității. În activitatea sa Curtea dispune de autonomie financiară și de buget propriu, acesta fiind distinct în bugetul de stat.

Activitatea Curții Constituționale este una organizatorică, de supraveghere, îndreptată spre a atenționa autoritățile publice, actul cărora este supus controlului, să înlăture normele ce contravin Constituției și să oprească acțiunea actului normativ, dar dreptul de a-l modifica sau anula revine organului ce l-a adoptat. Hotărârile pentru controlul constituționalității sunt executorii și definitive, atrăgând nulitatea actului normativ sau dispozițiilor acestuia declarate neconstituționale.

În calitate de unică autoritate de jurisdicție constituțională, Curtea își exercită atribuțiile potrivit prevederilor art. 135 din Constituție, art. 4 al Legii cu privire la Curtea Constituțională și art. 4 al Codului jurisdicției constituționale:

- Exercită, la sesizare, controlul constituționalității legilor, regulamentelor și hotărârilor Parlamentului, a decretelor Președintelui Republicii Moldova, a hotărârilor și dispozițiilor Guvernului, precum și a tratatelor internaționale la care Republica Moldova este parte;
- interpretează Constituția;
- se pronunță asupra inițiativelor de revizuire a Constituției;
- confirmă rezultatele referendumurilor republicane;
- confirmă rezultatele alegerii Parlamentului și a Președintelui Republicii Moldova, validează mandatele deputaților și al Președintelui Republicii Moldova;
- constată circumstanțele care justifică dizolvarea Parlamentului, demiterea Președintelui Republicii Moldova, interimatul funcției de Președinte, imposibilitatea Președintelui Republicii Moldova de a-și exercita atribuțiile mai mult de 60 de zile;
- rezolvă excepțiile de neconstituționalitate a actelor juridice, sesizate de Curtea Supremă de Justiție;
- hotărăște asupra chestiunilor care au ca obiect constituționalitatea unui partid.

Curtea Supremă de Justiție

Curtea Supremă de Justiție este instanța judecătorească supremă care asigură aplicarea corectă și uniformă a legislației de către toate instanțele judecătorești, soluționarea litigiilor apărute în cadrul aplicării

legilor, garantează responsabilitatea statului față de cetățean și a cetățeanului față de stat. Prin activitatea sa Curtea Supremă de Justiție asigură respectarea principiului prezumției nevinovăției și principiului supremației legii, contribuie la constituirea unui stat de drept. Sediul Curții Supreme de Justiție este în municipiul Chișinău.

Atribuțiile Curții Supreme de Justiție:

- judecă, ca instanță de recurs, cauzele în materie civilă, de contencios administrativ, penală sau în alte materii în condițiile legii procesuale;
- sesizează, din oficiu sau la propunerea instanțelor judecătorești, Curtea Constituțională pentru a se pronunța asupra constituționalității actelor juridice;
- generalizează practica judiciară și analizează statistica judiciară proprie;
- dă explicații din oficiu în chestiunile de practică judiciară ce nu țin de interpretarea legilor și nu au caracter obligatoriu pentru judecători;
- exercită, în limitele competenței sale, atribuții ce derivă din tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte.

Curtea Supremă de Justiție este compusă din președinte, din 2 vicepreședinți, care sunt concomitent președinți ai Colegiului Civil, Comercial și de Contencios Administrativ și, respectiv, ai Colegiului Penal, și din 30 de judecători (dintre care doi judecători exercită concomitent și funcția de vicepreședinte al colegiului) care își desfășoară activitatea în colegii și în cadrul Plenului Curții. Judecătorii Curții Supreme de Justiție sunt numiți în funcție de Parlament, la propunerea Consiliului Superior al Magistraturii, până la atingerea plafonului de vârstă – 65 de ani. Pentru a fi numit în funcția de judecător al Curții Supreme de Justiție judecătorul trebuie să corespundă cerințelor prevăzute de Legea cu privire la statutul judecătorului și să aibă o vechime în muncă în funcția de judecător de cel puțin 10 ani. Fiecare judecător al Curții Supreme de Justiție este asistat de 3 asistenți judiciari.

Pe lângă Curtea Supremă de Justiție activează Consiliul Științific Consultativ, format din savanți și practicieni în domeniul jurisprudenței.

Plenul Curții Supreme de Justiție își desfășoară activitatea în componența tuturor judecătorilor Curții, este prezidat de președintele Curții, iar în lipsa acestuia – de către unul din președinții colegiilor.

La ședințele Plenului Curții Supreme de Justiție pot participa, în funcție de subiectul pus în discuție, ministrul justiției sau Procurorul General.

Plenul Curții Supreme de Justiție:

- sesizează din oficiu sau la propunerea altor instanțe judecătorești Curtea Constituțională pentru a se pronunța asupra constituționalității actelor juridice;
- examinează rezultatele generalizării practicii judiciare și adoptă hotărâri cu caracter explicativ;
- întru asigurarea uniformizării practicii judiciare, emite, la solicitarea instanțelor judecătorești, avize consultative în cazul apariției problemelor legate de aplicarea legii;
- constituie, după caz, colegii conform categoriilor de cauze, determină durata activității lor;
- confirmă componențele colegiilor;
- confirmă componența Consiliului Științific Consultativ;
- aprobă Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Curții Supreme de Justiție.

Curtea de Apel

În Republica Moldova activează patru Curți de Apel: în mun. Chișinău, mun. Bălți, or. Comrat și or. Cahul. Fiecare curte de apel își exercită competența într-o circumscripție care cuprinde mai multe judecătorii. Curțile de apel pot fi formate din mai multe colegii, după categoria cauzelor, sau dintr-un singur colegiu mixt. Colegiile se constituie din judecători ai curților de apel. Componența colegiilor se aprobă de către

președintele curții, prin ordin, la începutul fiecărui an. Președintele curții de apel are dreptul să dispună, după caz, antrenarea judecătorilor dintr-un colegiu la judecarea unor cauze în alt colegiu.

Curțile de apel examinează cererile de apel împotriva deciziilor și a sentințelor pronunțate în primă instanță de judecătorii. Litigiile privind protecția drepturilor prestatorilor de servicii medicale și a pacienților sunt în toate cazurile de competența judecătorilor ca instanță de fond, supuse reexaminării în Curtea de Apel odată cu formularea cererii de apel. În cazuri excepționale însă, cum sunt de exemplu litigiile pornite la cererea Comisiei Electorale Centrale, Curtea de Apel va examina cauza ca instanță de fond.

Instanța de judecată (raională sau de sector în mun. Chișinău)

Judecătoriile funcționează în sectoare stabilite prin lege. În cadrul sistemului judecătoresc funcționează judecătorii specializate: Judecătoria Militară și Judecătoria Comercială de Circumscripție care judecă cauzele date în competența lor prin lege și își desfășoară activitatea conform normelor generale de organizare judecătorească, cu excepțiile prevăzute de lege.

Structura și statul de funcții ale secretariatului judecătoriilor se stabilesc de către Ministerul Justiției de comun acord cu Consiliul Superior al Magistraturii.

Procuratura

Procuratura reprezintă interesele generale ale societății și apără ordinea de drept, precum și drepturile și libertățile cetățenilor, conduce și exercită urmărirea penală, reprezintă învinuirea în instanțele judecătorești în condițiile legii. (Art. 124 alin. 1 din Constituția Republicii Moldova)

Procuratura este autoritatea publică cu rol primordial în combaterea infracțiunilor și conducerea urmăririi penale. Astfel, conform art. 270 din Codul de procedură penală al Republicii Moldova, exercitarea urmăririi penale este de competența exclusivă a procurorului. Din acest motiv, toate plângerile privind infracțiunea comisă sau în pregătire trebuie adresate exclusiv procurorului pentru a fi investigate.

Principiul oficialității procesului penal, stabilit în art. 28 din Codul de procedură penală, obligă procurorul de a porni urmărirea penală în cazul în care este sesizat, în modul prevăzut de Cod, că s-a săvârșit o infracțiune și de a efectua acțiunile necesare în vederea constatării faptei penale și a persoanei vinovate.

Urmărirea penală are ca obiect colectarea probelor necesare cu privire la existența infracțiunii, la identificarea făptuitorului, pentru a se constata dacă este sau nu cazul să se transmită cauza penală în judecată în condițiile legii și pentru a se stabili răspunderea acestuia. (Art. 252 din Codul de Procedură Penală)

Procurorul este obligat să manifeste un rol activ în interesele victimelor infracțiunii, să ia toate măsurile prevăzute de lege pentru cercetarea sub toate aspectele, completă și obiectivă, a circumstanțelor cauzei pentru stabilirea adevărului. (Art. 9 și 254 din Codul de Procedură Penală)

În cazul existenței unei sesizări despre o infracțiune comisă sau în pregătire, procurorul este obligat să dispună într-un termen ce nu va depăși 15 zile, prin ordonanță, începerea urmăririi penale dacă, din cuprinsul actului de sesizare sau al actelor de constatare, rezultă o bănuială rezonabilă că a fost săvârșită o infracțiune și nu există vreuna din circumstanțele care exclud urmărirea penală, informând despre aceasta persoana care a înaintat sesizarea sau organul respectiv. În cazul în care procurorul refuză pornirea urmăririi penale, el confirmă faptul prin ordonanță motivată și anunță despre aceasta, într-un termen cât mai scurt posibil, dar nu mai mare de 15 zile, persoana care a înaintat sesizarea (Art. 274 din Codul de Procedură Penală).

Potrivit art. 262 din Codul de Procedură Penală, sesizarea procurorului are loc nu doar prin depunerea plângerii de către victime, dar și în cazul:

- denunțului (când o persoană străină aduce la cunoștința procurorului faptul infracțiunii);
- autodenunțului (când infractorul îl înștiințează benevol despre comiterea infracțiunii);

- autosesizării (depistarea nemijlocită de către procuror a bănuielii rezonabile cu privire la săvârșirea unei infracțiuni).

Indiferent de modul în care a fost sesizat, procurorul este obligat să reacționeze activ în egală măsură pentru a investiga eficient presupusa infracțiune.

5.3.2 SISTEMUL SĂNĂTĂȚII

Sistemul de sănătate din Republica Moldova este organizat în baza principiilor de acces universal la servicii de sănătate, echitate și solidaritate. Sistemul de sănătate este finanțat din bugetul de stat și din contribuțiile persoanelor angajate în câmpul muncii pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală. Sistemul de sănătate include o combinație de instituții medico-sanitare publice și private, precum și agenții și autorități publice implicate în furnizarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate.

Instituțiile medico-sanitare publice sunt organizații non-profit, autonome, la autofinanțare, care sunt contractate direct de Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) pentru furnizarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Instituțiile medico-sanitare publice de nivel primar și secundar furnizează servicii către comunitate și aparțin autorităților publice locale. În fiecare raion există, de asemenea, furnizori de asistență medicală de urgență (serviciile de ambulanță), care aparțin Ministerului Sănătății. Instituțiile medico-sanitare de nivel terțiar oferă servicii medicale specializate și extrem de specializate pentru întreaga populație. Majoritatea instituțiilor medico-sanitare de nivel terțiar sunt situate în Chișinău și aparțin Ministerului Sănătății.

Începând cu anul 2004, finanțarea sectorului de sănătate în Republica Moldova este realizată prin sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM). Prima AOAM pentru persoana angajată se calculează în funcție de contribuția procentuală din salariu (9%: 4,5% - plătit de către angajat și 4,5% - plătit de către angajator). Persoanele care urmează să se asigure în mod individual achită prima în sumă fixă anual. Există 15 categorii asigurate de Guvern, inclusiv pensionarii, elevii, copiii, șomerii etc.), pentru care prima este transferată de la bugetul de stat către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) – instituție responsabilă de organizarea, desfășurarea și dirijarea procesului de AOAM. În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății.

CNAM este, de asemenea, cumpărătorul unic de servicii medicale, care a permis dezvoltarea relației cumpărător-prestator, iar plățile pentru servicii sunt realizate pe baza de contracte, dintre care cele mai multe sunt prospective.

Accesul la servicii de urgență și de asistență medicală primară este universal, indiferent de calitatea de asigurat al persoanei. Serviciile pentru abordarea problemelor de o importanță majoră pentru sănătatea publică, cum ar fi HIV/SIDA, tuberculoza și imunizarea sunt și ele universale. Pachetul de beneficii disponibile în cadrul AOAM acoperă asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească și o gamă foarte limitată de produse farmaceutice. În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească, se acoperă din contul persoanei neasigurate (plăți din buzunar).

Unele servicii de sănătate sunt oferite de către sectorul privat (în special furnizorii de asistență specializată de ambulatoriu, laboratoarele de diagnostic, farmaciile și, mai puțin frecvent, spitalele și furnizorii de asistență medicală primară). Furnizorii de servicii medicale private pot fi contractați de CNAM.

Instituțiile cu funcții de reglementare, cum ar fi licențierea, sprijinul în dezvoltarea politicilor de sănătate sau supravegherea sănătății publice, sunt finanțate de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății la care sunt subordonate. Astfel, funcțiile de reglementare sunt centralizate în cadrul Ministerului Sănătății. Prin aceste instituții, Ministerul Sănătății colectează și analizează date și generează informații relevante pentru a contribui la dezvoltarea de politici bazate pe dovezi.

Ministerul Sănătății abordează provocările majore din sectorul de sănătate și promovează principiul de sănătate prin toate politicile prin intermediul colaborării inter-sectoriale, inclusiv coordonarea activităților de sănătate publică. Aceasta înseamnă o mai mare transparență în luarea deciziilor în politica de sănătate și influența mai tolerantă în elaborarea politicilor, prin implicarea organizațiilor neguvernamentale (ONG-uri), care reprezintă drepturile și interesele pacientului în procesul de dezvoltare.

Pentru a îmbunătăți accesul la produse farmaceutice, au fost făcute schimbări majore în stabilirea prețurilor la medicamente și politicilor de achiziții publice prin introducerea prețurilor de referință și centralizarea achizițiilor publice de medicamente esențiale pentru instituțiile medico-sanitare publice. Totodată, lista de medicamente compensate este revizuită periodic și are tendință de extindere.

Cele mai multe reforme inițiate ale sistemului de sănătate din Moldova au încercat să reorganizeze sistemul Semashko inerent și să îl adapteze la noile condiții și cerințe sociale, economice și de sănătate cu care se confruntă. Sarcina cheie a fost de a îmbunătăți eficiența instituțiilor și modul în care acestea sunt finanțate. Cu toate acestea, schimbarea mentalității celor care lucrează în sistem, precum și a utilizatorilor de servicii (care sunt adesea rezistenți la schimbare) este o sarcină mult mai mare. Acest lucru are un impact asupra dezvoltării de noi mecanisme de reglementare, deoarece modul sovietic de a lucra cu reglementări nu se potrivește cu realitatea socio-economică actuală și multe dintre reglementări, încă în uz, datează cu perioade înainte de independență. Unele inițiative de reformă s-au confruntat cu diferite niveluri de sprijin politic sau rezistență - în special ceea ce ține de optimizarea sistemului de sănătate, deoarece aceasta implică raționalizarea rețelei de spitale, care este o viziune politică foarte sensibilă, indiferent de partidul aflat la putere.

ACTORII CHEIE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN MOLDOVA

Parlamentul - în conformitate cu Constituția Republicii Moldova (1994), Parlamentul stabilește structura sistemului național de sănătate și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanelor. Prin acte legislative, Parlamentul are puterea de a reorganiza sistemul național de sănătate și activitatea farmaceutică conform Legii ocrotirii sănătății (nr. 411-XIII, 28.03.1995). Parlamentul aprobă legea anuală a bugetului de stat (care include bugetul Ministerului Sănătății) și Legea anuală a fondurilor asigurării obligatorii în sănătate. *Comisia Parlamentară pentru protecție socială, sănătate și familie* analizează legile, proiectele și propunerile referitoare la sectorul de sănătate, elaborează rapoarte sau comentarii, efectuează investigații și dezbateri parlamentare și ia decizii în probleme inter-sectoriale de sănătate.

Guvernul - gestionează, coordonează și aprobă reglementări și reglementează activitatea Ministerului Sănătății, CNAM și orice alte structuri guvernamentale care au propriile lor rețele de sănătate paralele, conform Legii cu privire la Guvern (nr. 64-XII, 31.06.1990).

Ministerul Sănătății - este responsabil pentru politica de sănătate și dezvoltarea legislației care reglementează organizarea și furnizarea de servicii de sănătate. De asemenea, este responsabil pentru asigurarea calității și stabilirea unor criterii minime de calitate, definirea pachetului de beneficii, planificarea resurselor și utilizarea de investiții de capital, supravegherea sănătății populației, stabilirea de priorități de sănătate publică, gestionarea programelor naționale de sănătate (inclusiv educație în sănătate), precum și de promovare a sănătății în toate politicile.

Unitățile administrative regionale/locale (autoritățile locale de sănătate) - sunt responsabile pentru aspectele locale de reglementare, dar acestea nu finanțează serviciile de sănătate și furnizorii de servicii nu sunt direct subordonați lor. Cadrul legal cu referire la competențele autorităților locale în sănătate este

destul de confuz și contradictoriu, astfel încât eficacitatea autorităților regionale/locale de sănătate nu este optimă.

Compania Națională de Asigurări în Medicină - o instituție non-profit, cu autonomie financiară, creată de către Guvern în anul 2001. În responsabilitățile acesteia se include AOAM pentru populație, contractarea furnizorilor de servicii de sănătate pentru asistența persoanelor asigurate, verificarea ca prevederile contractelor să corespundă cu volumul, termenii, calitatea și costurile serviciilor medicale furnizate, precum și de gestionare a resurselor AMO în limitele serviciilor contractate; protejarea intereselor persoanelor asigurate; validarea cazurilor, precum și încheierea de contracte de reasigurare. CNAM administrează cinci fonduri: Fondul pentru rambursarea serviciilor de sănătate, Fondul de rezervă, Fondul pentru măsuri de profilaxie, Fondul pentru dezvoltarea și modernizarea furnizorilor din sănătatea publică și Fondul administrativ pentru sistemul de AOAM.

Centrul Național de Management în Sănătate - este finanțat și subordonat Ministerului Sănătății. Funcțiile sale de bază includ colectarea, standardizarea și analiza informațiilor statistice în domeniul sănătății publice, furnizarea de strategii științifice care stau la baza dezvoltării sistemului de sănătate publică, elaborarea de standarde, norme și reglementări pentru sănătate, monitorizarea piețelor de servicii de sănătate și a bazei tehnice și materiale, necesare pentru furnizarea de servicii de sănătate etc.

Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP) - împreună cu alte 36 de centre teritoriale de sănătate publică, care se află în toate raioanele din țară, sunt supravegheate de către Medicul Șef Sanitar, care este viceministru al Sănătății. CNSP coordonează activitățile tehnice și metodologice în domeniul sănătății îndreptate spre dezvoltarea și punerea în aplicare a strategiilor de protecție și promovare a sănătății, de prevenire și control a bolilor transmisibile și netransmisibile.

Agenția Medicamentului - este subordonată Ministerului Sănătății și finanțată din bugetul de stat. Aceasta este responsabilă pentru autorizarea medicamentelor, controlul calității medicamentelor și reglementarea activității farmaceutice, monitorizarea și coordonarea furnizării de medicamente și servicii farmaceutice la nivel național.

Agenția de Transplant - este subordonată Ministerului Sănătății și finanțată din bugetul de stat. Funcțiile de bază ale Agenției includ organizarea și coordonarea activităților legate de colectare, transport și alocare a organelor și organizarea și coordonarea activităților legate de prelevare, preparare, conservare, validare, depozitare și transport pentru transplantul de țesuturi și celule umane în scopuri terapeutice pe teritoriul Republicii Moldova.

Centrul Național științifico-practic de Medicină de Urgență - coordonează activitatea Serviciului de Urgență de Sănătate și medicina dezastrelor la nivel național.

Consiliul Național de Evaluare și Acreditate în Sănătate - a fost creat de către Guvern în 2002 și este o instituție la autofinanțare; aceasta nu este direct subordonată Ministerului Sănătății. Funcțiile de bază ale Consiliului includ evaluarea corespunderii instituțiilor de sănătate și farmaceutice și a activității întreprinderilor cu standardele relevante și, pe baza acestei evaluări, oferirea recunoașterii oficiale precum că unitatea de sănătate și farmaceutică și personalul lor sunt competente să desfășoare activități specifice profilului său, în conformitate cu normele și prevederile legale în domeniul medicinei și farmaciei.

Organizațiile care reprezintă pacienți/consumatori - există unele organizații care reprezintă interesele pacienților. Cele mai multe sunt active în domeniul bolilor cronice și rare, cum ar fi diabetul, artrita, hemofilia, fenilcetonuria și altele. Există, de asemenea, organizații care promovează accesul la informație și protejarea drepturilor pacienților și a persoanelor cu dizabilități, dar acestea sunt în mare parte orientate spre servicii pentru persoanele care trăiesc cu HIV, TBC sau probleme de sănătate mintală.

Asociații profesionale - sunt asociații specializate pentru medicina de familie, chirurgie, oncologie, reumatologie etc. Capacitatea acestor organizații de a promova interesele membrilor, precum și participarea lor în procesele decizionale, depinde foarte mult de faptul cât de activă este conducerea asociației. Una dintre cele mai active asociații profesionale este Asociația de Nursing din Republica Moldova.

Sindicatul din Sănătate ("Sănătatea") este o structură bine organizată la nivel național și local. Acesta joacă un rol important în protejarea drepturilor membrilor săi, precum și promovarea intereselor lor de muncă, profesionale, economice și sociale.

ONG-uri - o rețea mare de ONG-uri este activă în domeniul HIV/SIDA și controlul tuberculozei și în sprijinirea sănătății copiilor, în special celor cu dizabilități. ONG-urile sunt participanți activi în dezvoltarea politicilor de sănătate și este în creștere contribuția lor la dezvoltarea parteneriatului cu societatea civilă și în monitorizarea reformei sănătății.

Sectorul privat - puține servicii de sănătate sunt furnizate de sectorul privat, care sunt, în principal, furnizori de asistență medicală ambulatorie, laboratoarele de diagnostic și farmacii. Furnizori de asistență medicală și farmaciile pot semna contracte cu CNAM pentru furnizarea de servicii.

Legislația Republicii Moldova cu referire la sănătate și drepturile omului

Legislația cuprinde texte care reglementează diverse aspecte ale medicinei/serviciilor de sănătate: drepturile pacienților și subiecților de cercetare (inclusiv grupurile vulnerabile, cum ar fi minorii, persoanele cu tulburări psihice, pacienți cu HIV/SIDA etc.), atribuțiile și responsabilitățile profesioniștilor și instituțiilor de sănătate, transplantarea de organe umane, tehnologii de reproducere asistată, probleme de sănătate publică etc. Legislația Republicii Moldova în domeniul sănătății și a drepturilor omului include Constituția, acordurile și tratatele internaționale la care Republica Moldova este parte, legile naționale și alte texte legislative și de reglementare.

► Lista legilor naționale privind sănătatea și drepturile omului este prezentată mai jos:

- Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995;
- Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului;
- Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;
- Legea nr. 552 din 11.10.2001 cu privire la evaluarea și acreditarea în sănătate;
- Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice;
- Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală;
- Legea nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la prevenirea și controlul HIV/SIDA;
- Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire de asigurarea medicală obligatorie;
- Legea nr. 153 din 04.07.2008 privind controlul și prevenirea tuberculozei;
- Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii;
- Legea nr. 93 din 05.04.2007 cu privire la protecția civilă și situații excepționale;
- Legea nr. 42 de 06.03.2008 cu privire la transplantul de organe, țesuturi și celule umane;
- Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la activitatea farmaceutică;
- Legea nr. 382 din 06.05.1999 privind circulația de stupefiante, psihotrope și precursori;
- Legea nr. 278 din 14.12.2007 cu privire la tutun și articolele din tutun;
- Legea nr. 241 din 20.11.2008 privind donarea și transfuzia de sânge.

"Legea ocrotirii sănătății" este considerată a fi legea cadru generală, care stabilește prioritățile și principiile fundamentale ale legislației sănătății din Republica Moldova.

"Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacienților" este legea specifică care definește toate principiile majore de protecție a drepturilor pacienților.

"Legea cu privire la exercitarea profesiei medicale" definește responsabilitățile medicilor față de pacienți și reglementează, de asemenea, toate aspectele majore de formare, dezvoltare și activitate profesională a medicilor. Definirea atribuțiilor legale ale medicilor în ceea ce privește drepturile pacientului creează posibilitatea de a introduce sancțiuni disciplinare în cazul în care un medic nu reușește să-și îndeplinească atribuțiile.

"Legea cu privire la supravegherea de stat a sănătății publice" se referă la drepturile pacienților, în măsura în care aceasta definește norme de interdependență între persoane și sistemul de sănătate publică, și, în câteva cazuri, foarte specifice, în care limitează drepturile persoanelor fizice, în scopul interesului public.

Alte legi reglementează drepturile pacienților în cadrul diferitelor domenii medicale specifice, cum ar fi psihiatrie, transplantul de organe umane, HIV/SIDA etc.

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic este un instrument important, deși nu din punct de vedere juridic, care vizează punerea în aplicare a celor mai înalte standarde etice în practica medicală zilnică din Republica Moldova. Codul a fost aprobat la Colegiul Ministerului Sănătății în 2007.

Codul cuprinde un preambul, dispoziții generale și capitole specifice privind relația medicului cu pacienții, colegii și față de societate. Textul în întregime este destul de general, sunt definite, în mare parte, principii și atitudini generale, mai degrabă decât instrucțiuni detaliate pentru fiecare caz specific.

În cazul unei eventuale încălcări a prevederilor Codului, nu sunt aplicate careva sancțiuni. Cu toate acestea, cele mai multe dintre prevederile Codului se bazează pe principiile deja stabilite de legislația din domeniul sănătății (cum ar fi: Legea ocrotirii sănătății, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic, Legea privind drepturile pacienților etc.). Prin urmare, există un motiv semnificativ pentru respectarea prevederilor Codului, deoarece acestea se bazează, în mare parte, pe legislația existentă.

Codul este primul cod național de etică în domeniul biomedicinii.

Deciziile instituțiilor medicale sunt alte instrumente care reglementează comportamentul personalului medical, drepturile și responsabilitățile lor, precum și drepturile și responsabilitățile pacienților. Aceste decizii trebuie să corespundă legislației în vigoare. Cu toate acestea, în cazul în care anumite dispoziții interne contrazic legea, aceste prevederi vor fi considerate nule, conform ierarhiei existente a legislației stabilite.



6.1 DREPTURILE PACIENȚILOR

6.2 RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR

6

DREPTURILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR LA NIVEL NAȚIONAL

6.1 DREPTURILE PACIENȚILOR

Drepturile și obligațiile pacientului în Republica Moldova sunt garantate de *Constituție* prin *Articolul 23*, în care se stipulează *Dreptul fiecărui om de a-și cunoaște drepturile și îndatoririle*.

Unul dintre drepturile de bază a fiecărui individ este **dreptul la sănătate**, care la orice nivel și sub orice formă, este compus din următoarele elemente indisolubile:

- a) *Disponibilitate* - orice stat trebuie să dispună de un număr suficient de instituții, mărfuri, servicii și programe în sistemul de sănătate.
- b) *Accesibilitate* - bunurile și serviciile în domeniul sănătății, de care dispune statul, trebuie să fie accesibile fiecărei persoane. Accesibilitatea poate avea 4 aspecte:
 - accesul nediscriminatoriu: orice persoană are dreptul de a utiliza bunurile și serviciile de sănătate, fără discriminare; în special acest drept trebuie asigurat grupurilor vulnerabile de populație;
 - accesul fizic: bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie accesibile din punct de vedere fizic (distanță, condiții de acces pentru persoanele cu dizabilități etc.);
 - accesul economic: modalitățile de plată pentru bunurile și serviciile de sănătate urmează a fi bazate pe principiul echității sociale, astfel încât acestea să fie accesibile întregii populații;
 - accesul la informație, avându-se în vedere dreptul de a căuta, a primi și a comunica informații ce țin de sistemul de sănătate, fără a se încălca principiul confidențialității individuale a pacientului.

- c) *Acceptabilitate* - toate bunurile și serviciile de sănătate trebuie să corespundă principiilor eticii medicale și criteriilor culturale, astfel încât să se țină cont de particularitățile tuturor categoriilor de persoane (grupuri minoritare, femei, copii, persoane din mediul rural etc.).
- d) *Calitate* - bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie acceptabile din puncte de vedere științific și medical și să fie de înaltă calitate.

Carta Europeană a Drepturilor Pacientului, aprobată la Roma, în 2002, înaintea **14 drepturi ale pacientului**, după cum sunt descrise în acest capitol.

6.1.1 DREPTUL LA MĂSURI PREVENTIVE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul la servicii adecvate pentru a preîntâmpina apariția îmbolnăvirilor.

Legislația Republicii Moldova nu menționează în mod specific „dreptul la măsuri preventive”. Cu toate acestea, mai multe prevederi ar putea fi interpretate ca fiind indirect aplicabile dreptului la prevenire, în special dispozițiile privind dreptul la condiții/mediu sănătoase și la asistență medicală/servicii medicale. În primul caz, măsurile care sunt esențiale pentru a atinge și menține un "mediu sănătos", ar trebui să fie considerate ca măsuri preventive, iar în al doilea caz, "serviciile medicale", în general, includ diferite tipuri de măsuri de prevenire. Explicațiile de mai jos se bazează pe această interpretare a mediului de sănătate și de servicii medicale/de sănătate

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova**, în Articolul 36, odată cu garantarea dreptului la ocrotirea sănătății, afirmă că structura sistemului național de ocrotire a sănătății și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei urmează a fi stabilite de legea organică.

Asigurarea unor condiții adecvate de viață și a unui mediu sănătos, neprimejdios pentru viață și sănătate, din punct de vedere ecologic, este o condiție obligatorie pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Dreptul la un mediu înconjurător sănătos este un drept constituțional (Articolul 37), iar statul trebuie să garanteze fiecărui om dreptul la accesul liber și la răspândirea informațiilor veridice privitoare la starea mediului natural, la condițiile de viață și de muncă, la calitatea produselor alimentare și a obiectelor de uz casnic și altor factori care pot fi în detrimentul sănătății.

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995** stabilește că unul din principiile fundamentale ale sistemului ocrotirii sănătății este cel de orientare profilactică a asigurării sănătății populației în toate sferile de activitate vitală. (Articolul 2, lit. f)

Profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătății populației. Astfel, autoritățile administrației publice, unitățile economice sunt obligate să ia măsuri sociale și medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special spre salubritatea mediului înconjurător spre crearea și menținerea unor condiții igienice favorabile de viață și de muncă, spre menținerea și ocrotirea sănătății populației, a unor categorii ale ei (femei, copii, bătrâni), spre propagarea odihnei active și a culturii fizice de masă, spre alimentarea rațională și educația sanitară a populației. (Articolul 3)

Articolul 18 al Legii descrie dreptul populației de a poseda cunoștințele necesare pentru asigurarea sănătății sale și prevenirea îmbolnăvirilor.

Măsurile profilactice antiepidemice cetățenilor Republicii Moldova sunt garantate de stat din minimum asigurării medicale gratuite. (Articolul 20, pt. 2, lit. a)

- ▶ **Legea nr. 267 din 03.02.1999 privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat** stipulează dreptul populației Republicii Moldova la acordarea gratuită a imunoprofilaxiei populației contra întregului spectru de boli contagioase. Totodată, minimul garantat cuprinde și asistența medicală primară acordată populației de către medicul de familie, funcțiile căruia includ și realizarea unor măsuri preventive, de educație pentru sănătate și de screening al unor maladii. (Articolul 4, lit. a, g)
- ▶ **Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice** descrie organizarea sistemului de stat de supraveghere a sănătății publice. În Articolul 27 este prevăzut dreptul persoanelor fizice la:
 - 1) un mediu de viață favorabil, care se asigură prin realizarea unui complex de măsuri de prevenire a acțiunii factorilor nefavorabili ai mediului înconjurător asupra omului, prin îndeplinirea de către toate persoanele fizice și juridice a cerințelor legislației sanitare, prin respectarea actelor normative privind securitatea și siguranța produselor și serviciilor;
 - 2) să obțină informații complete și veridice cu privire la:
 - a) aspectele de activitate cu impact potențial asupra sănătății publice;
 - b) măsurile de sănătate publică întreprinse și rezultatele acestora;
 - c) siguranța produselor și serviciilor;
 - 3) să participe nemijlocit, fie printr-un reprezentant, fie prin organizații obștești, la elaborarea, examinarea și adoptarea de către autoritățile publice a măsurilor de sănătate publică.
- ▶ **Legea nr. 263 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului din 27.10.2005** stipulează dreptul de a cunoaște informația despre factorii nocivi ai mediului ambiant. Deoarece, informarea pacienților despre riscurile și pericolele posibile pentru dezvoltarea unor stări morbide este o parte componentă a măsurilor preventive, pacientul are dreptul să cunoască informația cu privire la propria sănătate, diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora. (Articolul 5, lit. i, j)
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** prevede că orice persoană are dreptul la educație sexuală corectă, la utilizarea și la refuzarea metodelor de contracepție, la diagnosticul și tratamentul infecției cu transmitere sexuală și al infecției HIV/SIDA, la reglarea fertilității și întreruperea cursului sarcinii în condiții de siguranță, la asistență perinatală calificată, la diagnosticul precoce și tratamentul cancerului genito-mamar, la tratamentul infertilității și la reproducere umană asistată medical, la asistență în perioada de menopauză/andropauză. (Articolul 4, pt. 3)

Statul trebuie să asigure informarea permanentă a populației prin mesaje de prevenire a problemelor sănătății reproducerii. Persoanele au dreptul la consultații medicale în scopul alegerii metodei de contracepție. Fiecare femeie are dreptul la o consultație anuală gratuită pentru depistarea precoce a cancerului genito-mamar, la screeningul cancerului genito-mamar, tratament și îngrijire după tratament. Fiecare bărbat are dreptul la screeningul patologiei sistemului reproductiv, inclusiv al cancerului genital, tratament și reabilitare. Fiecare persoană are dreptul la consultații și investigații gratuite pentru prevenirea și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală și al infecției HIV/SIDA; la măsuri de prevenire a violenței sexuale, de asistență și de reabilitare a jertfelor violenței. (Articolul 5)
- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** stipulează dreptul populației la măsuri de control și profilaxie a tuberculozei. Măsurile de profilaxie a tuberculozei se realizează în mod prioritar în categoriile vulnerabile: copii, imigranți, solicitanți de azil, refugiați, beneficiari de protecție umanitară, deținuți, în alte categorii defavorizate. (Articolul 8)

Persoanele care au fost sau care se află în contact cu bolnavi de tuberculoză vor fi, în mod obligatoriu, examinate și supravegheate medical gratuit în scopul depistării tuberculozei și vor fi supuse tratamentului chimioprofilactic antituberculos în modul stabilit de Ministerul Sănătății. Vaccinarea contra tuberculozei în scop profilactic este obligatorie pentru toate persoanele care nu au contrain-

dicații medicale și se efectuează conform calendarului național de vaccinare, aprobat de Ministerul Sănătății. (Articolul 13)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

În scopul prevenirii răspândirii în rândurile populației ale bolilor contagioase, a fost emisă *Hotărârea Guvernului RM nr. 1192 din 23.12.2010 cu privire la aprobarea Programului Național de Imunizări pentru anii 2011 – 2015*. (MO nr. 259-263, art. 1319). Programul Național de Imunizări (PNI) are drept scop reducerea morbidității și mortalității populației prin boli contagioase prevenibile prin vaccinare. Obiectivul de bază ale Programului este asigurarea acoperirii vaccinale a peste 95% din populație de vârstele țintă la nivel național, în fiecare raion și municipiu, vaccinarea tuturor persoanelor, care nu au contraindicații medicale, și contingentelor de risc, cu vaccinuri conforme cerințelor internaționale de calitate și inofensivitate, păstrate și administrare în condiții adecvate.

În Moldova toți copiii au dreptul la vaccinare gratuită cu vaccinurile incluse în PNI. Vaccinarea populației în RM cu vaccinările incluse în PNI este obligatorie. Aceste prevederi derivă dintr-un șir de acte normative:

- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007, "Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate";**
- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 1171 din 21.12.2010 "Privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015";**
- ▶ **Ordinul MS nr. 37 din 23.01.2006 "Cu privire la strategiile de eliminare a rujeolei și rubeolei și măsurile de supraveghere a acestor infecții";**
- ▶ **Ordinul MS nr. 418 din 21.11.2005 „Cu privire la prestarea unor servicii suplimentare de imunizare a populației Republicii Moldova”.**

D) PREVEDERI ÎN CODUL DE ETICĂ

Dreptul la sănătate și la măsuri preventive ale pacientului sunt respectate prin obligația lucrătorului medical și farmaceutic de a apăra sănătatea fizică și mintală a omului care este descrisă în Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic (Capitolul I).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Conform unui Program Național de Imunizări, finanțat adecvat, statul asigură vaccinarea populației cu un șir larg de vaccinuri, începând cu primele zile de viață și pe parcursul întregii vieții. Acoperirea vaccinală a populației din vârstele țintă, la nivel național, este de peste 95%. Vaccinarea este efectuată tuturor persoanelor care nu au contraindicații medicale și contingentelor de risc, cu vaccinuri conforme cerințelor internaționale de calitate și inofensivitate, păstrate și administrare în condiții adecvate. **(Caz raportat de Ministerul Sănătății)**

- ▶ Problema deficienței de iod este o problemă de sănătate publică în Republica Moldova. Dezvoltarea unor programe naționale de îmbogățire a sării alimentare, făinii și apei potabile cu iod sunt măsuri de prevenire a maladiilor care rezultă din lipsa iodului din organism. **(Caz raportat de Ministerul Sănătății)**

2. Exemple de încălcare

- ▶ Lipsa unor programe de informare a populației privind metodele de infectare cu virusul Hepatitei B, precum și nevaccinarea populației împotriva acestei maladii poate determina numărul mare de pacienți bolnavi de hepatită.

3. Cazuri actuale (raportate sau neraportate)

- ▶ Infecția Oreion este specifică copiilor, însă în cazul când se îmbolnăvesc persoanele mature, există un risc mărit de complicații. De aceea la nivel mondial este recomandată vaccinarea contra acestei infecții, care se efectuează în două etape: la vârsta de un an și de 6-7 ani. În perioada anilor 90 sistemul sănătății din Republica Moldova se confrunta cu probleme financiare serioase. Nu ajungeau surse suficiente, inclusiv, pentru a asigura procurarea vaccinurilor. Copiii născuți în perioada 1990-1991 urmau să primească a doua etapă a vaccinului în 1996-1997. În această perioadă, din lipsă de fonduri, nu au fost procurate dozele necesare. Ulterior, situația financiară s-a ameliorat, a început să fie implementat Programul Național de Imunizări, cu acoperirea adecvată a tuturor grupurilor de populație. Însă, pentru copiii nevaccinați de Oreion în 1996-1997 s-a omis revaccinarea. Ca urmare, în perioada 2007-2008 s-a declanșat o epidemie de Oreion pe teritoriul întregii țări, fiind sensibilă anume generația de tineri (16-18 ani) care nu a fost revaccinată conform schemei. A fost o internare masivă în toate spitalele municipale, republicane și raionale. Menționăm că printre complicațiile Oreionului la maturi se înscrie și sterilitatea parțială (cca 13% din complicații), care se va putea observa doar în timp, pe parcursul vieții acelor tineri care au făcut boala. Nu au fost inițiate careva acțiuni legale cu privire la omiterea vaccinării. **(Caz raportat de Ministerul Sănătății)**

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Se recomandă avocaților să consulte recomandările și ghidurile cu privire la metodele de prevenire și profilaxie a anumitor boli, ordinele Ministerului Sănătății. Aceste ordine, de regulă, conțin instrucțiuni clare cu privire la acțiunile ce urmează a fi întreprinse de lucrătorii medicali (ex.: medicul de familie), pentru asigurarea prevenirii apariției unor anumite maladii. De analizat cu atenție dacă aceste instrucțiuni au fost executate întocmai de către lucrătorii medicali pentru prevenirea apariției maladiei la pacient. Argumentele părții oponente de tipul: lipsa resurselor financiare pentru procurarea vaccinurilor sau imposibilitatea separării pacienților infecțioși de cei cu maladii netransmisibile, nu pot servi drept scuze pentru lucrătorii medicali și instituțiile medicale, care au încălcat normele prescrise, deoarece statul are obligația să prevină îmbolnăvirile în rândul populației, și să asigure securitatea populației, inclusiv și față de îmbolnăviri.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Discutarea standardelor internaționale și regionale relevante Dreptului la Măsuri Preventive o puteți găsi în descrierea Dreptului la cel mai Înalt Standard Posibil de Sănătate în Capitolul 2, Standarde Internaționale ale Dreptului Omului în Sănătate, și în Capitolul 3, Standarde Regionale ale Drepturilor Omului în Sănătate.

6.1.2 DREPTUL LA ACCES

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul la acces la servicii de sănătate conform necesităților. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze accesul egal al fiecărei persoane, fără discriminare din motive financiare, domiciliu, tip de boală sau timpul adresării.

Dreptul la acces are mai multe dimensiuni. Cel mai important element constitutiv al acestui drept este cel al accesibilității financiare. Cu toate acestea, accesibilitatea geografică, eliminarea discriminării, precum și asigurarea calității adecvate a serviciilor sunt de mare importanță, totodată, asigurarea acestor componente contribuie la facilitarea accesului.

Asigurarea calității corespunzătoare a serviciilor necesită o atenție deosebită deoarece asigurarea accesului la servicii fără asigurarea calității corespunzătoare a acestor servicii nu poate ajuta pacienții. Prin urmare, dreptul de acces și dreptul la calitatea corespunzătoare sunt strâns legate între ele.

De exemplu, nu există nici un beneficiu real în cazul când, ipotetic, există acces gratuit la serviciile de ambulanță însă automobilele nu sunt echipate în mod corespunzător, iar personalul nu este instruit adecvat pentru a oferi servicii de urgență eficiente pentru populație.

Dreptul la acces la serviciile de sănătate este susținut de legislația Republicii Moldova. Accesibilitatea financiară la serviciile de sănătate este direct dependentă de furnizarea programelor de stat de sănătate, care la rândul lor, sunt definite prin Legea Bugetului de Stat, sub rezerva aprobării de către Parlament pentru anul respectiv.

În același timp, legislația Republicii Moldova conține prevederi concrete împotriva discriminării și cu referire la dreptul la servicii de calitate.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova**, prin Articolul 36, garantează dreptul la ocrotirea sănătății și la un minim de asigurări medicale oferit gratuit de către stat.

Totodată, asigurarea accesului egal al persoanelor, fără discriminare, la serviciile de sănătate este garantată prin Articolul 16 al Constituției care prevede principiul egalității tuturor cetățenilor Republicii Moldova, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau de origine socială.

- ▶ Principiul nediscriminării în asistența medicală se regăsește în **Legea cu privire la asigurarea egalității nr. 121 din 25.05.2012**. Se asigură dreptul la egalitate a tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Republicii Moldova în sferile: politică, economică, socială, culturală și alte sfere ale vieții, fără deosebire de rasă, culoare, naționalitate, origine etnică, limbă, religie sau convingere, sex, vârstă, dizabilitate, opinie, apartenență politică, sau pe bază de orice alt criteriu similar. (Articolul 1)
- ▶ În **Legea ocrotirii sănătății a Republicii Moldova nr. 411-XIII din 28.03.1995** sunt descrise principiile de acordare a serviciilor medicale populației.
 - Dreptul la asigurarea sănătății fără discriminare este exprimat prin Articolul 17, alin. 1, în care se stipulează că locuitorii țării au dreptul la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, apartenență socială și religie.

- Cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.
- Legea garantează dreptul la liberă alegere a medicului, a instituției medicale și a formei de asistență medicală. (Articolul 25)
- Articolul 24 al Legii stipulează că persoanele sunt asigurate cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață (accidente, îmbolnăviri acute, grave etc.). Persoanelor le este garantată asistența medicală în situații extremale (calamități, catastrofe, avarii, îmbolnăviri și intoxicații de masă, iradiere cu raze ionizante și neionizante, poluare abundentă a mediului etc.).
- Pentru ocrotirea sănătății persoanelor care se căsătoresc și a urmașilor lor, unitățile medico-sanitare acordă consultații prenuptiale referitoare la căsătorie și la planificarea familiei, efectuează examenul medical gratuit cu acordul informat al persoanei. Persoanele care se căsătoresc, precum și soții, pot trece examene medicale și primi consultații medico-genetice în unitățile medico-sanitare respective pentru depistarea alterărilor genetice din cariotipul lor, care duc la malformarea viitorului copil. (Articolul 46)
- Unitățile medico-sanitare asigură asistență medicală calificată femeii în cursul sarcinii, la naștere, după naștere și ajutor curativ-profilactic mamei și nou-născutului. (Articolul 49)
- Instituțiile curativ-profilactice și de asanare (policlinici, spitale, dispensare, sanatorii etc.) acordă asistență medicală copiilor și adolescenților. Lor li se acordă periodic supraveghere medicală activă. Copiii de vârstă fragedă sunt asigurați cu produse alimentare speciale, inclusiv gratuit, în modul stabilit. (Articolul 50)
- Persoanele care și-au pierdut locul de muncă și câștigul au dreptul garantat de stat la minimul asigurării medicale gratuite pentru susținerea sănătății lor și a sănătății celor întreținuți de ele. (Articolul 37)
- Statul asigură persoanele de vârstă înaintată cu asistență medico-socială, conform unor programe de recuperare medico-socială orientate spre asigurarea necesităților fizice și psihice, spre prelungirea perioadei de viață activă, inclusiv în condiții casnice, spre asigurarea capacității de adaptare socio-psihologică la bătrânețe, preîntâmpinării afecțiunilor cronice și invalidității. (Articolul 38)
- Asistența medicală și socială le este asigurată persoanelor contaminate de virusul imunodeficientar uman (HIV) și bolnave de SIDA. (Articolul 41)
- Bolnavii de tuberculoză sunt asigurați cu preparate antituberculoase și tratați în staționare, sanatorii și preventorii în mod gratuit. (Articolul 44)
- Persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune li se garantează asistență medico-sanitară conform legislației în vigoare. (Articolul 39).

Menționăm că în Articolul 169, alin. 1, lit. e, al **Codului de Executare al R.M nr. 443 din 24.12.2004** condamnatului i se garantează dreptul la ocrotirea sănătății.

- ▶ **Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** în Articolul 4 prevede că Guvernul are calitatea de asigurat, fiind obligat să asigure riscul de îmbolnăvire pentru următoarele categorii de persoane cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate din țară:
 - a) copiii de vârstă preșcolară;
 - b) elevii din învățământul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
 - c) elevii din învățământul secundar profesional;
 - d) elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu învățământ de zi;
 - e) studenții din învățământul superior universitar cu învățământ de zi;
 - f) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi;
 - g) copiii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;

- h) persoanele cu dizabilități;
- i) gravidele, parturientele și lăuzele;
- j) pensionarii;
- k) șomerii care beneficiază de ajutor de șomaj;
- l) persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil cu dizabilitate cu severitatea I sau o persoană cu handicap din copilărie de gradul I ținut la pat;
- m) mame cu patru și mai mulți copii;
- n) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform **Legii nr. 133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social.**

Persoane asigurate pot fi atât cetățenii Republicii Moldova, cât și cetățenii străini și apatrizii având reședința în Republica Moldova, încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă, precum și cetățenii străini și apatrizii cu domiciliul în Republica Moldova, în interesul cărora au fost plătite prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în mărimea și în termenul stabilit de legislație. (Articolul 9)

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului**, prin Articolul 5, stipulează explicit dreptul pacientului la asistență medicală. Astfel, pacientul poate beneficia gratuit de asistență în volumul stabilit de legislație; are dreptul la reducerea suferinței și atenuarea durerii provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală; poate apela pentru opinii medicale alternative și consultarea mai multor specialiști; are dreptul de a se asigura la asistență medicală (obligatorie sau benevolă); are dreptul la examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate a normelor sanitaro-igienice. Este prevăzut dreptul pacientului la atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase.

Realizarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală este determinată de asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate de cea mai înaltă calitate, pe care societatea o poate garanta cu resursele umane, financiare și materiale disponibile, conform legislației. (Articolul 8)

Astfel, legislația în vigoare descrie modalitățile de acces al populației la diferite servicii de sănătate. Fiecărui pacient îi este asigurat accesul nelimitat și înscrierea la serviciile medicului de familie, iar dacă este posibil, și dreptul de alegere a acestuia.

Accesul gratuit la serviciile de urgență este asigurat prin intermediul medicului de familie sau în instituțiile medico-sanitare de tip ambulatoriu sau staționar din raza aflării pacientului.

- ▶ **Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** în Articolul 18 stipulează că raportul medic - pacient se întemeiază pe respect și încredere reciprocă, pe dreptul la opțiune al pacientului, exercitat conform legislației în vigoare.

Obligația lucrătorilor medicali de a acorda accesul la servicii de sănătate este expusă în Capitolul 7 al prezentului Ghid.

- ▶ **Legea nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA** în Articolul 25 susține că orice persoană dispune de acces egal la servicii medicale indiferent de statusul HIV. Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu status HIV pozitiv în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective.

Cetățenilor Republicii Moldova, cetățenilor străini și apatrizilor care au domiciliul sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova li se asigură accesul la examen medical gratuit (inclusiv anonim) în scopul depistării precoce a virusului HIV și a maladiei SIDA. (Articolul 11)

Toate femeile însărcinate au acces la consiliere și testare gratuită la marcherii HIV. Femeilor HIV pozitive însărcinate și nou-născuților lor li se garantează accesul la tratament ARV profilactic gratuit. (Articolul 21)

Persoanele HIV pozitive au dreptul la tratamentul ARV gratuit și la cel al maladiilor oportuniste, conform indicațiilor clinico-imunologice. Persoanele infectate cu HIV și bolnave de SIDA pot primi asistența medicală în baza Programului unic de asigurare obligatorie de asistență medicală, conform legislației în vigoare. (Articolul 19)

Copiii și tinerii afectați de HIV/SIDA au drepturi egale cu cele ale semenilor lor, beneficiază de acces la programele educaționale și de prevenire a infecției HIV/SIDA, de asistență socială și juridică, precum și de îngrijirea și tratamentul de care au nevoie în virtutea statusului lor. Femeile HIV pozitive beneficiază de contracepție gratuită, inclusiv de sterilizare benevolă, după consilierea cuvenită. (Articolul 6)

Persoanele aflate în detenție au dreptul la accesul gratuit la tratamentul ARV și la cel al maladiilor oportuniste. (Articolul 9, lit. c)

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** în Articolul 17 stipulează că, în acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la:

- diagnosticare și tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu, în funcție de manifestarea bolii și de condițiile sanitaro-igienice disponibile;
- aflare în instituție medicală antituberculoasă specializată în termenul necesar investigațiilor și/sau tratamentului;
- asistență medicală antituberculoasă în condiții care să corespundă exigențelor sanitaro-igienice și regimului antiepidemic;
- beneficiere gratuită de examen medical, de investigații de diagnosticare și de chimioterapie, de vaccinare profilactică împotriva tuberculozei, de preparatele medicamentoase necesare tratamentului în instituția medicală antituberculoasă specializată sau în condiții de ambulatoriu și de recuperare a capacității de muncă.

- ▶ Conform **Legii nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** bărbații și femeile au acces egal la servicii de ocrotire a sănătății reproductive.

Adolescenții au dreptul la informare și la acces la servicii de ocrotire a sănătății reproducerii adaptate nevoilor lor. (Articolul 6)

Femeile și bărbații de vârstă a treia au dreptul să beneficieze de servicii de performanță privind ocrotirea sănătății sexuale. (Articolul 7)

Persoanele au dreptul la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane. Articolele 9 - 13 ale Legii descriu condițiile de folosire a tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane.

Orice persoană are dreptul la utilizarea metodelor de contracepție și la asistență consultativă în alegerea metodei de contracepție, luându-se în considerare starea sănătății, vârsta și particularitățile individuale. (Articolul 5, lit. d)

Fiecărui cuplu, fiecărei femei solitare trebuie să i se ofere acces gratuit, în condiții de siguranță, la îngrijire prenatală, îngrijire la naștere și a nou-născutului, îngrijire postnatală, indiferent de achitarea sau neachitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și indiferent dacă are sau nu caracter de urgență serviciul medical respectiv. (Articolul 5, lit. j)

- ▶ **Legea nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului** garantează dreptul copilului la viață și la inviolabilitatea fizică și psihică. Statul recunoaște dreptul copilului la folosirea celor mai bune tehnologii de tratament și recuperare, profilaxie a bolilor. (Articolul 4)

- ▶ **Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nr. 60 din 30.03.2012** garantează dreptul persoanelor cu dizabilități la o atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorilor de servicii din domeniul sănătății, fără nici o discriminare pe criterii de dizabilitate. În Articolul 42 este descris dreptul persoanelor cu dizabilități, care include accesul la:

- a) asistență medicală oportună și calitativă în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- b) alegerea prestatorului de servicii medicale primare și a medicului de familie;
- c) tratament și îngrijire medicală individuală;
- d) asistență medicală pe întreg teritoriul Republicii, în comunitate (la locul de trai) și în instituțiile medico-sanitare specializate în cazul în care, conform indicațiilor medicale, asistența medicală ambulatorie este ineficientă sau indisponibilă;
- e) servicii medicale în volumul și calitatea prevăzute de Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- f) asistență medicală, în cazul în care sunt cetățeni ai Republicii Moldova aflați peste hotarele țării, în conformitate cu tratatele și acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte.

Autoritățile publice centrale și locale organizează și contribuie la formarea și dezvoltarea sistemului de reabilitare medicală și socială a persoanelor cu dizabilități pentru a le ajuta să atingă și să mențină un nivel optim de activitate fizică, intelectuală, psihică și/sau socială, oferindu-le concomitent mijloace pentru schimbarea modului de viață și obținerea unei independențe mai mari. Persoanele cu dizabilități au dreptul la reabilitare balneo-sanatorială gratuită sau cu plată parțială, dacă aceasta este prevăzut în programul individual de reabilitare și incluziune socială, și se face conform regulamentului aprobat de Guvern. (Articolul 43, p. 1, 3)

► **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mintală** în Articolul 5 prevede că, în cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul:

- la toate tipurile de tratament (inclusiv balneo-sanatorial) conform indicațiilor terapeutice;
- la asistență psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie;
- să solicite invitarea oricărui specialist, cu consimțământul acestuia, care să participe la acordarea de asistență psihiatrică sau să conlucreze în comisia medicală pentru problemele reglementate de această lege.

Minorii suferinzi de tulburări psihice beneficiază de toate drepturile și libertățile cetățenilor prevăzute de legislație. (Articolul 5¹)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Dispoziție a Ministerului Sănătății cu privire la organizarea accesului la asistența medicală nr. 611-d/2010

D) PREVEDERI ÎN CODUL DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic în Capitolul I prevede, ca obligație a lucrătorului medical și farmaceutic, respectarea dreptului ființei umane la viață și demnitate, fără discriminări de vârstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie, politică sau din orice alt motiv, atât în timp de pace cât și în timp de război.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Centrul medicilor de familie din localitatea D. este asigurat cu medici conform necesității și numărului populației. Centrul este dotat cu echipament de diagnostic, are un laborator echipat modern, pacienții sunt înscrși preventiv la medici pentru consultații. În Centru sunt oferite servicii de diagnostic, tratament în condiții de ambulatoriu, se realizează programe de informare și educare în domeniul sănătății, programe de imunizări și măsuri regulate de profilaxie și de screening. În caz de necesitate, când sunt cazuri de maladii complicate, sunt invitați pentru consultație medici specialiști din centre specializate. Accesul la servicii de asistență medicală primară este asigurat tuturor persoanelor din localitate, indiferent de vârstă, statut social sau economic.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul R., de etnie rromă s-a adresat după asistență medicală de urgență în instituția medicală de serviciu. Pacientul are piciorul fracturat în urma unui conflict cu vecinii. Medicii de gardă acordă asistență altor persoane care se adresează după asistență, ignorând pacientul R., care este nevoit să aștepte fără a fi consultat timp de 3 ore pe coridorul instituției. La adresarea pacientului de a fi consultat, unul din lucrătorii medicali îi răspunde: „Voi țiganilor, mai întâi nu fiți agresivi și vă bateți... Ca să nu ajungeți la noi. Acum așteptați, că așa vă trebuie, ca să vă mai liniștiți.”. Pacientul a primit asistență medicală dar cu o întârziere semnificativă (**caz din practica autorului**).
- ▶ Doamna D., face o intoxicație alimentară gravă. Solicită asistența serviciului medical de urgență. Medicul sosit la domiciliu inițiază procedura de spălătură gastrică. Doamna D. informează medicul că este purtătoare de virusul HIV. La aflarea acestei informații, medicul își strânge instrumentele și pleacă, refuzând să continue acordarea ajutorului medical cu argumentarea că pacienților cu HIV trebuie să li se acorde ajutor medical în instituții specializate. La rugămintea pacientei de a fi transportată la una din aceste instituții, unde ar putea fi ajutată, medicul îi răspunde brutal că nu este serviciu de taxi. Pacienta nu a înaintat nici o plângere către careva autorități (**caz din practica autorului**).

3. Caz actual

- ▶ *Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității a examinat cauza nr. 021/13 (decizia din 27 decembrie 2013) pornită la plângerea dnei R.Ț. către spitalul raional "Z" și Ministerul Sănătății al Republicii Moldova privind discriminarea pe criteriul HIV în acces la servicii de asistență medicală.*

Consiliul Nediscriminare a examinat acțiunile unui medic, dar și textul Ordinului nr. 100 din 01.04.2004 al Ministerului Sănătății. Dacă în acțiunile medicului Consiliul nu a găsit discriminare, atunci Ordinul nr. 100 al Ministerului Sănătății încălca principiul egalității, limitând nejustificat accesul femeilor însărcinate HIV pozitiv la servicii de asistență medicală pentru naștere, obligându-le, indiferent de locul de reședință, să ceară asistență medicală doar în mun. Chișinău și în mun. Bălți. În concluziile sale, Consiliul a indicat că "[...] Ordinul nr. 100 al Ministerului Sănătății contravine standardelor elaborate de Comitetul ONU privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale care în Comentariul său General nr. 14 a explicat că oricare persoană are dreptul la cel mai înalt standard al sănătății care cuprinde elemente obligatorii, de realizare a acestui drept, cum sunt disponibilitatea, accesibilitatea, nediscriminarea, acceptabilitatea și calitatea. Prin accesibilitate se are în vedere accesul fizic, adică instituțiile, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie accesibile fizic în condiții de siguranță pentru toate categoriile de populație, în special cele vulnerabile sau grupurile marginalizate, cum ar fi minoritățile etnice, femei, copii, adolescenți, vârstnici, persoane cu han-

dicap și persoanele care trăiesc cu HIV și SIDA. Prin natura sa economică, adică prețul serviciului medical să nu împiedice persoana să solicite asistența necesară și interzicerea discriminării, adică instituțiile, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie de jure și de facto accesibile tuturor, mai ales categoriilor cele mai vulnerabile sau marginalizate ale populației, fără discriminare pe baza unuia dintre motivele interzise. Consiliul nu cunoaște vreun alt ordin cu același caracter și scop care să limiteze accesul femeilor însărcinate cu hepatită, sau alte boli infecțioase, la asistență medicală pentru naștere doar în mun. Chișinău și în mun. Bălți, de aceea admite argumentul petiționarei că Ordinul nr. 100 al Ministerului Sănătății este discriminatoriu, și anume: tratează mai puțin favorabil femeile însărcinate HIV pozitiv în comparație cu femeile însărcinate cu hepatită, sau alte boli infecțioase, în acces egal la servicii de asistență medicală pentru naștere. Consiliu, de asemenea, notează și faptul că Ministerul Sănătății indirect recunoaște acest lucru declarând că "Ordinul în cauză nu a trecut expertiza juridică și nu a fost publicat în Monitorul Oficial, fapt ce confirmă lipsa normelor juridice ce ar reglementa careva drepturi, obligații sau restricții ale cetățenilor. Cu atât mai mult, odată cu adoptarea Legii cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23 din 16 februarie 2007 toate normele juridice contradictorii au devenit caduce" [...]."

G) NOTE PRACTICE PENTRU AVOCAȚI

Pentru a pretinde încălcarea unora dintre drepturile garantate de Constituție și de legislația națională (dreptul de a trăi într-un mediu sănătos, dreptul la asigurări medicale etc.), avocații ar trebui să solicite avize medicale de specialitate care demonstrează că tratamentul medical a unei persoane nu a fost conform cu standardele de sănătate stabilite de stat.

Trebuie de asigurat cu probe (înscrieri, martori) care atestă refuzul medicului de a acorda ajutor medical și care este motivul refuzului, pentru a invoca în instanță restricționarea accesului la servicii medicale. Dacă medicul a refuzat verbal pacientul, atunci urmează de adresat în scris o solicitare instituției respective de a elibera în scris motivele de neacordare a ajutorului medical solicitat.

De asemenea, avocații trebuie să solicite organului de urmărire penală sau instanței judecătorești, după caz, efectuarea unei expertize medico-legale în comisie cu invitarea unui expert independent pentru stabilirea raportului de cauzalitate între neacordarea serviciului medical și consecințele survenite.

Trebuie să se ia în calcul că discriminarea se poate manifesta prin mai multe forme. Conform articolului 2 al **Legii cu privire la asigurarea egalității nr. 121 din 25.05.2012** se apreciază că:

- *discriminare directă* este tratarea unei persoane în baza oricăruia dintre criteriile prohibitive în manieră mai puțin favorabilă decât tratarea altei persoane într-o situație comparabilă;
- *discriminare indirectă* presupune orice prevedere, acțiune, criteriu sau practică aparent neutră care are drept efect dezavantajarea unei persoane față de o altă persoană în baza criteriilor stipulate de prezenta lege, în afară de cazul în care acea prevedere, acțiune, criteriu sau practică se justifică în mod obiectiv, printr-un scop legitim și dacă mijloacele de atingere a acelui scop sunt proporționale, adecvate și necesare;
- *discriminare prin asociere* se consideră orice faptă de discriminare săvârșită împotriva unei persoane care, deși nu face parte dintr-o categorie de persoane identificată potrivit criteriilor stipulate de prezenta lege, este asociată cu una sau mai multe persoane aparținând unei astfel de categorii de persoane;
- *segregare rasială* este orice acțiune sau inacțiune care conduce direct sau indirect la separarea ori diferențierea persoanelor pe baza criteriilor de rasă, culoare, origine națională sau etnică;
- *hărțuire* constituie orice comportament nedorit care conduce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator, având drept scop sau efect lezarea demnității unei persoane pe baza criteriilor stipulate de prezenta lege;

- *instigare la discriminare* reprezintă orice comportament prin care o persoană aplică presiuni sau afișează o conduită intenționată în scopul discriminării unei terțe persoane pe baza criteriilor stipulate de prezenta lege.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la acces la servicii de sănătate reiese din dreptul la nediscriminare și echitate, descrise în Capitolul 2, dedicat standardelor internaționale ale drepturilor omului în sănătate și în Capitolul 3, care se referă la standardele regionale ale drepturilor omului în sănătate.

6.1.3 DREPTUL LA INFORMARE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea de sănătate, la serviciile de sănătate și modalitatea cum poate să se folosească de ele, precum și la tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică.

Acest drept este pus în aplicare prin "legislația generală" în Legea ocrotirii sănătății și Legea privind drepturile pacienților, în plus, prevederi care asigură dreptul cetățenilor la informații cu referire la sănătatea lor sunt incluse în legislația specifică, cum este Legea privind sănătatea mintală, Legea cu privire la profilaxia HIV/SIDA, Legea cu privire la transplantul de organe, țesuturi și celule umane, și, în cele din urmă, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic definește obligațiile de a oferi pacienților și/sau rudele informații despre starea de sănătate, și despre tratamentul propus pacientului.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Articolul 34 al **Constituției Republicii Moldova** se referă expres la dreptul persoanei la informare și acces la informația care poartă atât caracter public, cât și la informația cu caracter personal sau privat. Informarea cetățenilor trebuie să fie corectă.

- ▶ **Legea nr. 982-XV din 11.05.2000 privind accesul la informație** descrie principiul general al accesului la informația de interes public, precum și la informația cu caracter personal.

Oricărei persoane i se va asigura accesul la informațiile cu caracter personal despre sine. Ea are dreptul să ia cunoștință de aceste informații personal sau în prezența altei persoane; să precizeze aceste informații în scopul asigurării plenitudinii și veridicității lor; să obțină, dacă este cazul, rectificarea informațiilor sau lichidarea lor atunci când ele vor fi tratate neadecvat; să afle cine și în ce scop a utilizat, utilizează sau intenționează să utilizeze aceste informații; să ia copii de pe documentele, informațiile despre sine sau de pe unele părți ale acestora. (Articolul 8, pt. 5)

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede dreptul pacientului de a cere și de a i se oferi informații privind starea sănătății. Pe lângă faptul că pacientul este în drept să cunoască situația obiectivă despre starea sa acesta, în timpul examenului medical și al tratamentului are dreptul la informații despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potențial și eficacitatea terapeutică, despre metodele de alternativă, precum și despre diagnosticul, prognosticul și mersul tratamentului, despre recomandările profilactice.

Pacientul are dreptul să consulte datele obiective, înscrise în fișa de observație medicală sau în alte documente, care îl privesc. În cazul în care s-ar putea produce deteriorarea gravă a stării fizice sau psi-

hice a pacientului sau compromiterea rezultatelor tratamentului, informațiile de mai sus vor fi date unei persoane apropiate bolnavului. (Articolul 27)

Pacientul are dreptul să le solicite informație de la medici sau instituție medicală, în formă scris. Procedura de eliberare a informației în scris de către lucrătorii medicali este descrisă în Capitolul VII, aceasta fiind o obligație a furnizorilor de servicii medicale.

Totodată, ceea ce privește dreptul pacienților - copii/adolescenți la obținerea de informații despre toate procedurile medicale, beneficiarii acestui drept sunt, conform legii, părinții, tutorele sau curatorul. (Articolul 50)

- ▶ **Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** stipulează că pacientul are dreptul la informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică al acestora. (Articolul 5, lit. i)

Este important, reieșind din prevederile exprese din lege, ca pacientul să primească informația vis-a-vis de toate procedurile medicale, într-un limbaj cât mai accesibil nivelului lui de înțelegere. Limbajul medicului care informează pacientul nu trebuie să conțină terminologie medicală, care nu este pe înțelesul pacientului, iar în cazul când pacientul nu cunoaște limba de stat, se va căuta o altă formă de comunicare. (Articolul 11, pt. 5)

Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare. (Articolul 9, pt. 3)

- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** garantează că în cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul la informații privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, expuse într-o formă accesibilă, ținându-se cont de starea lui psihică. (Articolul 5, lit. b)

În Lege sunt descrise condițiile în care vor fi informați pacienții care suferă de tulburări mintale. Pentru exercitarea drepturilor și intereselor sale legitime, persoana suferindă de tulburări psihice sau reprezentantul ei legal poate primi la cerere informații despre starea sănătății psihice și despre asistența psihiatrică acordată. (Articolul 9)

- ▶ **Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** susține că în timpul examenului medical și al tratamentului, persoana cu dizabilități are dreptul să solicite informații despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul potențial pe care îl comportă și eficacitatea lor terapeutică, despre metodele de alternativă, de asemenea despre diagnosticul, pronosticul și evoluția tratamentului și despre recomandările profilactice în format accesibil. (Articolul 42, pt. 11)

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** stipulează că orice persoana are dreptul la informații veridice referitoare la drepturile și obligațiile în domeniul sănătății reproducerii, la starea sănătății reproductive, inclusiv referitoare la rezultatele investigațiilor, la pronostic, la metodele de tratament, la riscurile legate de acestea, la variantele posibile de intervenții medicale, la consecințele și rezultatele tratamentului efectuat. (Articolul 4, pt. 1, lit. e)

Articolul 6, pt. 1 al Legii stipulează că adolescenții au dreptul la informare și la acces la servicii de ocrotire a sănătății reproducerii adaptate nevoilor lor.

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** stipulează că, în acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la obținerea informației despre drepturile și obligațiile lor și, în mod accesibil, despre caracterul maladiei de care suferă, despre metodele de investigare și de tratament aplicate. (Articolul 17)

- ▶ **Legea nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA** stipulează că în cazul în care o persoană va solicita un test HIV, acestuia trebuie să i se asigure consiliere pre și post test, în cadrul căreia se va realiza o informare amplă a persoanei testate cu referire la infecție.
- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12 prevede protejarea drepturilor pacienților și voluntarilor implicați în studii clinice. Pacientul, voluntarul sau reprezentantul lor legal va fi informat despre conținutul testărilor, proprietățile medicamentului, efectul așteptat, eventualele consecințe și gradul de risc la care va fi supus pacientul sau voluntarul.
- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede dreptul donatorilor în viață să fie informați despre testările necesare pentru a stabili compatibilitatea donatorului, despre scopul și natura prelevării, precum și despre eventualele riscuri și consecințe. Recipientul are dreptul să fie informat pe deplin despre natura procedurii, precum și despre eventualele riscuri și consecințe. Rudele apropiate ale donatorului decedat vor fi informate despre necesitatea efectuării testărilor pentru stabilirea compatibilității donatorului, precum și despre consecințele testărilor. (Articolul 24)
Prelevarea de țesuturi sau celule regenerative de la minori se poate face numai cu consimțământul autorității tutelare sau al fiecăruia dintre reprezentanții legali ai minorului. Refuzul scris, verbal sau în orice alt mod al minorului împiedică orice prelevare. (Articolul 19)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 303 din 06.05.2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat (MO nr. 108-109/382 din 29.06.2010).

Prin Ordin a fost aprobată *Instrucțiunea cu privire la modul de eliberare a informației privind propriile date medicale*. Instrucțiunea reglementează modalitatea de eliberare a informației din dosarele medicale, de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de forma juridică de organizare, în scopul asigurării accesului pacientului la propriile date cu caracter medical și garantarea confidențialității informațiilor ce țin de secretul medical. Responsabilitatea îndeplinirii acestei Instrucțiuni se referă la prestatorii de servicii medicale, fiind descrisă în Capitolul 7.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Obligația lucrătorului medical și farmaceutic de a respecta dreptul pacientului la informație despre propria stare de sănătate, tratament și măsuri de prevenție și diagnostic este stipulată în Capitolul V al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic**.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ În rezultatul adresării după asistență medicală, pacientul X a fost informat de către medicul specialist despre necesitatea investigațiilor care trebuie să le efectueze pentru a fi stabilit un diagnostic corect. Ulterior, rezultatele testelor au fost descrise pe înțelesul pacientului și a fost explicat diagnosticul stabilit. Maladia pacientului poate fi tratată chirurgical, însă există rezultate bune și în cazurile

când se încearcă tratamentul medicamentos, fără intervenție chirurgicală. Medicul explică pacientului X ambele opțiuni, riscurile și beneficiile fiecăreia. Pacientului i se oferă timp să se gândească pentru a lua o decizie. Pe parcurs, pacientul adresează medicului întrebări pentru clarificare, la care primește răspunsuri pe înțelesul său.

- ▶ În instituția medicală, în locurile de acces public, sunt disponibile informații cu referire la factorii de risc pentru sănătate, necesitatea măsurilor de prevenție și profilaxie, sunt descrise căile de evitare a unor maladii. Informația este oferită în toate limbile vorbite în localitatea respectivă într-un limbaj accesibil populației. Sunt oferite surse de informare suplimentare, care pot fi luate cu sine (broșuri, pliante). În instituție activează un birou pentru informare, unde persoanele se pot adresa în caz dacă au întrebări suplimentare cu referire la riscurile pentru sănătatea lor și căile de prevenție. Informația de contact a acestui birou (telefon, amplasare) este afișată în locuri vizibile pentru public.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Medicii refuză solicitarea pacientului de a i se explica starea lui de sănătate din motive precum că el nu are cunoștințe suficiente în domeniu medical pentru a înțelege diagnosticul și precum că necunoașterea situației reale despre boală îl va proteja de stres (**caz ipotetic**).
- ▶ Medicul oncolog discută despre intervenția pentru rezecție radicală, care urmează a fi făcută pacientului cu tumoare a colonului, doar cu feciorul acestuia, pacientul fiind un bărbat de 56 de ani în deplină conștiință. După intervenție pacientul este surprins și indignat că i s-a făcut stomă (orificiul intestinului este scos prin peretele abdominal) fără a fi discutată cu el această decizie (**caz ipotetic**).
- ▶ În școală este interzis de a discuta cu elevii claselor mari problemele sănătății reproductive, deoarece aceasta ar însemna promovarea unui comportament amoral printre tineri (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ **Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității a examinat cauza nr. 087/14 (decizia din 4 iulie 2014) pornită prin autosesizare către Internatul Psihoneurologic mun.Bălți, Centrul Perinatologic mun.Bălți și Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei privind discriminarea bazată pe gen și dizabilitate în realizarea dreptului la respectarea vieții private și de familie, a dreptului la integritate fizică și în acces la informații și servicii medicale privind sănătatea reproductivă a beneficiarilor Internatului psihoneurologic din mun. Bălți.**

Consiliul a examinat prejudecățile medicilor față de femeile cu dizabilități în realizarea dreptului la viață privată prin acces la informații despre sănătatea reproductivă. Autosesizarea a avut la bază un articol al Ziarului de Gardă cu investigații jurnalistice efectuate în Internatul Psihoneurologic mun. Bălți. În concluziile sale Consiliul a subliniat "[...]oricare femeie cu dizabilitate, indiferent de dizabilitatea și personalitatea sa, are dreptul la respect al demnității sale și realizarea dreptului său la servicii de asistență medicală, inclusiv în domeniul sănătății sexuale și reproductive. [...] Definiția sănătății reproductive este regăsită și în Legea nr. 185 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială, fiind bază legislativă pentru realizarea liberă de către oricare persoană a drepturilor sale la reproducere și beneficierea de servicii de planificare familială. Sănătatea sexuală este definită ca o bunăstare fizică, emoțională, mintală și socială în ceea ce privește sexualitatea, nu este vorba doar de absența bolii, a disfuncției sau a infirmității. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă și respectuoasă a sexualității și a relațiilor sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale satisfăcătoare și sigure, fără constrângere, discriminare și violență. [...] Consiliul nu a primit un răspuns clar de ce în internat beneficiarii nu au acces la informație despre sănătatea sa reproductivă și de ce nu au acces la contraceptive. Situația petiționarei M.G. arată cu claritate asupra faptului că avortul este folosit de internatul psiho-neurologic mun. Bălți drept metodă de contracepție. [...] Internatul Psihoneurologic și Centrul Perinatologic manifestă o reticență

față de femeile cu dizabilități care vor să-și întemeieze o familie și care doresc să aibă copii. Ele sunt tratate exclusiv prin prisma dizabilității sale, ceea ce stereotipează femeile cu dizabilități. [...] Prevalează și abordarea de a nega femeii cu dizabilități realizarea dreptului de a lua decizii privind propria sa sănătate. Consiliului i s-a comunicat că o rudă sau chiar internatul psihoneurologic decide în locul femeii întreruperea sarcinii, ea fiind exclusă din procesul de luare a deciziilor. [...]".

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Este necesar de ținut cont de faptul dacă pacientul a avut acces la informațiile despre starea sănătății sale. Acest moment este foarte important pentru a determina posibilitatea reală a pacientului de a lua o decizie în ceea ce privește tratamentul și intervențiile propuse. Totodată, trebuie să ținem cont de amploarea și modul de informare a pacientului, pe cât acesta a fost ajustat la capacitatea de înțelegere a pacientului.

Se recomandă a promova obligativitatea acordului informat în scris, care are în mod obligatoriu partea de informare și cea de avizare (semnătura) a pacientului. (Mai multă informație despre acordul informat va fi oferită în cadrul următorului drept al pacientului.)

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul de a fi informat este un drept fundamental al persoanei. Acest drept este discutat în Capitolul 2 în cadrul standardelor internaționale a drepturilor omului în sănătate și în Capitolul 3 cu referire la standardele regionale ale drepturilor omului în sănătate.

6.1.4 DREPTUL DE A CONSIMȚI

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul de acces la toate informațiile care i-ar putea permite să participe în mod activ la deciziile cu referire la propria sănătate; această informație este o condiție prealabilă pentru orice procedura sau tratament, inclusiv participarea în cercetarea științifică.

Dreptul de a consimți este nucleul drepturilor pacientului și se bazează sau este derivat din principiul respectului autonomiei pacientului și, într-un sens mai larg, pornește de la principiul respectului pentru persoane și demnității indivizilor. Dreptul de a consimți (consimțământul informat), în termeni generali, este exprimat în mod explicit în Legea ocrotirii sănătății, și este specificat în Legea drepturilor și responsabilităților pacientului, precum și într-un număr de legi specifice care reglementează diferite ramuri ale medicinei (transplantologia, HIV/SIDA, sănătatea mintală etc.).

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** prevede dreptul fiecărei persoane dreptul la integritate fizică și psihică. Acest drept se manifestă prin libertatea pacientului pentru exprimarea benevolă a consimțământului pentru efectuarea unui act medical. Totodată, în alin. 2 al Articolului 51, care se referă la dreptul persoanelor cu handicap, se menționează că nimeni nu poate fi supus nici unui tratament medical forțat, decât în cazurile prevăzute de lege.

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede dreptul pacientului la exprimarea consimțământului pentru aplicarea metodelor de profilaxie, diagnostic și tratament, precum și a medicamentelor noi. Conform Articolului 23 din Lege, consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie). Exprimarea consimțământului pacientului căruia îi este afectat discernământul, fie temporar sau permanent, are loc prin intermediul reprezentantului legal sau a rudei apropiate pacientului.

Consimțământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii unității medico-sanitare. (Articolul 23, alin.7)

Pentru a exprima consimțământul, pacientul trebuie să fie capabil să gândească în mod clar și cu discernământ. Pentru pacienții cu vârsta mai mică de 16 ani sau care sunt bolnavi mintal, părinții, un tutore sau reprezentantul legal va oferi consimțământul în scris. (Articolul 28, alin.2)

Fiecare persoană va consimți în scris pentru efectuarea sterilizării chirurgicale, care trebuie să fie doar voluntară, la dorința persoanei sau la indicația medicului. (Articolul 31)

Tratament coercitiv

Legea presupune situații în care tratamentul pacientului poate fi realizat fără consimțământul acestuia, în mod coercitiv. În această categorie sunt incluși bolnavii de tuberculoză în formă activă care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanțe narcotice (Articolul 42), bolnavii psihici lipsiți de discernământ care pot pune în pericol viața sau integritatea corporală proprie sau a altor persoane (Articolul 44), persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice și se sustrag de la examenul medical și tratament. (Articolul 45)

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** în Articolul 13 descrie în detalii modul de perfectare a acordului informat sau a refuzului benevol la intervenția medicală din partea pacientului. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit acord informat. Este obligatoriu consimțământul scris al pacientului pentru recoltarea, păstrarea și folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, inclusiv a organelor și țesuturilor, ca obiect de transplant. Consimțământul pacientului este necesar în cazul în care aceste produse biologice se folosesc în scopul stabilirii diagnosticului ori a tratamentului cu care bolnavul este de acord.

Pacientul nu poate fi fotografiat, filmat sau expus, în orice altă formă, demonstrării ca obiect de studiu într-o instituție medico-sanitară fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate). (Articolul 13, alin. 10)

Consimțământul pacientului este necesar și în cazul participării lui la învățământul medical clinic. (Articolul 14)

- ▶ **Legea nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA** prevede că testarea la markerii HIV se face doar în baza consimțământului scris, benevol și informat al persoanei. Există însă o diferență în ceea ce privește acordul minorilor. Legea prevede că testarea minorilor la markerii HIV se face atât în baza acordului scris al minorului, cât și a reprezentantului legal, iar în cazul când este imposibil de a obține acordul reprezentantului, atunci este suficient acordul benevol, în scris, doar al minorului. (Articolul 13)
- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** prevede că acordarea asistenței psihiatrice, are loc la solicitarea benevolă a pacientului, în afară de cazurile excepționale prevăzute de lege. Persoanelor în vârstă de până la 18 ani, precum și persoanelor declarate incapabile, în modul stabilit de lege, li

se acordă asistență psihiatrică la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali, în condițiile prezentei legi. (Articolul 4)

Tratamentul, examenul psihiatric, spitalizarea pentru persoanele care suferă de tulburări psihice este aplicat doar cu acordul acestora. (Articolele 4, 5, 11, 22, 27)

În cazurile de excepție prevăzute de legislație, acțiunile medicale față de persoanele cu tulburare mentală se vor aplica, chiar și în lipsa acordului acestora. Situațiile de excepție: tratamentul poate fi efectuat fără liberul consimțământ al persoanei suferinde de tulburări psihice sau al reprezentantului ei legal numai în cazul aplicării unor măsuri medicale coercitive, în conformitate cu prevederile **Codului Penal**, precum și în cazul spitalizării fără liberul consimțământ în conformitate cu art. 28. În astfel de cazuri, cu excepția celor de urgență, tratamentul se aplică în temeiul hotărârii comisiei de medici psihiatri. (Articolul 11, alin. 4)

Examenul psihiatric poate fi efectuat fără consimțământul persoanei sau al reprezentantului ei legal în cazul în care aceasta săvârșește acțiuni ce servesc drept temei pentru presupunerea unor tulburări psihice grave, care condiționează pericolul nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur și/sau prejudiciul grav sănătății sale dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică. (Articolul 22, alin. 4)

- ▶ **Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilitati**, în articolul 42 este stipulat că trebuie asigurată implicarea persoanelor cu dizabilități în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile, cu excepția cazurilor în care există o amenințare gravă pentru sănătatea sau viața lor. Persoanele cu dizabilități oferă consimțământul privind intervenția medicală în mod personal, perfectând acordul informat sau refuzul benevol în conformitate cu legislația în vigoare.

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că pentru asistența medicală antituberculoasă este necesar acordul persoanelor în cauză, cu excepția cazurilor prevăzute de actele legislative și normative în vigoare. (Articolul 13, pt. 1)

Bolnavul cu formă contagioasă a tuberculozei care încalcă regimul sanitaro-antiepideemic sau care se eschivează de la examenul medical de depistare a tuberculozei sau de la tratamentul tuberculozei este internat în temeiul unei hotărâri judecătorești în instituție ftiziopneumologică specializată pentru tratament coercitiv. (Articolul 15)

Consimțământul pentru asistență medicală antituberculoasă pentru copii de până la 18 ani și persoanele declarate incapabile se acordă de către reprezentantul legal al acestora. (Articolul 13, pt. 2)

- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede obligativitatea consimțământului persoanelor pentru donare de organe. În Articolul 13 sunt descrise condițiile prelevării de la cadavre, care este posibilă doar în cazul în care există consimțământul persoanei respective de dinainte de deces, exprimat în conformitate cu legea. În cazul în care consimțământul lipsește, donarea este posibilă dacă nu a fost exprimat refuzul în scris pentru donare din partea a cel puțin unui membru major al familiei, a altor rude de gradul I sau a reprezentantului legal al decedatului.

În Articolul 15 sunt descrise condițiile prelevării de organe, țesuturi și celule de la persoane în viață. Aceasta este posibilă doar când persoanele au capacitate de exercițiu deplină și doar în cazul existenței consimțământului scris, liber, prealabil și expres al acestora. Consimțământul în cauză se semnează numai după ce donatorul a fost informat de către medic asupra eventualelor riscuri și consecințe de ordin fizic, psihic, familial și profesional, rezultate din actul prelevării.

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** prevede că orice femeie adultă și orice bărbat adult au libertatea de a decide asupra numărului de copii proprii și asupra momentului nașterii acestora, precum și asupra problemelor ce țin de sănătatea reproducerii, fără constrângere și fără influență din exterior. (Articolul 4, pt. 2)

Metodele de contracepție voluntară chirurgicală se pot aplica numai la cererea solicitantului și în baza consimțământului informat al acestuia. (Articolul 5, lit. e)

Minorii cu vârstă mai mică de 16 ani. În cazul minorilor cu vârsta mai mică de 16 ani, consimțământul voluntar pentru serviciile de îngrijire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor cât și reprezentantul legal al acestuia. În cazul în care este imposibil să se obțină consimțământul reprezentantului legal, iar serviciile medicale sunt necesare pentru viața și sănătatea minorului, este suficient doar consimțământul voluntar al minorului. În acest caz, se ia decizia după consultarea dintre furnizorii de servicii medicale, în interesul superior al copilului, în conformitate cu reglementările Ministerului Sănătății. (Articolul 6, pt. 6)

Consimțământul pentru folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane este posibilă numai în baza consimțământului informat scris al pacienților, care va include informații veridice și complete despre esența tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane care urmează a fi folosite; aspectele medicale și cele legale ale procedurilor ce urmează a fi efectuate; riscurile asociate, efectele secundare și complicațiile posibile; rezultatele așteptate în urma tratamentului efectuat și factorii de care depinde rezultatul. Se interzice aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane fără consimțământul persoanei. (Articolul 9, pt. 4, 10)

Cuplurile căsătorite și tehnologiile de asistare medicală a reproducerii umane. Bărbatul și femeia în căsătorie înregistrată legal au dreptul de a utiliza tehnologii de asistare medicală a reproducerii prin acordul comun al soților. Prezența consimțământului informat scris al cuplului infertil este o condiție de bază pentru realizarea programului de fertilizare in vitro. În cazul cuplurilor căsătorite sau aflate în concubinaj, este necesar consimțământul scris al ambilor parteneri. În cazul femeilor solitare, este suficientă doar cererea și consimțământul scris al acestora. (Articolul 11, pt. 6, 7, 8)

Donarea de celule sexual și embrioni. Este obligatorie prezența unui consimțământ benevol informat semnat de donator (donatori) la donarea de celule sexuale și de embrioni, care să includă: descrierea particularităților procedurii medicale ce urmează a fi efectuată, date despre riscurile potențiale, despre efectele secundare și complicațiile posibile, despre consecințele juridice ale donării. (Articolul 12, pt. 6)

Crioconservarea celulelor sexual și embrionilor. Consimțământul informat scris al pacienților este obligatoriu la crioconservarea celulelor sexuale și a embrionilor și acest document va include date despre metoda de crioconservare, despre condițiile și termenele de păstrare a celulelor sexuale și/sau a embrionilor. (Articolul 13, pt. 6)

- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente** în Articolul 12 prevede că testările clinice se efectuează numai cu acordul scris al pacientului sau voluntarului, iar în cazul în care pacientul este un minor ori o persoană incapabilă - cu acordul scris al reprezentantului legal al acestora.

Dreptul copiilor de a consimți

Conform **Codului Civil al RM** (Legea nr. 1107 din 06.06.2002) capacitatea deplină de exercițiu începe la data când persoana fizică devine majoră, adică la împlinirea vârstei de 18 ani.

Minorul care a atins vârsta de 16 ani poate fi recunoscut ca având capacitate de exercițiu deplină dacă lucrează în baza unui contract de muncă sau, cu acordul părinților, adoptatorilor sau curatorului, practică activitate de întreprinzător. Atribuirea capacității depline de exercițiu unui minor (emancipare) se efectuează printr-o hotărâre a autorității tutelare, cu acordul ambilor părinți, adoptatorilor sau curatorului, iar în lipsa unui astfel de acord, printr-o hotărâre judecătorească. (Articolul 20, pt. 3)

Minorul care a împlinit vârsta de 14 ani poate încheia acte juridice cu încuviințarea părinților, adoptatorilor sau a curatorului, iar în cazurile prevăzute de lege, și cu încuviințarea autorității tutelare. (Articolul 21)

Toate actele juridice pentru și în numele minorului până la împlinirea vârstei de 14 ani pot fi încheiate doar de părinți, adoptatori sau tutore. (Articolul 22)

Tutela și curatela

- **Tutela** se instituie asupra persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu și asupra minorilor în vârstă de până la 14 ani, după caz. Tutorele este reprezentantul legal al persoanei care se află sub tutelă și încheie fără mandat în numele și în interesul ei actele juridice necesare. (Articolul 33)
- **Curatela** se instituie asupra minorilor în vârstă de la 14 la 18 ani, precum și asupra persoanelor fizice limitate în capacitate de exercițiu de către instanța de judecată din cauza consumului abuziv de alcool, consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope. Curatorul își dă consimțământul la încheierea actelor juridice pe care persoana fizică, ce se află sub curatelă, nu are dreptul să le încheie de sine stătător. Curatorul ajută persoana care se află sub curatelă în realizarea drepturilor și îndeplinirea obligațiilor și o protejează împotriva abuzurilor unor terți. (Articolul 34)

Pacientul își poate exprima consimțământul **din momentul împlinirii vârstei de 16 ani**. Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Pentru oferirea consimțământului pacientul trebuie să fie capabil de raționament lucid și cu discernământul păstrat ori vor consimți în scris părinții, tutorele sau curatorul pacientului care nu a atins vârsta de 16 ani sau ai bolnavului psihic. (*Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII, Articolul 28*)

Pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii pentru **minorii de vârstă până la 16 ani**, consimțământul este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și când serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul minorului. (*Legea nr. 138 privind sănătatea reproducerii, Articolul 6, pt. 6*)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 303 din 06.05.2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat

Obligația respectării prevederilor acestui ordin este descrisă în Capitolul 7.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Obligația lucrătorului medical de a colecta acordul informat de la pacient pentru fiecare intervenție medicală preconizată este descrisă în Capitolul VII al Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic din Republica Moldova. Aceste prevederi sunt descrise în Capitolul 7, care se referă la Drepturile și responsabilitățile prestatorilor de servicii medicale.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacientul D. are nevoie de o intervenție chirurgicală din cauza apendicitei acute. Medicul acestuia, dr. M., consideră că pacientul este în stare să înțeleagă toate informațiile relevante, este lucid și

capabil de a lua o decizie în cunoștință de cauză. El întreabă dacă pacientul dorește să discute situația sa în prezența soției sale. Dl D. răspunde afirmativ, astfel soția este invitată să se alăture. Apoi, dr. M. discută cu cuplul despre starea de sănătate a dlui D. și oferă toate informațiile cu privire la diagnosticul, tratamentul necesar, riscurile și beneficiile asociate cu intervenția propusă, precum și aspectele financiare și rezultatele așteptate în caz de netratament. După ce răspunde la unele întrebări și clarifică aspectele legate de anestezie și îngrijirea post-chirurgicală, domnul D. oferă acordul său scris (**exemplu colectat de autori**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ La medicul ginecolog se adresează o tânără pereche, dl. N. și dna A., pentru consultare în domeniul planificării familiei. Cuplul își dorește copii mai târziu și solicită sfatul medicului în alegerea celei mai eficiente și sigure metode de contracepție. Medicul cunoaște că ambii parteneri sunt seropozitivi și, personal, este categoric împotriva ca acest cuplu să aibă copii. Ginecologul recomandă ligaturarea trompelor uterine ca una dintre cele mai eficiente și inofensive metode, fără urmări negative asupra organismului femeii, cum o au, de exemplu, pastilele. Ambii parteneri acceptă această metodă și curând pacienta este sterilizată. Medicul a evitat să spună că această formă de sterilizare este ireversibilă și că cuplul nu va mai putea avea copii (**caz colectat de autor**).
- ▶ Pacientul F. are nevoie de o operație chirurgicală pentru înlăturarea unei tumori benigne. Dr. K. concluzionează că pacientul este lucid și este în stare să înțeleagă toate informațiile relevante. Cu toate acestea, medicul decide să nu deranjeze pacientul și discută situația separat cu soția pacientului. El îi oferă toate informațiile cu privire la starea de sănătate a soțului, tratamentul necesar, riscurile asociate și beneficiile, aspectele financiare, precum și rezultatele așteptate în caz de netratament. Soția pacientului acceptă intervenția chirurgicală și semnează formularul de consimțământ informat (**exemplu ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Medicul R. a fost acuzat de cauzarea omorului din imprudență al cetățeanului L., de 18 ani. Pacientul L. s-a adresat la Serviciul de Urgență cu o fractură a claviculei pe dreapta. După acordarea primului ajutor (efectuarea unui pansament cu ghips), pacientul a fost îndreptat la punctul traumatologic pentru efectuarea unei operații de consolidare a fragmentelor claviculei. Operația a fost programată planic. În ziua stabilită, la ora 9, pacientul L. a venit cu părinții la punctul traumatologic, unde medicul R., după examinare, a decis să realizeze intervenția. Medicul nu a informat pacientul, înainte de administrare, despre preparatul care urma să fie utilizat pentru anestezie, nu a solicitat consimțământul pacientului și nici nu a întrebat pacientul sau părinții dacă acesta are careva alergie la medicamente. Medicul R. nu a făcut proba la sensibilitate, care este obligatorie, pentru a se convinge că pacientul poate suporta acest medicament. Din cauza reacțiilor alergice grave apărute după administrarea preparatului, pacientul a decedat. Potrivit concluziei medicilor legiști, decesul a intervenit după șocul anafilactic cauzat de reacția alergică a organismului la preparatul medicamentos administrat. Cauza penală de învinuire a medicului conform art. 115¹ CP al R.M. a fost trimisă în judecată. Prin Decizia Curții de Apel, medicul R. a fost declarat vinovat de săvârșirea infracțiunii prevăzută de art. 115¹ CP al R.M., a fost amendat cu 200 salarii minime, cu suspendarea dreptului de a practica activitatea medicală timp de 3 ani. (**Caz real raportat**)

NB. În conformitate cu HG nr. 165 din 09.03.2010 un salariu minim este considerată suma de 1900 de lei MD.

- ▶ **Încălcarea dreptului de a consimți la tratament a fost deseori examinată de Curtea Europeană pentru drepturile omului sub aspectul Art. 5 al Convenției dreptul la siguranța și libertatea persoanei.**

Astfel, în cauza **David v. Moldova, hotărârea din 27.11.2014**, reclamantul, Gheorghe DAVID a fost recunoscut vinovat în 1987 pentru critica adusă autorităților Uniunii Sovietice și pentru exprimarea părerii precum că Moldova a fost ocupată de către Uniunea Sovietică și că ar trebui să se unească cu România. În baza unui raport medical ordonat de către instanțele de judecată, el a fost declarat bolnav mintal și a fost trimis la tratament forțat într-un spital psihiatric în estul Ucrainei. El a fost ținut acolo timp de un an și apoi a fost eliberat și obligat să continue tratamentul în Chișinău. În 1990, sentința a fost anulată și reclamantul a fost achitat. În septembrie 2004, reclamantul a inițiat proceduri judiciare împotriva Ministerului Finanțelor, solicitând compensații. El afirma, printre altele, că după administrarea tratamentului forțat în 1987-1988 a început să aibă probleme de sănătate, și anume, că își pierde memoria, devenise emoțional inhibat și instabil și din această cauză a fost forțat să trăiască din contul unei pensii de invaliditate foarte mici.

Pe durata procedurilor, Ministerul Sănătății a ridicat întrebarea dacă reclamantul era capabil de a pleda în fața instanței de judecată, având în vedere trecutul său medical. Reclamantul nu a fost de acord cu Ministerul Sănătății, dar temându-se că cererea sa nu va fi examinată, a acceptat să fie examinat medical pentru a demonstra contrariul. La o dată nespecificată, reclamantul a trecut o examinare medicală efectuată de către o comisie specializată. Comisia nu a putut ajunge la o concluzie și într-un document din 25 februarie 2004 a conchis că pentru a ajunge la o concluzie, era necesară examinarea reclamantului în condiții de spitalizare. Deoarece reclamantul a fost de acord, instanța de judecată a ordonat în aceeași zi examinarea medicală a reclamantului în condiții de spitalizare de către Spitalul Central de Psihiatrie. La 4 aprilie 2004, reclamantul a plecat la spital, unde, spre surpriza sa, i-au fost luate toate lucrurile și a fost internat împreună cu persoanele bolnave mintal, care aveau libertate de mișcare limitată. Potrivit reclamantului, spitalul nu mai era încălzit în luna aprilie și, deoarece hainele cu care el era îmbrăcat erau prea subțiri, el s-a îmbolnăvit de bronșită acută. Două zile după internare, el a solicitat să fie eliberat pentru a pleca acasă, să-și schimbe hainele și să-și cumpere medicamente. Medicii nu i-au permis să părăsească secția în care fusese internat. Potrivit reclamantului, el nu putea să se plângă nimănui de detenția sa și nici nu putea telefona pe cineva sau să ia legătura prin alte metode cu persoanele din afara spitalului pentru a se plânge de detenția sa. La 12 octombrie 2005, procurorul a refuzat pornirea urmăririi penale, fără a aduce motive. Procurorul a menționat doar că indicațiile Judecătoriai Centru au fost executate și că examinarea suplimentară nu a influențat decizia inițială de a nu porni dosar penal. La 19 octombrie 2005, același judecător de la Judecătoria Centru a respins plângerea reclamantului, constatând că detenția reclamantului a fost făcută în conformitate cu încheierea din 14 martie 2005.

Curtea a constatat, în unanimitate, violarea Art. 5, § 1 al Convenției. Curtea a notat că, deși inițial reclamantul a consimțit să fie internat, detenția reclamantului din momentul în care și-a exprimat dorința să părăsească spitalul, a reprezentat o „lipsire de libertate”. Art. 5, § 1 CEDO stabilește exhaustiv excepțiile când o persoană poate fi lipsită de libertate. Detenția unei persoane alienate în temeiul art. 5, § 1 e) CEDO poate fi admisă doar dacă se demonstrează că persoana este alienată, boala mintală este de o natură sau un grad care ar justifica detenția forțată și dacă detenția continuă este justificată de prezența acestei boli. Din circumstanțele cauzei rezultă că nici una din aceste condiții nu a fost satisfăcută în cazul reclamantului. Scopul încheierii din 14 martie 2004 a fost doar de a stabili capacitatea reclamantului de a pleda în fața instanței și nu de a-l proteja de alte persoane. Prin urmare, detenția forțată după momentul în care reclamantul a dorit să părăsească spitalul, a fost contrară însăși esenței art. 5, § 1 e) CEDO.

- ▶ Curtea Europeană a Drepturilor Omului **în cauza Evans c. Regatului Unit, hotărârea din 10 aprilie 2007**, a examinat dreptul de a consimți la tratament in vitro prin prisma Articolului 8 al Convenției. În data de 12 iulie 2000, reclamanta Natallie Evans, cetățean britanic în vârstă de 34 de ani, s-a prezentat la o clinică din Bath, împreună cu prietenul ei, pentru o inseminare artificială. În data de 10 octombrie 2000, s-a descoperit că reclamanta prezenta o tumoare precanceroasă pe ovare și i s-a propus să se supună unei ovariectomii, urmând ca după ce se va rezolva problema tumorii să încea-

pă tratamentul pentru fecundarea in vitro. Ambii parteneri și-au dat consimțământul pentru crearea, conservarea embrionilor și implantarea acestora, după efectuarea tratamentului pentru vindecarea reclamantei. Ei au fost informați că își pot retrage oricând consimțământul, până la implantarea embrionilor în uterul reclamantei. În data de 12 noiembrie 2001 unsprezece embrioni au fost prelevați și fecundați, din care șase embrioni au fost conservați. În mai 2002, relația dintre reclamanta și prietenul ei s-a rupt și acesta din urma și-a retras consimțământul pentru implantarea embrionilor. Cererea petentei formulată la Înalta Curte, prin care solicita o ordonanță prin care fostul partener să fie obligat să-și dea consimțământul, a fost respinsă. Petenta a sesizat Curtea de Apel care a respins cererea de autorizare a apelului. În data de 29 noiembrie 2004 Camera Lorzilor a respins cererea de recurs împotriva hotărârii Curții de Apel. În data de 27 februarie 2005, Curtea Europeană a Drepturilor Omului, sesizată de reclamantă, a invitat guvernul britanic să ia măsuri pentru a împiedica distrugerea embrionilor, până la soluționarea definitivă a cauzei de către Curte.

Prin hotărârea Marii Camere, nu s-a constatat violarea Articolului 8 al Convenției pentru reclamantă. Curtea a remarcat faptul că nu există un consens Internațional în privința reglementării tratamentului prin inseminare artificială și utilizarea embrionilor în acest scop. Regatul Unit nu este singura țară membră a Consiliului Europei care permite celor care au consimțit inițial, să-și retragă consimțământul pentru implantarea embrionilor. Examinarea unui asemenea caz ridică delicate probleme de ordin moral și etic. Curtea a remarcat că după patru ani de la nașterea primului copil conceput printr-o astfel de metodă, o comisie de anchetă compusă din experți a fost constituită sub președinția doamnei Mary Warnock. Concluziile și recomandările acestei comisii au fost publicate sub forma unei cărți verzi care a fost supusă dezbaterii publice. După analizarea observațiilor făcute, aceste recomandări au fost reluate într-o carte albă și, în final, integrate într-un proiect de lege adoptat de Parlament în 1990. În baza anexei nr. 3 din Legea din 1990, toate clinicile care propun tratamentul in vitro, au obligația de a informa pe cei care își dau consimțământul că acesta poate fi oricând retras până la efectuarea implantului. În speță, partenerii au fost informați. Curtea a apreciat că Legea din 1990, reglementează problema inseminării in vitro într-o formă care nu încalcă art. 8 din Convenție, nedepășind limitele între care statele semnatare ale Convenției au libertate de apreciere.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

- Când medicul a aplicat tratament, fără a consulta opinia pacientului, trebuie să ne asigurăm de existența probei, care atestă lipsa consimțământului pacientului (extras din fișa medicală). Este important de apreciat, dacă înainte de intervenția medicală, pacientului i-au fost explicate, într-un limbaj accesibil, riscurile posibile, reacțiile adverse, influența preparatului asupra altor organe ale corpului. Un consimțământ poate fi considerat conștient doar în condițiile când pacientul primește volumul adecvat de informație, este preîntâmpinat de consecințe și își asumă riscurile unei intervenții medicale. Este necesar de cerut lucrătorilor medicali dovezi care ar demonstra că pacientul a fost informat pe deplin și că consimțământul nu a fost colectat în condițiile unei informări insuficiente și superficiale.
- În cazul unui conflict între factorii surogat de decizie, adică moștenitori/rude de aceeași linie care vor lua decizii diferite în numele aceluiași pacient, legislația nu oferă îndrumare directă. Dacă timpul permite, acțiunea cea mai potrivită ar fi să se apeleze la instanța de judecată, dar în cazul în care există o situație de urgență, furnizorii de asistență medicală au dreptul prin lege de a face tot ce este în interesul și beneficiul pacientului. Această abordare se referă, de asemenea, la situația în care medicii consideră că decizia rudelor nu este în interesul pacientului, sau în cazul în care rudele nu au putut fi contactate la timp.
- **Dreptul de a consimți, în contextul transfuziei de sânge necesare pentru tratamentul Martorilor lui Iehova**

Doctrina consimțământului informat și dreptul de a refuza orice tratament poate fi descrisă în mod explicit prin exemplul transfuziei de sânge în scop de tratament pentru Martorii lui Iehova. Este bine

cunoscut faptul că Martorii lui Iehova (un cult religios) resping transfuzia de sânge, chiar dacă acest tip de asistență medicală este vital pentru salvarea vieții pacientului.

În astfel de cazuri, personalul medical se confruntă cu o dilemă: pe de o parte, datoria lor este de a ajuta pacientul, pe de altă parte, pacientul/membru al familiei sale, sau reprezentantul legal nu permite personalului medical să-și îndeplinească datoria. Impunerea asistenței medicale (transfuziei de sânge), în astfel de cazuri va fi cu siguranță interpretată ca violență, tortură și constrângere, care sunt, de asemenea, inacceptabile în relațiile dintre medic și pacient.

Din punctul de vedere al eticii medicale și legale, această dilemă se bazează pe conflictul dintre principiul autonomiei pacientului (datoria medicului de a respecta alegerea pacientului) universal recunoscută, inclusiv în legislația Republicii Moldova, precum și principiul binefacerii (datoria medicului de a asista pacientul).

Legislația sănătății din Republica Moldova (Legea ocrotirii sănătății; cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului; cu privire la exercitarea profesiei de medic) direct prevede că un pacient care este lucid și capabil de a lua o decizie conștientă se bucură de dreptul de a decide cu referire la acceptarea sau respingerea intervenției medicale. În acest caz, decizia pacientului este definitivă. Personalul medical nu are dreptul de a efectua intervenții medicale, pentru care pacientul este împotriva, cu excepția cazurilor stabilite de lege.

Aceasta înseamnă că personalul medical nu are dreptul de a transfuza sânge Martorilor lui Iehova, care sunt competenți și cu capacitatea de luare a deciziilor conștiente, în cazul în care pacientul este împotriva transfuziei de sânge.

În cazul în care pacientul este incompetent (un minor sau persoana recunoscută de către instanța de judecată ca incompetentă din cauza bolii mintale) și necesită asistență medicală de urgență, sau este într-o stare periculoasă pentru viață, sunt stabilite reguli diferite. În astfel de cazuri, decizia trebuie să fie luată reieșind doar din interesele de sănătate ale pacientului. Acest lucru este valabil și pentru situațiile în care reprezentanții legali (ex.: părinții minorului) sunt împotriva intervenției de salvare a vieții.

Prin urmare, în cazul Martorilor lui Iehova dacă un minor este într-o stare periculoasă pentru viață sau necesită îngrijire medicală de urgență, fără de care moartea este iminentă, personalul medical este autorizat pentru a transfuza sânge, chiar dacă personalul medical nu poate contacta rudele sau reprezentantul legal al pacientului sau dacă rudele sau reprezentantul legal sunt împotriva intervenției medicale.

Respingerea de către Martorii lui Iehova a transfuziei de sânge inițiază o altă problemă: refuzul transfuziei de sânge de către o femeie la naștere. Există cazuri când transfuzia de sânge la o mamă în timpul nașterii este singura modalitate de a salva atât viața femeii cât și a fătului. În astfel de cazuri, există un conflict între autonomia mamei și viața unui fetus⁷²².

Astfel, recunoscând, pe de o parte, supremația principiului autonomiei pacientului, legislația Republicii Moldova permite persoanei competente, cu capacitatea de luare a deciziilor conștiente, pentru a decide dacă dorește, sau nu, să se supună intervenției medicale, inclusiv transfuziei de sânge. Pe de altă parte, legea protejează persoanele incompetente, inclusiv minori, de deciziile luate de rudele lor, de reprezentantul legal, care expun viața lor la pericol (de exemplu, prin refuzul transfuziei de sânge).

722 Human Rights and Patient Care. A Practitioner Guide. Georgia. P.167. <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Practitioner-Guide-Georgia-English-20130516.pdf>

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul de a Consimți este tangent la Dreptul pacientului la integritate, libertate și securitate. O discuție asupra standardelor internaționale și regionale relevante pentru Dreptul de a consimți poate fi găsită în descrierea Dreptului la libertate și securitate a persoanei în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la viață privată în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la libertatea de tortură sau tratamente crude, inumane și degradante în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la integritatea corporală în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la cel mai înalt standard posibil de atins în sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.5 DREPTUL LA LIBERA ALEGERE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul de a alege liber din spectrul unui șir de proceduri de tratament și de furnizori de servicii, în urma unei informări adecvate.

Dreptul la libera alegere ar putea fi interpretat în două moduri: dreptul de a alege în mod liber asupra procedurilor diferite de tratament, reiese din drepturile de a primi informații și de a oferi consimțământul informat pentru tratamentele oferite, precum și dreptul de a alege sau schimba instituția medicală sau medicul (de exemplu, alegerea medicului de familie).

B) DREPTUL CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIE/LEGIȘIAȚIA ȚĂRII

► **Constituția Republicii Moldova** nu reglementează expres dreptul persoanei la alegerea liberă. Alegerea liberă poate fi realizată doar în condițiile unei informări corecte a pacientului, iar dreptul la informație este stipulat în Articolul 34 și 37, pt. 2.

► Conform **Legii ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995**, unul din principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății este libertatea pacientului de a alege medicul de familie și instituția medicală primară. (Articolul 2)

Cetățenii Republicii Moldova, cetățenii străini și apatrizii au dreptul la libera alegere a medicului și a formei de asistență medicală, de asemenea au dreptul să solicite asistență medicală unităților medico-sanitare cu orice tip de proprietate și formă de organizare juridică, atât din țară, cât și din străinătate, în conformitate cu tratatele și acordurile internaționale la care Republica Moldova a aderat. (Articolul 25)

Femeile gravide au dreptul la libera alegere a medicului și a instituției medico-sanitare care acordă asistență medicală la naștere și după naștere, cu excepția cazurilor în care, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale. (Articolul 33¹)

► **Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** în Articolul 2 recunoaște pacientul și, în cazurile prevăzute de lege, reprezentantul său legal, ca fiind participant principal la luarea deciziei referitoare la intervenția medicală.

Conform Articolului 5, lit. e, pacientul are dreptul la posibilitatea unei opinii medicale alternative și primirea recomandărilor altor specialiști.

În cazul când este posibil, pacientul are dreptul să își aleagă sau să schimbe medicul de familie. Întru realizarea acestui drept în cadrul fiecărei instituții medicale trebuie să fie afișate listele cu medicii de familie și modul de alegere a acestora. (Articolul 8, pt. 2, lit. i.)

- ▶ **Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** conține o prevedere legală care vine să susțină și să confirme dreptul pacientului la alegerea liberă. Articolul 18, pt. 1, prevede că raportul între medic și pacient trebuie să se întemeieze pe dreptul la opțiune a pacientului, exercitat conform legislației în vigoare.
- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** stipulează dreptul persoanelor suferinde de tulburări psihice să solicite invitarea oricărui specialist, cu consimțământul acestuia, care să participe la acordarea de asistență psihiatrică sau să conlucreze în comisia medicală pentru problemele reglementate de prezenta lege. (Articolul 5 pt. 2, lit. g)
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** prevede libertatea persoanelor în alegerea medicului și a instituției/organizației abilitate cu dreptul de a oferi servicii de ocrotire a sănătății reproducerii. (Articolul 4, pt. 1, lit. d)

Orice femeie adultă și orice bărbat adult au libertatea de a decide asupra numărului de copii proprii și asupra momentului nașterii acestora, precum și asupra problemelor ce țin de sănătatea reproducerii, fără constrângere și fără influență din exterior. (Articolul 4, pt. 2)

Drepturile la reproducere se realizează conform voinței și intereselor persoanei fără a leza drepturile, libertățile și interesele legitime ale altor persoane. Statul ne se implică în realizarea dreptului la luarea liberă a deciziilor în privința nașterii copiilor. (Articolul 8, lit. a, b)

Pacienții programului de fertilizare in vitro pot fi și donatori de embrioni care, prin decizie liberă și consimțământ informat, acceptă să doneze surplusul de embrioni unui alt cuplu. (Articolul 12, pt. 7)

Trebuie de menționat că, în contextul reproducerii umane asistate medical, este interzis alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii maladiilor genetice severe legate de sex. (Articolul 9, pt. 10)
- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12 prevede protejarea drepturilor pacienților și voluntarilor implicați în studii clinice. Persoanele au dreptul de a decide participarea sau refuzul participării/continuării în testări clinice. Testările clinice se efectuează numai cu acordul scris al pacientului sau voluntarului, iar în cazul în care pacientul este un minor ori o persoană incapabilă - cu acordul scris al reprezentantului legal al acestora.
- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** stipulează că informația despre donator poate fi comunicată recipientului, iar cea despre recipient - donatorului, dacă ambele părți sunt de acord. (Articolul 26)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva prevederi adiționale care să se refere în special la acest drept.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Aliniatul 18 al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic** prevede obligația lucrătorului medical de a respecta dreptul pacientului la libera alegere a persoanelor implicate în actul medical. Este, în special, stipulată obligația de a respecta dreptul subiectului implicat în cercetare de a se retrage oricând din cercetare, fără a suferi un oarecare prejudiciu din cauza acestui refuz. (Articolul 79)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante necesar a fi incluse.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Conform legislației în vigoare, în fiecare an, în perioada august-septembrie instituțiile de asistență medicală primară colectează cererile de la persoanele asigurate cu referire la înscrierea în listele medicului de familie. Instituția afișează lista medicilor de familie angajați și pacienții depun cererile la administrația instituției. Drept urmare, pe parcursul anului ulterior, pacienții au posibilitatea să fie monitorizați și tratați de medicul de familie, conform preferinței lor. Către un medic de familie se referă un număr de 1500-2000 persoane (**situația actuală**).
- ▶ Pacientei P. îi este propusă intervenția de amigdalectomie de către medicul ei curant, dr. S., care-i oferă informații complete și inteligibile cu privire la necesitatea intervenției. Dr. S. descrie, de asemenea, posibilitatea de a trata fără operație, dar în acest caz, pacienta va avea nevoie de un tratament pe termen lung cu diverse medicamente și proceduri care au diferite rate de succes și reacții secundare. Pacienta decide să meargă la operație. (**Exemplu colectat de către autori**)

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacienta X se adresează în clinică publică pentru investigații cu anumite probleme de sănătate. După ce a analizat rezultatele testelor efectuate, medicul curant informează pacienta despre faptul că are o tumoră în glanda mamară și despre faptul că este necesară o intervenție chirurgicală amplă cu rezecția glandei mamare, a coastelor și mușchilor adiacenți, ceea ce presupune o mutilare serioasă a corpului. Pacienta cunoaște detalii a unei astfel de intervenții, deoarece a avut o mătușă care a suferit de boală similară și a fost operată exact prin aceeași metodă. Doamna X. nu dorește să treacă experiența mătușii decedate, dar cunoaște că există și metoda medicamentoasă de tratament a bolii și că sunt înregistrate multe rezultate pozitive după aplicarea acesteia. Doamna exprimă dorința de a începe tratamentul prin metoda nechirurgicală, însă medicul insistă să fie operată, deoarece el este convins că cea mai bună metodă este cea chirurgicală, având mai multe șanse de vindecare. Pacienta refuză intervenția și își asumă tot riscul în cazul când metoda nechirurgicală nu va fi eficientă pentru boala ei. Medicul refuză să o trateze prin metoda solicitată de pacientă și o informează că, în cazul în care ea nu este de acord cu decizia lui profesională, el refuză să o trateze în general și îi cere să își caute alt medic (**exemplu colectat de către autori**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri actuale pentru a fi prezentate.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Trebuie stabilit dacă au existat condiții pentru realizarea dreptului pacientului la libera alegere a prestatorului de servicii medicale. De ex.: dacă a fost disponibilă informația privind calificarea medicului, care a acordat asistență medicală, dacă pacientul a avut posibilitate să aleagă tipul de intervenție medicală.

Părinții în calitate de reprezentanți legali ai copiilor minori, exercită acest drept din numele copiilor și în interesul lor. Cu toate acestea ei poartă răspundere conform legislației în vigoare în cazul în care extrag cartela medicală a copilului de la un medic de familie și nu o depun la altul, astfel încât copilul nu este monitorizat de nici un medic de familie.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la alegere este direct conectat cu Dreptul la informare și Dreptul la integritatea pacientului. Discuții cu privire la standardele internaționale și regionale relevante pentru Dreptul la libera alegere puteți găsi în cadrul: Dreptului la libertate și securitate a persoanei în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptului la viață privată în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la libertatea de torturi sau tratamente crude, inumane și degradante în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la integritatea corporală în Capitolul 2 și Capitolul 3; Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.6 DREPTUL LA VIAȚĂ PRIVATĂ ȘI CONFIDENȚIALITATE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, referitoare la starea lui de sănătate, procedurile terapeutice sau de diagnostic, precum și protecția datelor private din cadrul examinărilor de diagnostic, despre vizitarea specialiștilor și, în general, despre tratamentele medicale/chirurgicale primite.

Dreptul pacienților la intimitate și confidențialitate este reglementat prin diverse legi în domeniul sănătății. Ca și în cazul altor drepturi ale pacienților, Legea ocrotirii sănătății este cea mai generală, în timp ce Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului este mai specifică în definirea drepturilor. Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic definește atribuțiile medicilor de a respecta viața privată și să păstreze confidențialitatea, precum și alte legi specifice reglementează problemele de intimitate și de confidențialitate în circumstanțe specifice (legea privind profilaxia infecției HIV/SIDA; privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane; privind sănătatea mintală etc.).

B) DREPTUL CUM ESTE PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ În **Constituția Republicii Moldova** dreptul la respectarea intimității este descris în Articolul 28, aceasta fiind reglementată sub aspectul vieții private. Statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată.
- ▶ Conform **Legii nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informații**, informația cu caracter personal o constituie datele ce se referă la o persoană privată identificată sau identificabilă, a cărei dezvăluire ar constitui o violare a intimității persoanei. Aceste date fac parte din categoria de informație confidențială despre persoane. Fiecare persoană are dreptul la oferirea consimțământului atunci când divulgarea informației cu caracter personal poate atinge anumite interese personale ale acesteia; are dreptul de a participa la procedura de luare a deciziilor în calitate de parte egală; dreptul de a i se păstra anonimatul în cazul furnizării de informații cu caracter personal, cu respectarea confidențialității; dreptul de a nu fi identificată, în mod automat, în cadrul procedurii de luare a deciziilor asupra divulgării informației. (Articolul 8, pt. 3)
- ▶ **Legea cu privire la protecția datelor cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011** prevede că informațiile despre solicitarea asistenței medicale, despre starea sănătății, diagnostic și alte date obținute de medic în examinarea și tratamentul pacientului constituie *informații personale* și nu pot fi divulgate. (Articolul 3).

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** protejează dreptul pacientului la confidențialitate și respectarea intimității prin prisma obligației profesionale ale lucrătorilor medicali de a păstra secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului. (Articolul 14, pt. 1)
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului**, prin Articolul 12 prevede că toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sunt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia.
 Produsele biologice, inclusiv organele și țesuturile, din care pot fi derivate date identificabile sunt protejate ca atare.
- ▶ **Legea nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA**, Articolul 14, garantează dreptul la confidențialitate a persoanelor care solicită testarea la marcherii HIV sau care sunt diagnosticate cu HIV.
- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** prevede stipulări speciale în vederea protecției intimității pacientului. Persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul la o intimitate adecvată în instituțiile de sănătate mintală. Informațiile despre tulburările psihice, despre solicitarea de asistență psihiatrică și tratament într-o instituție de psihiatrie, precum și alte informații despre starea sănătății psihice a persoanei constituie secret medical apărât de lege. (Articolul 9)
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** în Articolul 8 prevede dreptul la confidențialitate în realizarea drepturilor la reproducere a fiecărei persoane.
 Datele referitoare la tratamentul infertilității prin aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane sunt confidențiale și constituie un secret medical. (Articolul 9, pt.8)
 Serviciile de consiliere pentru contracepție se acordă de către personalul special pregătit în acest sens și în spații care să asigure confidențialitatea. (Articolul 5, lit. d)
 Orice informație a cuplului heterosexual, legată de tratamentul infertilității prin aplicarea metodelor de fertilizare in vitro, constituie un secret medical și nu va fi transmis altor persoane fără consimțământul cuplului. (Articolul 11, pt. 9)
 În cazul donării anonime de celule sexuale, se va garanta păstrarea confidențialității donatorului. (Articolul 12, pt. 3)
 Se interzice violarea confidențialității datelor privind donările de spermă, de oocite și de embrioni (Articolul 9, pt. 10, lit. f)
- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** garantează confidențialitatea tuturor datelor cu caracter personal, inclusiv celor genetice, referitoare la persoana de la care au fost prelevate organe, țesuturi sau celule și a datelor cu caracter personal referitoare la recipient, colectate în urma activității din domeniul transplantologiei. (Articolul 25)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Ordinul Ministerului Sănătății nr. 266 din 03.08.2009 cu privire la aprobarea Standardelor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri injectabile și de asistență psihosocială consumatorilor de droguri stipulează că personalul implicat în Programul de Reducere a Riscurilor Asociate Consumului de Droguri Injectabile, se va conduce de principiul confidențialității și anonimității, în raport cu toți beneficiarii. Astfel, personalul va păstra în taină datele personale despre beneficiari (în caz că le cunoaște), așa ca nume, adrese, statut seropozitiv, locuri și spații de utilizare a drogurilor. Unica excepție o constituie situația în care pacientul îi vorbește personalului despre o crimă serioasă (de exemplu, viol sau omor), caz în care membrul personalului va vorbi cu managerul de standard și va fi informată poliția.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Dreptul pacientului la intimitate și confidențialitate este protejat în **Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic** prin promovarea obligativității personalului medical de a respecta secretul medical și demnitatea pacienților. Capitolul VI al Codului este dedicat în întregime descrierii acestor valori.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante necesar a fi incluse.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Decizia Ministerului Sănătății de a înlocui descrierea diagnosticului din formularele pentru concediul de boală cu un cod special vine în susținerea dreptului la confidențialitate. Astfel, angajatorul nu va avea acces la informația despre tipul maladii al angajatului și starea lui de sănătate, ceea ce reprezintă informații confidențiale ale angajatului (**situație actuală**).
- ▶ Pacienta K. în vârstă de 16 ani a consultat un medic specialist cu privire la probleme de sănătate a reproducerii, fără a informa părinții despre aceasta. Mama pacientei K., aflând despre vizita fiicei la instituția medicală respectivă, a întrebat medicul despre faptul dacă K. nu este însărcinată. Pacienta a cerut confidențialitate deplină și nu a dat acordul pentru ca mama ei să cunoască date despre starea ei de sănătate. Medicul nu a dezvăluit careva informații medicale reieșind din statutul de confidențialitate (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul este un bărbat de 46 de ani, tatăl a 3 copii, lucrează șofer de autobuz pe un traseu interurban care trece prin munți. Pacientul s-a adresat la cardiolog cu plângeri de crize episodice de tahicardie acută, care apar pe parcursul ultimelor cinci luni, în urma morții mamei sale. Primul acces a avut loc când bărbatul se afla în stradă și a început cu o pierdere a tuturor simțurilor și cu senzația că moare. În spitalul de urgențe i s-au făcut investigațiile necesare și i s-a comunicat că are inima sănătoasă, dar din cauza stresului suferit îi este recomandată odihna. După ce s-a întors din vacanță accesele au reapărut, în special în timpul când șoferul conducea pe traseul din munți. El a început să creadă că călătoria poate fi periculoasă cu riscul de a cădea în prăpastie. Pacientul prelungeste să susțină cu încredere că suferă de o patologie a inimii și neagă diagnosticul de sindrom de panică complicat cu agorafobie (frica de spații deschise). El refuză consultația psihiatrului și orice tratament psihotrop propus și cere insistent cardiologului să îi prescrie tratament cardiologic. Pacientul menționează că refuză aceeași terapie ca și maică-sa, care a fost tratată ani în șir de schizofrenie. În același timp, el prelungeste să lucreze ca șofer pe traseul vechi deoarece are niște datorii la serviciu, care trebuie achitate din salariu. Medicul merge la serviciul pacientului și informează administrația (angajatorii) că șoferul respectiv prezintă un risc major pentru efectuarea unui accident. Medicul susține că cu așa maladie acest șofer nu trebuie admis la volanul unui transport public și recomandă să fie transferat din funcția care o deține (**caz din mass-media**).

3. Cazuri actuale

- ▶ Polițistul de sector adresează Spitalului de Psihiatrie un demers prin care solicită informații privind tratamentul cet. M. și diagnosticul stabilit. Demersul a fost unul nemotivat, deoarece a fost înaintat înafara oricărui dosar penal. Spitalul de Psihiatrie a eliberat polițistului informația solicitată despre pacient. Ulterior, informația personală despre cet. M. ajunge să fie cunoscută de către vecinii acestui cetățean. M. se adresează în instanță cu o cerere împotriva Spitalului de Psihiatrie și a polițistului, reclamând violarea dreptului la viață privată și divulgarea datelor confidențiale. M. a solicitat recunoașterea violărilor și recuperarea daunelor morale. Instanța admite cererea parțial, recunoscând violările, dar a redus suma prejudiciilor morale până la o mie de lei din 10 mii de lei solicitate (**caz din practica autorilor**).
- ▶ În una din clinicele de asistență medicală primară din municipiul Chișinău a fost luată decizia ca, în scopul de a facilita lucrul cu documentele, fișele medicale ale pacienților să fie marcate cu anumite simboluri în diferite culori. Astfel, unul din marcaje a fost un cerc galben în colțul de sus din dreapta pentru fișele pacienților cu HIV. Pacienții purtători de HIV au depus plângere pe seama acestei decizii, deoarece aceasta le încălca dreptul la confidențialitate - fișele cu cerc galben se evidențiau imediat atunci când persoane terțe le puteau vedea (de exemplu, stând în rând la ușa unui medic specialist, cei din jur puteau observa semnul de distincție de pe fișa persoanei de alături). Instanța de judecată a decis în favoarea pacienților și a impus instituția să anuleze marcajele inventate (**caz din practica autorilor**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Orice informație despre pacient: tratamentul la care a fost supus, diagnosticul stabilit, reprezintă informație despre viața privată a persoanei și nimeni nu este în drept să o solicite, excepție făcând cazurile stabilite prin lege. (*Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005, Articolul 12, pt. 4*)

În ceea ce privește dreptul la intimitate și confidențialitate, legislația națională stipulează în mod direct că informațiile sunt confidențiale, indiferent de faptul că dezvăluirea acestor informații implică sau nu sancțiuni. În lipsa unor prevederi care să impună sancțiuni, încălcarea principiului confidențialității impune obligația de a plăti despăgubiri, în conformitate cu prevederile Codului Civil. Ca bază pentru răspunderea civilă este existența unei situații civile greșite, de fapt, este necesar de a stabili dacă divulgarea a fost un act intenționat sau din neglijență.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Art. 8 CEDO stabilește dreptul inviolabilității vieții personale. Nu este admis amestecul unei autorități publice în exercitarea acestui drept decât în limitele în care acest amestec este prevăzut de lege și numai dacă constituie o măsură care, într-o societate democratică, este necesară pentru securitatea națională, siguranța publică, bunăstarea economică a țării, apărarea ordinii și prevenirea faptelor penale, protejarea sănătății, moralei ori a drepturilor și libertăților persoanei.

CEDO utilizează termenul *viață privată* pentru a desemna dreptul la viața personală și îl exprimă prin art. 8. În raportul Comisiei Europene a Drepturilor Omului asupra cauzei Van Oosterwijk împotriva Belgiei (Rap. Com. din 1979) este consemnată următoarea interpretare a noțiunii de viață privată: "Dreptul la respectarea *vieții private* este dreptul la intimitate, dreptul de a trăi așa cum dorești, protejat de publicitate [...]. El cuprinde, de asemenea, într-o anumită măsură dreptul de a stabili și întreține relații cu alte ființe umane, în special în domeniul emoțional, pentru dezvoltarea și realizarea propriei personalități".

6.1.7 DREPTUL PENTRU RESPECTAREA TIMPULUI PACIENTULUI

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul să primească tratamentul de care are nevoie, într-o anumită perioadă de timp, în funcție de gradul de urgență al bolii.

Acest drept nu este menționat în mod specific în legislația națională. În special, nu există prevederi cu privire la listele de așteptare, deoarece responsabilitatea statului în servicii de finanțare este foarte limitată.

Cu toate acestea, legislația prevede că asistența medicală este inițiată fără întârziere în caz de urgențe clinice, chiar și fără acordul pacientului (de exemplu, atunci când un pacient este în comă) și fără consimțământul reprezentantului lui/ei legal (în cazul în care reprezentantul legal nu a putut fi contactat din cauza constrângerilor de timp).

Legile în sănătate, de asemenea, prevăd informarea pacienților despre diverse aspecte ale asistenței medicale. Acest lucru necesită cu siguranță (de la medic și alți profesioniști din domeniul sănătății), timp suficient dedicat informării și explicațiilor despre serviciile oferite.

În cele din urmă, respectul pentru timpul pacientului poate fi înțeles că acesta nu va trebui să aștepte ore în șir, mai ales în cazul în care pacientul a fost programat în prealabil.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** nu are nici o prevedere specială care să reglementeze timpul pacientul. Este garantat dreptul la sănătate și minimumul asigurării medicale gratuite. (Articolul 36)
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, Articolul 20 stipulează dreptul la asistență medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital, din minimul asigurării medicale gratuite prin intermediul serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, de asistență medicală primară acordată de medicul de familie, cât și prin structurile instituțiilor medico-sanitare de tip ambulatoriu sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și mijloacelor bugetului de stat pe anul respectiv.
 Conform Articolului 21 toate persoanele în Republica Moldova sunt asigurate cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață (accidente, îmbolnăviri acute grave etc.).
 Persoanelor le este garantată asistența medicală în situații extremale (calamități, catastrofe, avarii, îmbolnăviri și intoxicații de masă, iradiere cu raze ionizante și neionizante, poluare abundentă a mediului etc.). (Articolul 24)
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prevede că pacientul are dreptul la asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă), în conformitate cu legislația. (Articolul 5, lit. f)
 Fiecărui pacient i se garantează accesul gratuit la serviciile de sănătate de urgență, realizate atât prin intermediul medicului de familie, cât și prin structurile instituțiilor medico-sanitare de tip ambulatoriu sau staționar din raza aflării pacientului. (Articolul 8, pt. 3)
 Dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina prezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei. (Articolul 9, pt. 4)
- ▶ Conform **Legii nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mentală** în cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul să fie spitalizat în staționarul de psihiatrie doar pentru durata examenului medical și a tratamentului. (Articolul 5, lit. c)

În caz de tulburări psihice, persoana poate fi declarată pe un termen de cel mult 5 ani, cu dreptul de reexaminare ulterioară, incapabilă a desfășura anumite activități profesionale și activități cu pericol sporit. Hotărârea restrictivă este emisă de o comisie medicală, împuternicită de organul de ocrotire a sănătății, în temeiul concluziei asupra sănătății psihice a persoanei, și poate fi contestată în instanță judecătorească. Dacă, până la expirarea termenului de 5 ani, persoana nu este reexaminată de un consiliu (o comisie) de expertiză medicală a vitalității, ea devine, în mod automat, capabilă să desfășoare activitățile menționate. (Articolul 6, pt. 1)

Asistență psihiatrică de urgență este garantată de stat. (Articolul 16, pt. 1, lit. a)

- ▶ Conform Articolului 5 al **Legii nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii**, orice persoană este în drept să beneficieze de servicii de screening și depistare precoce a maladiilor.
- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede un șir de condiții pentru respectarea timpului pacienților infectați cu tuberculoză sau celor care s-au aflat în contact și prezintă un risc de îmbolnăvire. Deoarece dezvoltarea tuberculozei ca maladie este foarte periculoasă pentru pacient, este foarte important de organizat accesul pacienților, în regim cât mai precoce, la măsuri de profilaxie și tratament. Astfel, conform Articolului 16 al Legii, bolnavul cu formă activă a tuberculozei confirmată sau cu formă contagioasă a tuberculozei este izolat și tratat cât mai precoce în condiții de staționar specializat pe tot parcursul eliminării agenților cauzali ai tuberculozei. Termenul spitalizării este determinat de rezultatele tratamentului și de contagiozitatea bolnavului. Nou-născuții din focarele de tuberculoză se izolează pe un termen de două luni din momentul vaccinării BCG. Copiii din focarele de tuberculoză se izolează pentru tratament preventiv în instituții de întremare specializate.

În acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la diagnosticare și tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu, în funcție de manifestarea bolii și de condițiile sanitaro-igienice disponibile; aflate în instituție medicală antituberculoasă specializată în termenul necesar investigațiilor și/sau tratamentului. (Articolul 17, litera c, d)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- **Ordinul Ministerului Sănătății 841/2010, anexa nr. 3**, prin care sunt stabilite criteriile de transfer interclinic al pacientului critic în cadrul Serviciului regionalizat de asistență medicală urgentă și terapie intensivă la copii.
- **Ordinul Ministerului Sănătății 841/2010, anexa nr. 4**, în baza căruia este elaborat regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea secției de primire urgentă a pacienților care se prezintă la spital. Secția de primire urgentă asigură asistență urgentă și calitativă în termeni oportuni și volum deplin în regim de 24/24 de ore.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Obligațiile lucrătorului medical în cazuri de urgență sunt descrise în Capitolul IX al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic**.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante necesar a fi incluse.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Bolnavul, locuiește într-un sat îndepărtat de centrul raional și se află într-o stare gravă de sănătate. Familia bolnavului solicită asistența serviciului de urgență. Echipa serviciului de urgență din centrul raional, dispunând de unități de transport și echipamentul adecvat, a reușit să ajungă la timp în localitatea bolnavului și să-i acorde asistența necesară, care i-a salvat viața (**situație actuală**).
- ▶ Cetățeanul A. trăiește sub pragul sărăciei și are dreptul la tratament medical gratuit, datorită programului guvernamental special pentru asigurari de sănătate. În urmă cu trei luni, a fost diagnosticat cu o formă severă de boală a sistemului urinar, care îi cauzează suferință și durere și face dificilă urinarea. Din cauza situației în care se află, pacientului A. i-a fost oferită prioritate față de alți pacienți din lista de așteptare a spitalului și el a fost operat la câteva zile după internare (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Cetățeanca S. a născut prematur copii gemeni în maternitatea centrului raional. Starea gemenilor este gravă și medicii solicită transferarea copiilor la Chișinău, deoarece instituția raională nu are echipamentul necesar pentru întreținerea vieții nou-născuților prematuri. A fost apelat serviciul Aviasan, rolul căruia este să intervină prompt în cazuri de maximă urgență. Serviciul Aviasan a răspuns că la moment tot transportul disponibil este ocupat și că nu dispun de autovehicule libere pentru transportarea copiilor. Din cauza transportării întârziate a copiilor în secțiile specializate republicane, unul dintre copii nu a supraviețuit. Nu a fost inițiată careva acțiune legală (**caz din practica autorului**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri actuale relevante acestui drept.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

În conformitate cu legislația națională, dreptul la respectarea timpului pacienților este conectat la obligația de a asigura un tratament în timp util și adecvat. În cazul în care statul încalcă standardul medical menționat, trebuie să fie obținută o evaluare din partea unui expert medical competent pentru a stabili ce daune sau pierderi au rezultat din întârzierea tratamentului medical și dacă întârzierea a crescut riscul prejudiciului. Este de o importanță echivalentă colectarea probelor pentru a stabili elemente subiective de determinare – acțiune intenționată sau din neglijență.

Evaluarea timpului de acordare a asistenței medicale trebuie să fie făcută reieșind din toate circumstanțele cauzei. Pentru a evita crearea unor situații de conflict de interes, este recomandat ca expertiza să fie făcută de către specialiști din domeniu sau medici legiști din afara instituției, sau dacă este posibil, din afara localității din care se evaluează cazul.

În caz de acuzații cu referire la neacordarea la timp a ajutorului medical trebuie de observat ora și data la care pacientul s-a adresat după ajutor medical (aceste date se conțin în fișa de solicitare), timpul înregistrat la care medicul a consultat (în documentele medicale, registrul de internare), volumul și calitatea serviciilor medicale oferite pacientului (în fișa medicală a pacientului sunt descrise investigațiile, procedurile și medicamentele administrate, inclusiv cu menționarea timpului aplicării).

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la respectarea timpului pacientului este direct conectat cu dreptul la sănătate, care prevede accesul la serviciile de sănătate necesare și acordate în timp necesar. Acest drept este în context cu dreptul la cel mai înalt standard de calitate fizică sau mintală discutat în Capitolul 2 (nivel internațional) și Capitolul 3 (nivel regional).

6.1.8 DREPTUL LA RESPECTAREA STANDARDELOR DE CALITATE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul la acces la servicii de calitate înaltă cu respectarea unor standarde fixe.

Acest drept a fost parțial discutat în cadrul dreptului la acces. Accesibilitatea serviciilor implică calitatea adecvată a serviciilor. În caz contrar, dacă serviciile au fost accesibile, dar nu au fost de o calitate adecvată, pacienții nu au putut să-și exercite dreptul lor la servicii de sănătate, pentru că astfel de servicii sunt adecvate pentru a le îmbunătăți și/sau a le menține sănătatea.

Legislația națională menționează, în special, dreptul la respectarea standardelor de calitate prin determinarea obligațiilor (care se conțin, de fapt, în Legea ocrotirii sănătății și Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic).

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Cu toate că în **Constituția Republicii Moldova** nu este stipulat direct dreptul la servicii de calitate înaltă, această prevedere se regăsește în dreptul la ocrotirea sănătății garantat fiecărui cetățean în Articolul 36.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede că sistemul de ocrotire a sănătății este bazat pe principiul responsabilității organelor și unităților medico-sanitare pentru accesibilitatea, oportunitatea, calitatea și volumul prestațiilor medico-sanitare, pentru calitatea pregătirii profesionale și perfecționarea calificării personalului medico-sanitar și farmaceutic. (Articolul 2)
Cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. (Articolul 20, pt. 1)
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prevede dreptul pacientului la informații cu privire la calitatea serviciilor prestate. (Articolul 5, lit. g)
Pacienții au dreptul colectiv la o formă de reprezentare, la fiecare nivel al sistemului de servicii de sănătate, în luarea deciziilor privind planificarea și reevaluarea serviciilor, inclusiv gama, calitatea și prestarea serviciilor acordate. (Articolul 10, pt. 2)
Articolul 8 (pt. 8, lit. e) al Legii stipulează că realizarea drepturilor sociale ale pacientului se asigură prin exercitarea controlului asupra calității serviciilor de sănătate acordate și acreditate în modul stabilit de legislație.
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** garantează dezvoltarea și organizarea asistenței în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii astfel încât să fie asigurat accesul egal al femeilor

și al bărbaților la servicii medicale de calitate. Statul asigură aprovizionarea populației cu produse de calitate privind sănătatea reproducerii, inclusiv a persoanelor din grupurile social vulnerabile cu contraceptive. (Articolul 5, lit. a, c)

Drepturile la reproducere se realizează cu asigurarea volumului garantat de servicii privind ocrotirea sănătății reproducerii și planificarea familială, precum și a calității și accesibilității acestora; respectarea cerințelor profesionale speciale și a standardelor în efectuarea intervențiilor medicale în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii. (Articolul 8, lit. f, g)

În vederea respectării calității Legea prevede ca serviciile de reproducere umană asistată medical pot fi acordate atât de instituțiile/organizațiile medicale publice, cât și de cele private, acreditate sau licențiate pentru acest gen de activitate. (Articolul 9)

Persoanele care prestează servicii de ocrotire a sănătății reproducerii trebuie să aibă pregătire specială în acest domeniu. (Articolul 17, pt. 1)

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că asistența medicală antituberculoasă este garantată de stat și se bazează pe principiile respectării demnității persoanei, confidențialității, gratuității și accesibilității. (Articolul 12, pt. 1)

Calitatea serviciilor medicale acordate persoanelor aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavilor de tuberculoză se asigură prin recunoașterea dreptului acestora la diagnosticare și tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu, în funcție de manifestarea bolii și de condițiile sanitaro-igienice disponibile. (Articolul 17, lit. c)

Prejudiciul cauzat vieții sau sănătății persoanei în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe se repară în conformitate cu legislația în vigoare. (Articolul 22)

- ▶ Conform **Legii nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mentală** pentru stabilirea diagnosticului și tratarea persoanei suferinde de tulburări psihice, se aplică doar mijloacele și metodele medicale aprobate în modul stabilit de legislația ocrotirii sănătății. (Articolul 10, pt. 2)

În cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul la asistență psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie. (Articolul 5, pt. 2, lit. e)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- Îmbunătățirea continuă a calității și sporirea accesibilității serviciilor medicale sunt obiectivele fundamentale ale Ministerului Sănătății stabilite în *Politica Națională de Sănătate și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*.
- *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 380 din 02.10.2008 Cu privire la modificarea și completarea ordinului Ministerului Sănătății nr. 6 din 06.01.2006 „Cu privire la Controlul de Stat al calității medicamentelor și altor produse farmaceutice în Republica Moldova”*
- *Ordinul Ministerului Sănătății privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare 139/2010*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic conține prevederi despre autoritatea lucrătorului medical și farmaceutic și încrederea pacientului. În Cod se menționează că încrederea pacientului în lucrătorul medical este condiționată de calitatea asistenței medicale care i-a fost oferită (aliniatul 24).

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante necesare a fi incluse.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ În cazul în care pacientului i se asigură îngrijirea profesionistă și de calitate înaltă, indiferent de veniturile și statutul său social (**caz ipotetic**).
- ▶ Dl. T, în vârstă de 55 de ani, a fost diagnosticat cu hipertensiune arterială esențială în ultimele trei vizite la medicul său de familie, Dr. E. Medicul prescrie pacientului investigația ECG și analize de laborator, inclusiv o analiză relativ scumpă - profilului lipidic. Reprezentantul laboratorului sugerează de a nu comanda acest studiu, care nu va fi acoperit de compania de asigurări și a cerut ca analiza să fie plătită de către pacient. Totuși, medicul E. explică faptul că profilul lipidic, în conformitate cu ghidul național din domeniu, este inclus în lista analizelor de rutină de laborator pentru evaluarea pacienților cu hipertensiune. În cele din urmă, analiza se face, iar cheltuielile sunt acoperite de polița de asigurare (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul S. se adresează la policlinică cu acuze de dureri de cap. Medicul a examinat superficial pacientul și fără a face careva investigații suplimentare i-a prescris pastile analgezice. Peste două săptămâni pacientul se adresează repetat la medic, cu plângeri precum că durerea persistă. Medicul a insistat să continue tratamentul prescris anterior. Peste o perioadă de timp, deoarece durerea nu a încetat, pacientul s-a adresat la un Centru de Diagnostic. După un șir de investigații, medicii din Centru i-au stabilit diagnosticul unei maladii serioase și i-au recomandat internare urgentă în spital. Pacientul a fost întrebat de ce nu s-a adresat mai devreme după asistență medicală, deoarece se putea de evitat avansarea atât de gravă a bolii și durerile insuportabile care le suferea. Pacientul nu a întreprins careva acțiuni legale față de medicul care l-a consultat inițial (**caz din practica autorilor**).

3. Caz actual

- ▶ Copilul nou-născut L., după externarea din maternitate, a fost luat la evidență în Centrul Medicilor de Familie, fiind cu o maladie congenitală care prezintă un risc înalt de îmbolnăvire. Peste o lună, mama copilului s-a adresat medicului de familie R. cu acuze că copilul tușește și are eliminări mucoase din nas. Medicul R. a prescris copilului picături nazale și o mixtură pentru tuse, fără a face careva investigații mai desfășurate, deși copilul era în grupul cu risc major pentru îmbolnăviri. Medicul R. nu a monitorizat starea copilului în dinamică, copilul fiind doar sub supravegherea părinților la domiciliu. Peste 7 zile, ca urmare a unor complicații de sănătate, copilul a decedat. Potrivit raportului de expertiză medico-legală copilul a decedat din cauza unei pneumonii bronhiale care a parcurs într-o formă mai atenuată. Asistența medicală calificată și acordată la timp ar fi putut salva copilul. Nu au fost inițiate careva acțiuni legale (**caz din practica autorului**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

În cazuri complicate referitoare la calitatea și amplexarea serviciilor medicale acordate, este necesară expertiza medicală a unei comisii cu atragerea unui expert legist independent.

Exemple de încălcări din partea medicilor a regulilor de acordare a asistenței medicale pot fi:

- Absența supravegherii sistematice a pacientului (înregistrările de rigoare din fișa medicală);
- Examinarea insuficientă a pacientului (din fișa medicală lipsesc date privind consultația specialiștilor, lipsa investigațiilor paraclinice etc.);
- Diagnosticarea incorectă, interpretarea greșită a rezultatelor investigațiilor realizate. Diagnosticarea incorectă duce la prescrierea greșită și neadecvată a tratamentului.
- Tratamente incorecte, fără respectarea protocoalelor clinice.

Pentru a stabili dacă un serviciu medical a fost de o calitate adecvată sau nu, ambele părți (reclamantul și pârâtul) trebuie să obțină declarații de la experți medicali și/sau avize medicale de specialitate (furnizate în timpul procesului) cu privire la standarde medicale specifice, care trebuie să fie îndeplinite în anumite unități. Și anume, standardele trebuie să stabilească ce criterii anume vor determina un tratament medical ca fiind unul de calitate. În cele din urmă, în cazul unui litigiu, Curtea va considera probele (opiniile experților), obținute de către părți, și va decide dacă tratamentul medical a fost realizat în conformitate cu standardele de calitate.

Cea mai bună sursă de informații, cu privire la caracterul adecvat al tratamentului pentru afecțiuni specifice, sunt ghidurile naționale de practică clinică, care sunt aprobate de Ministerul Sănătății. Aceste linii directoare ar putea fi utilizate atunci când sunt reclamații cu privire la calitatea asistenței, și de asemenea, plângeri împotriva companiei de asigurări precum că nu acoperă costurile unor anumite tipuri de servicii.

Avocații nu ar trebui să verifice doar dacă tratamentul oferit de un medic a fost în conformitate cu cele mai noi direcții, dar, de asemenea, dacă au existat circumstanțe speciale, specifice pentru pacient, care ar putea explica divergențele în tratamentul stabilit pacientului față de instrucțiunile ghidurilor relevante.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la asistență calitativă reiese din dreptul pacientului la sănătate și dreptul la viață. Analiza detaliată a standardelor internaționale și regionale relevante Dreptului la asigurarea standardelor de calitate este oferită în cadrul dreptului la cel mai înalt posibil standard de sănătate descris în Capitolul 2 și Capitolul 3.

6.1.9 DREPTUL LA SIGURANȚĂ

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare pacient are dreptul să fie protejat de prejudiciile cauzate de funcționarea insuficientă a serviciilor de sănătate, malpraxis medical și erori, și trebuie să i se asigure dreptul la acces la servicii și tratamente care îndeplinesc standardele de siguranță.

Siguranța pacienților este asigurată prin oferirea calității corespunzătoare a serviciilor. Cu toate acestea, asigurarea siguranței ar putea fi considerat un standard minim absolut, este necesar pentru serviciile medicale. Prin urmare, acest drept poate fi conectat de unul dintre cele patru principii ale eticii/bioeticii medicale moderne - non-dăunării ("de a nu face rău").

În multe cazuri, legislația națională relevantă se referă în mod specific la problema de siguranță a pacienților, în special, prin următoarele: siguranța serviciilor medicale, siguranța echipamentelor și tehnologiilor medicale, siguranța sângelui și produselor din sânge, siguranța medicamentelor și vaccinurilor, siguranța mediului (inclusiv radiațiilor și siguranța biologică), controlul infecțiilor nosocomiale etc. Este, de asemenea, reglementată în mod special siguranța pacienților și voluntarilor care participă la cercetarea biomedicală.

Deși nu este specificat în legislația sănătății, dreptul la siguranța pacienților va fi, de asemenea, înțeles ca un drept de a fi liber de la atacuri fizice într-o instituție medicală. Evident că, toate prevederile legislației generale, inclusiv protecția vieții private și a integrității fizice trebuie să fie respectate în instituțiile medicale.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Articolul 36 al **Constituției Republicii Moldova** stabilește că statul garantează dreptul la ocrotirea sănătății tuturor cetățenilor țării.

- ▶ În **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** dreptul la asigurarea sănătății este garantat prin organizarea unei asistențe medicale calificate, acordate în conformitate cu exigențele medicinei moderne, precum și prin apărarea juridică a dreptului la ocrotirea sănătății și la repararea prejudiciului cauzat sănătății. (Articolul 17, pt. 2)

Serviciile medicale de reproducere umană asistată pot fi acordate doar în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice acreditate și de instituțiile medico-sanitare private licențiate și acreditate, care activează în conformitate cu actele legislative și normative în vigoare. (Articolul 33, pt. 2)

Legea prevede că în cazul în care pacientului îi sunt cauzate prejudicii sănătății prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui, pacientul sau reprezentantul acestuia are dreptul să solicite repararea prejudiciilor de la unitățile medico-sanitare, unde i s-a cauzat prejudiciu. În cazul stării nesatisfăcătoare a sănătății în urma unei asistențe medicale necorespunzătoare, pacientul are dreptul de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum și repararea prejudiciului moral și material ce i s-a adus. (Articolul 19)

Dreptul la sănătate al persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune este asigurat prin interzicerea creării unor condiții care pun în pericol viața și sănătatea lor. (Articolul 39)

Prestarea de asistență psihiatrică ține exclusiv de competența medicului psihiatru. Tratamentul psihiatric nu poate fi aplicat în lipsa bolii psihice. (Articolul 42, pt. 2, 6)

- ▶ **Legea nr. 1585-XIII din 27.02.98 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** prevede că asiguratorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient. (Articolul 14, pt. 2)

Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală prevede volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Acesta cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală. (Articolul 2)

- ▶ În **Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr. 263-XVI din 27.10.2005** în Articolul 5 se menționează dreptul pacientului la securitatea vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate.

Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind asigurarea sănătății reproducerii. Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri. (Articolul 9)

- ▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005** prevede că în executarea obligațiilor sale profesionale, medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. (Articolul 17)

Conform Articolului 18, pt. 2, pacientul sau reprezentanții lui legali vor fi obligatoriu informați de către medic asupra unor eventuale riscuri ce comportă intervenția medicală, cu respectarea dreptului de a decide și, eventual, de a refuza intervenția.

- ▶ Conform **Legii nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mentală** persoanele suferinde de tulburări psihice au dreptul să fie spitalizate în staționarul de psihiatrie numai pentru durata examenului medical și a tratamentului. (Articolul 5, lit. c)

Minorul suferind de tulburări psihice nu poate fi supus experimentelor, terapiei electroconvulsive, cercetărilor științifice sau didactice, fotografierii, filmării, videoimprimării și oricărui tratament ireversibil (psihochirurgical) fără consimțământul lui sau al reprezentantului lui legal. (Articolul 5¹, pt. 3)

Pentru stabilirea diagnosticului și tratarea persoanei suferinde de tulburări psihice, se aplică doar mijloacele și metodele medicale aprobate în modul stabilit de legislația privind ocrotirea sănătății. (Articolul 10, pt. 2)

Este inadmisibilă tratarea tulburărilor psihice prin metode chirurgicale și de altă natură ce au urmări ireversibile, precum și aplicarea a noi medicamente, fundamentate științific, dar neadmise încă spre utilizare în masă. (Articolul 11, pt. 5)

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** stipulează că sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială, pe care să le poată alege singuri, precum și dreptul de acces la servicii medicale corespunzătoare ce permit femeii să parcurgă în siguranță sarcina și nașterea. (Articolul 2)

Este asigurat dreptul la o sarcină în siguranță și la asistență antenatală, intranatală și postnatală calificată. (Articolul 4, lit. f)

Drepturile la reproducere se realizează cu respectarea cerințelor profesionale speciale și a standardelor în efectuarea intervențiilor medicale în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii. (Articolul 8, lit. g)

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că în acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la diagnosticare și tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu, în funcție de manifestarea bolii și de condițiile sanitaro-igienice disponibile și la aflare în instituție medicală antituberculoasă specializată în termenul necesar investigațiilor și/sau tratamentului. Pacientul are dreptul la asistență medicală antituberculoasă în condiții care să corespundă exigențelor sanitaro-igienice și regimului antiepidemic. (Articolul 17)

Pacientul are dreptul la repararea prejudiciului cauzat vieții sau sănătății persoanei în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe. (Articolul 22)

- ▶ **Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007**, în Articolul 33, prevede dreptul persoanelor care au fost infectați cu HIV în urma transfuziilor de sânge, intervențiilor și manoprelor medicale să fie asigurați cu pensie conform legislației în vigoare. Repararea prejudiciilor morale și materiale aduse persoanei în urma infectării cu HIV revine instituției medico-sanitare în care a fost infectată. Infectarea cu HIV a personalului medical în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu se consideră boală profesională.

Tratamentul complex al persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA se realizează conform protocoalelor naționale aprobate de Ministerul Sănătății (Articolul 18)

- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12, prevede protejarea drepturilor pacienților și voluntarilor implicați în studii clinice. Solicitantul testărilor clinice este obligat, înainte de începerea testărilor, să încheie un contract de asigurare a vieții și sănătății pacientului sau voluntarului în modul stabilit de legislație. În caz de apariție a unui pericol pentru viața ori sănătatea pacientului sau voluntarului, precum și la dorința acestuia, conducătorul testărilor clinice este în drept să le sisteze.

- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** garantează asigurarea implementării standardelor de calitate și siguranță cu privire la organe, țesuturi și celule. (Articolul 3)

Toți donatorii selectați pentru prelevare vor trece în mod obligatoriu controlul clinic și de laborator, care să excludă orice boală infecțioasă, o posibilă contaminare sau risc pentru recipient. Prelevarea de organe, țesuturi și celule se permite doar în cazul în care donatorii au trecut examenul medical și au fost testați la prezența bolilor transmisibile, în conformitate cu standardele internaționale în domeniu. (Articolul 21)

Toate băncile de țesuturi autorizate vor activa conform standardelor internaționale, fiind inspectate cel puțin o dată la doi ani. Cu scop de transplant pot fi folosite țesuturile și celulele permise din băncile de țesuturi autorizate. (Articolul 22)

Măsurile de pedeapsă prevăzute pentru încălcarea siguranței pacientului, pentru prejudicii aduse și încălcări a obligațiilor profesionale ale lucrătorilor medicali sunt descrise în Capitolul 7.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- *Ordinul MS privind aprobarea standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, 482/2011.* În anexa Ordinului sunt stipulate standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, realizate în baza recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic stipulează că lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să dea dovadă de maximă vigilență în acordarea serviciului profesional și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijirea sa.

Capitolul IV al Codului este dedicat greșelilor medicale și riscului profesional care trebuie să fie luat în considerație de fiecare medic.

Poziția pe care o adoptă lucrătorii medicali și farmaceutici față de greșelile profesionale trebuie să aibă drept criteriu esențial binele pacientului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante necesar a fi incluse.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Atunci când sunt luate în considerare toate riscurile și complicațiile care pot fi în rezultatul unui act medical. Medicul va informa pacientul despre tratamentul care urmează a fi administrat, explică detaliat consecințele care pot surveni în urma administrării medicamentelor. Medicul acționează profesionist, face analiza amplă a tratamentului pe care îl prescrie, este prudent pentru riscurile potențiale, informează pacientul despre acestea, iar pacientul, la rândul său își asumă răspunderea pentru deciziile luate (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Copilul B., 12 ani, a fost internat în spital în stare gravă. Medicul chirurg l-a examinat și a decis necesitatea intervenției chirurgicale. Medicul anesteziolog nu a analizat particularitățile de sănătate a pa-

cientului și i-a indicat o doză de anestezie conform vârstei, fără să verifice masa corporală a copilului. Pacientul era hipoponderal, cu o masă corporală mai mică decât media corporală obișnuită pentru vârsta sa. Drept rezultat doza anestezicului administrată s-a dovedit a fi mult mai mare decât cea necesară copilului. Din cauza supradozării de anestezie, copilul a decedat subit. A fost inițiat dosar penal. Deoarece cazul s-a întâmplat în perioada scrierii acestui ghid, nu deținem informații despre desfășurarea lucrurilor (**caz din practica autorilor**).

3. Caz actual

- ▶ Cetățeanul P. a acționat în judecată Ministerul Sănătății și spitalul raional C., solicitând repararea prejudiciului material și moral în mărime de 500 000 de lei, care i-a fost cauzat prin infectarea cu virusul HIV în urma transfuziei de sânge efectuată de către medicii spitalului raional.
- ▶ Această cauză a fost examinată de mai multe instanțe de judecată, inclusiv de către Curtea Supremă de Justiție, care a admis acțiunea civilă înaintată de pacientul P., Ministerului Sănătății și spitalului raional C. Plenul Curții Supreme de Justiție a decis că repararea prejudiciilor cauzate persoanei în urma infectării revine instituției medicale, în care aceasta a fost infectată. Acțiunea cetățeanului P. a fost admisă integral și spitalul a fost obligat să achite dauna pricinuită prin contaminarea cu virusul HIV (**caz raportat**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

În cazurile de malpraxis, de regulă se va merge pe 2 căi: în procedură penală – pentru stabilirea vinovăției și atragere la răspundere penală a persoanei care se face vinovată de malpraxis și în procedură civilă – pentru determinarea răspunderii delictuale, solicitând despăgubire pecuniară pentru daunele materiale și morale. Este important:

- De efectuat evaluarea cheltuielilor suportate de pacient pentru tratamentul medical, ceea ce ar constitui prejudiciul material;
- Evaluarea prejudiciului moral, care poate fi realizat prin evaluarea psihologică de către un psiholog, care va determina existența traumei, consecințele și intensitatea traumei suferite de pacient sau rudele acestuia cauzată de eroare medicală produsă;
- De stabilit legătura de cauzalitate între acțiunile ilegale/inacțiunile medicului și rolul instituției medico-sanitare și decesul/sau dauna adusă sănătății prin solicitarea efectuării unei expertize repetate în comisie cu implicarea specialiștilor din domeniile relevante.

Conform legislației în vigoare, pentru prejudiciul cauzat prin vătămarea integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății ori prin deces, lucrătorii medicali poartă răspundere nu doar penală, dar și civilă. Repararea prejudiciului material și al celui moral este reglementată de articolele 1419 – 1423 din **Codul Civil al Republicii Moldova**, adoptat la 6 iunie 2002. Însă odată ce în procedura penală bănuitul se bucură de prezumția de nevinovăție, rolul avocatului fiind secundar celui al organului de urmărire penală. Pe când în procedura civilă avocatul deține un control pentru planificarea și desfășurarea procesului, ceea ce-i permite adunarea unui probatoriu divers în susținerea răspunderii delictuale a pârâtului-medic sau a instituției medico-sanitare.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Standardele internaționale și regionale relevante dreptului la siguranță le puteți găsi în contextul dreptului la cel mai înalt posibil standard de sănătate.

Dreptul la siguranță se referă la dreptul la sănătate, dreptul la viață și dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante, care sunt drepturi fundamentale ale omului și sunt descrise în cadrul Capitolului 2 și Capitolului 3.

6.1.10 DREPTUL LA INOVAȚIE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Pacientul are dreptul la proceduri noi de diagnostic și tratament, în concordanță cu standardele internaționale și fără constrângeri de natură economică sau financiară. Serviciile de sănătate au datoria de a promova și susține cercetarea biomedicală și rezultatele cercetării să fie făcute cunoscute publicului larg.

Deși nu există nici o mențiune specifică certă a dreptului la inovare în legislația națională, legea prevede disponibilitatea de îngrijire adecvată pentru pacienții cu boli rare, mai puțin frecvente. (Legea privind drepturile pacienților) Legislația, de asemenea, prevede condițiile cercetării biomedicale pe ființe umane. (Legea ocrotirii sănătății, și Legea privind medicamentele) În cele din urmă, dreptul la inovare este indirect legat de educația și dezvoltarea profesională continuă a personalului medical, care oferă posibilitatea de a oferi servicii de ultimă oră.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Acest drept se regăsește indirect în Articolul 36 al **Constituției Republicii Moldova**, care garantează dreptul cetățenilor la ocrotirea sănătății.
- ▶ Conform **Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, Articolului 17, dreptul populației la asigurarea sănătății se garantează prin oferirea unei asistențe medicale calificate, acordate în conformitate cu exigențele medicinei moderne.

Medicul poate aplica noi metode de profilaxie, diagnostic și tratament, precum și noi medicamente, fundamentate științific, dar încă neadmise pentru aplicare în masă, cu consimțământul scris al pacientului capabil de raționament lucid și cu discernământul păstrat ori cu consimțământul scris al părinților, tutorei sau curatorului pacientului care nu a atins vârsta de 16 ani sau ai bolnavului psihic. (Articolul 28, pt. 2)

- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12 prevede că persoane sănătoase (voluntari) și pacienți, în cadrul tratamentului maladiilor, au dreptul să participe la testări clinice, cu încheierea cu solicitantul testărilor, în modul stabilit de legislație, a unui contract de asigurare a vieții și sănătății pacientului sau voluntarului.
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului**, prevede dreptul pacienților la exprimare benevolă a consimțământului sau a refuzului de participare în cercetările biomedicale. (Articolul 5, lit. k)

Asigurarea drepturilor pacientului în procesul cercetării biomedicale (studiului clinic) ce ține de aplicarea noilor metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor mijloace similare este descrisă în Articolul 14 al Legii.

Sunt interzise propagarea și publicitatea, inclusiv în mijloacele de informare în masă, a metodelor de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor remedii ce nu au trecut testările de verificare în conformitate cu legislația.

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** stipulează că persoanele au dreptul la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane. În Lege sunt descrise detaliat toate condițiile de aplicare a tehnologiilor de fertilizare. (Articolele 9-13)
Politica statului în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii include susținerea cercetărilor științifice în domeniul sănătății reproducerii și instruirea universitară și postuniversitară a specialiștilor în domeniul ocrotirii sănătății reproducerii și în domeniul drepturilor la reproducere conform standardelor internaționale. (Articolul 14, lit. j, k).
- ▶ În **Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice** dreptul la inovație este respectat și promovat de stat prin garantarea deciziilor bazate pe dovezi științifice și/sau pe recomandările organismelor internaționale competente. (Articolul 3, pt. 8)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- *Codul cu privire la știință și inovare al Republicii Moldova nr. 259-XV din 15.07.2004 publicat în Monitorul Oficial nr. 125-129/663 din 30.07.2004*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 20 din 12.01.2006 cu privire la monitorizarea reacțiilor adverse ale medicamentelor și altor produse farmaceutice în Republica Moldova*
- *Ordinul nr. 22 din 12.01.2006 cu privire la modificarea Ordinului MS RM nr. 10 din 14.01.2002 “Cu privire la desfășurarea studiului clinic al medicamentelor în Republica Moldova”*
- *Ordinul MS nr. 179 din 14.03.2011 „Cu privire la autorizarea vaccinurilor, serurilor și preparatelor imunobiologice”*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic în Capitolul XII prevede un șir de obligații profesionale în desfășurarea cercetării medicale cu implicare de subiecți umani. Este stipulat că în procesul de studiu clinic, binele individului primează asupra beneficiilor societății sau științei.

Pacientul nu poate fi forțat să participe sau implicat prin inducere în eroare în studii clinice.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Instituțiile medicale sunt dotate cu utilaje medicale moderne de diagnosticare și tratament și aceste servicii sunt accesibile pentru populație. Sunt folosite metode noi, dovedite științific și aprobate pentru testare și tratament.
- ▶ Protocoalele clinice pentru tratamentul diferitor maladii sunt ajustate permanent la inovațiile științifice din domeniu și noile recomandări, realizate la nivel internațional.
- ▶ Realizarea studiilor clinice se face transparent, în conformitate cu Regulile internaționale de bună practică.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Metodele de tratament a pacienților oncologici sunt depășite și implică un risc avansat pentru starea de sănătate a pacienților. Acestea sunt înlocuite, deja de mult timp, în țările europene cu altele, mult mai eficiente și sigure. Administrația instituției medicale și persoanele implicate în managementul acestui serviciu la nivel de țară nu manifestă interes de a implementa inovațiile existente în domeniul. **(Caz ipotetic)**
- ▶ Pacienta G. necesită o intervenție chirurgicală complexă pe cord. În Republica Moldova nu sunt echipamente și specialiști calificați pentru astfel de intervenții. În cadrul unui parteneriat cu o țară din Uniunea Europeană se realizează intervenții de astfel de complexitate cu implicarea specialiștilor dintr-o instituție medicală avansată europeană. Echipa de chirurghi înalt calificați sosesc în Moldova pentru o săptămână, aducând și echipamentele performante, necesare pentru a face intervenții pe cord. Achitarea costurilor se face totalmente din contul țării europene.
- ▶ Pacientei G. i se refuză înscrierea pentru operație efectuată de specialiștii europeni din motive neargumentate. **(Caz ipotetic)**

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate cazuri actuale relevante acestui drept.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Avocații trebuie să evalueze dacă actualul sistem de sănătate oferă acces în egală măsură pacienților la tratament inovativ, indiferent de veniturile acestora sau de alte careva circumstanțe discriminatorii.

Acest drept este conectat direct la dreptul pacienților la egalitate și la interzicerea discriminării de orice fel. Avocatul trebuie să dovedească faptul că, în aceleași condiții și existența unei necesități medicale asemănătoare, tratamentul care a fost furnizat la alți pacienți a fost refuzat în mod ilegal reclamantului. În condițiile resurselor de stat limitate, plângerea cu privire la acte legislative care reglementează problema poate fi depusă în instanțele generale unde se aplică regulile procedurale administrative, precum și la Curtea Constituțională.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Standardele internaționale și regionale relevante dreptului la inovare le puteți găsi în contextul dreptului la cel mai înalt standard de sănătate în Capitolul 2 privind standardele internaționale ale drepturilor omului și Capitolul 3 privind standardele regionale ale drepturilor omului în îngrijirea pacientului.

6.1.11 DREPTUL PENTRU EVITAREA SUFERINȚEI ȘI DURERII NEJUSTIFICATE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare persoană are dreptul de a fi scutită de durere și suferință în măsura maximă pe cât e posibil, în fiecare fază a maladiei de care suferă.

În legislația națională de sănătate nu există prevederi specifice cu privire la dreptul de a evita suferința și dureri inutile. Cu toate acestea, evitarea și alinarea suferinței și durerii este obiectivul principal al îngrijirii paliative. Prevederile care reglementează plasarea, izolarea și reținerea involuntară a pacienților cu tulburări psihice sunt strâns legate de acest drept, și în domeniul său de aplicare intră, de asemenea, și abuzurile în închisoare și în instituțiile psihiatrice. În cele din urmă, acest drept este legat de dreptul la acces, dreptul la respectarea standardelor de calitate, dreptul la securitate, precum și de dreptul la libera alegere.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** nu conține o prevedere expresă privind suferința pacientului. Acest principiu se regăsește în Articolul 24 al Constituției prin care se garantează dreptul fiecărei persoane de a nu fi supus torturii, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede asigurarea tuturor persoanelor cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață.
- ▶ **Situații de urgență în genere.** Persoanelor le este garantată asistența medicală în situații extremale (calamități, catastrofe, avarii, îmbolnăviri și intoxicații de masă, iradiere cu raze ionizante și neionizante, poluare abundentă a mediului etc.). (Articolul 24)
- ▶ **Sfârșitul vieții.** Aparatura medicală care menține viața pacientului în caz extremal poate fi deconectată numai după constatarea morții creierului. Pacientul are dreptul să moară în demnitate. Totuși, rugămintea pacientului de a i se scurta viața prin mijloace medicale (eutanasiu) nu poate fi satisfăcută. (Articolul 34)
- ▶ **Persoane în vârstă.** Persoanele de vârstă înaintată au dreptul la asistență pentru asigurarea necesităților fizice și psihice, spre prelungirea perioadei de viață activă, spre asigurarea capacității de adaptare socio-psihologică la bătrânețe, preîntâmpinării afecțiunilor cronice și invalidității. (Articolul 38)
- ▶ **Persoanele în detenție.** Persoanele în detenție au dreptul la asistență și condiții de viață care nu le înjosesc demnitatea și nu le pun în pericol viața și sănătatea lor. Persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune li se garantează asistență medico-sanitară. (Articolul 39)
- ▶ **Persoane cu dizabilități mintale.** Drepturile persoanelor care suferă de tulburări psihice se respectă prin realizarea îndatoririi de bază a medicului de a acorda asistență medicală conform codului eticii medicale. Tratamentul psihiatric nu va fi aplicat în lipsa bolii psihice. (Articolul 42)
- ▶ **Greva foamei.** Greva foamei, fiind o potențială urgență medicală, presupune obligativitatea asistenței medicale pe toată durata ei. În momentul în care starea de sănătate și viața celui aflat în greva foamei sunt grav amenințate, medicul este obligat, în conformitate cu codul eticii medicale, să facă toate eforturile pentru susținerea sănătății și salvarea vieții celui în cauză. (Articolul 40)
- ▶ **HIV/SIDA.** Persoanelor contaminate de virusul imunodeficientar uman (HIV) și bolnave de SIDA li se asigură asistență medicală și socială. (Articolul 41)
- ▶ **Alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie.** Tratamentul persoanelor care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie se efectuează, de regulă, pe principii benevole, ambulatoriu sau în staționar, în instituții curativ-profilactice, la dorință anonim. (Articolul 43)
- ▶ **Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** în Articolul 5 se referă la dreptul pacientului la reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate.

- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** stipulează că în executarea obligațiilor sale profesionale, medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. (Articolul 17, pt. 2)
 - ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală** prevede că minorul suferind de tulburări psihice nu poate fi supus experimentelor, terapiei electroconvulsive, cercetărilor științifice sau didactice, fotografierii, filmării, videoimprimării și oricărui tratament ireversibil (psihochirurgical) fără consimțământul lui sau al reprezentantului lui legal. (Articolul 5¹)
 - ▶ **Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** garantează că persoanele cu maladii incurabile în stadii avansate sau terminale au dreptul la servicii de îngrijire paliativă, care prevăd satisfacerea nevoilor fizice, psihice, emoționale și spirituale ale bolnavilor și familiilor acestora. Orice persoană cu dizabilități are dreptul la reducerea suferinței și atenuarea durerii prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul actual al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii medicale. Persoanele cu dizabilități au dreptul să beneficieze, în caz de necesitate, de servicii de îngrijire medicală la domiciliu, prestate în modul stabilit de legislația în vigoare. (Articolul 43, pt. 4-6)
 - ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la diagnosticare și tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu, în funcție de manifestarea bolii. (Articolul 17, lit.c)
 - ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12 prevede că în realizarea testărilor clinice, în caz de apariție a unui pericol pentru viața ori sănătatea pacientului sau voluntarului, precum și la dorința acestuia, conducătorul testărilor clinice este obligat să le sisteze.
 - ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede că nu pot fi prelevate organe, țesuturi sau celule de la o persoană care nu are capacitatea de a-și exprima consimțământul; excepție constituie prelevarea țesuturilor sau celulelor regenerative. În acest caz, prelevarea va fi autorizată de Comisia independentă de avizare, cu acordul reprezentanților legali ai donatorului sau al autorității tutelare, cu condiția că donarea va fi în beneficiul persoanei cu care donatorul se află în legătură de rudenie de gradul I (pentru donatorul minor, aceștia sunt fratele, sora), iar procedura în cauză comportă un risc minimal pentru donator. Refuzul scris, verbal sau în orice alt mod al minorului împiedică orice prelevare de țesuturi sau celule regenerative. (Articolul 19)
- Comisia independentă de avizare este un organ coordonator al activității de donare a organelor, țesuturilor sau celulelor umane de la un donator în viață. Comisia nu are personalitate juridică, este instituită pe lângă Ministerul Sănătății și își desfășoară activitatea pe baze obștești, conform principiilor legalității, transparenței, confidențialității și anonimatului în actul donării de organe, țesuturi și celule umane pentru utilizare terapeutică. Structura, responsabilitățile și drepturile Comisiei sunt descrise în *Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Comisiei Independente de Avizare de pe lângă Ministerul Sănătății*, aprobat prin **Hotărârea de Guvern nr. 1207 din 27.12.2010**.
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** prevede că în serviciile de ocrotire a sănătății reproducerii o arie prioritară este maternitatea fără risc. (Articolul 3, lit. b)
- Statul asigură măsuri de prevenire a violenței sexuale, de asistență și de reabilitare a jertfelor violenței. (Articolul 5, lit. m)
- Pentru a preveni suferința ca urmare a procesului de îmbătrânire, în Articolul 7 al Legii (pt. 1) este prevăzut că femeile și bărbații de vârstă a treia au dreptul să beneficieze de servicii de performanță privind ocrotirea sănătății sexuale.
- ▶ Aplicarea torturii este încriminată de **Codul Penal al Republicii Moldova, Articolul 309¹**.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- *Ordinul Ministerului Sănătății cu privire la aprobarea Standardului Național de îngrijiri paliative 884/2010*
- *Ordinul Ministerului Sănătății cu privire la instituirea secției îngrijiri paliative pentru personale care trăiesc cu infecția HIV 60/2011* Ordinul stipulează că secția îngrijirii paliative pentru persoanele cu HIV/SIDA se instituie cu scopul reducerii impactului infecției HIV și fortificării calității asistenței medico-sociale, îmbunătățirii calității vieții persoanelor care trăiesc cu infecția HIV/SIDA.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Capitolul XIII al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic** prevede obligația fiecărui lucrător medical de a face tot posibilul pentru a reduce suferința bolnavului incurabil, cu respectarea demnității acestuia. Totuși, Codul stipulează că se interzice efectuarea actului de eutanasiu, adică utilizarea unor substanțe sau mijloace în scopul de a provoca decesul unui bolnav, indiferent de gravitatea și prognosticul bolii, chiar dacă acest act este solicitat cu insistență de bolnavul perfect conștient.

Lucrătorul medical nu va asista și nu va îndemna bolnavul la sinucidere sau autovătămări prin sfaturi, recomandări, împrumut de instrumente și alte mijloace, și va refuza orice explicație sau ajutor în acest sens.

Nu se va practica mutilarea pacientului fără o justificare medicală evidentă și serios documentată și fără consimțământul informat al acestuia, cu excepția cazurilor de urgență ce implică risc vital.

Lucrătorul medical, solicitat sau obligat să acorde asistență medicală unei persoane private de libertate, inclusiv din mediul carceral, nu poate să provoace, direct sau indirect, sau să favorizeze atingerea integrității fizice sau psihice a vreunui deținut, inclusiv a demnității acestuia. Dacă lucrătorul medical sau farmaceutic va observa că persoana în detenție se află într-o situație vulnerabilă, una din obligațiile morale și profesionale medicale va fi intervenția în sprijinul și protejarea persoanei deținute. (Aliniatul 19)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu sunt alte careva surse relevante.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacienților care suferă de dureri majore, insuportabile le este asigurat accesul la preparate pentru reducerea durerii și suferinței. Una dintre recomandările internaționale în acest context este disponibilitatea opioizilor pentru pacienții oncologici. **(Situație actuală)**

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul V. a fost adus de ambulanță la spital cu acuze la durere acută în regiunea lombară. Medicul a stabilit că durerea era provocată de pietrele depistate în rinichi care se eliminau prin căile urinare. Chiar dacă pacientul se plângea pe dureri insuportabile, lucrătorii medicali l-au neglijat timp de o oră, fără a-i administra careva preparate analgezice. La solicitarea pacientului de a i se administra ceva pentru a reduce durerea, un medic i-a reproșat precum că sunt ocupați cu alți pacienți, mult

mai gravi și „că din cauza eliminării pietrelor din rinichi, încă nimeni nu a murit”. Astfel, pacientul a fost supus unor dureri și suferințe nejustificate (**caz ipotetic**).

- ▶ Medicii dintr-o instituție medicală din penitenciar observă că lucrătorii au un comportament inuman cu persoanele aflate în detenție. Medicului i se cere să realizeze acte de provocare a suferinței celor deținuți pentru a afla anumită informație despre viața interlopă. Instituția nu este asigurată cu preparate analgezice și anestetice pentru a fi administrate pacienților atunci când aceștia au nevoie de a li se reduce durerea sau suferința (**caz ipotetic**).

3. Cazuri actuale

- ▶ **Curtea Europeană pentru drepturile omului** într-un șir de cazuri examinate la Articolul 3 al Convenției a indicat că Statul are obligația de a asigura acces la servicii medicale tuturor deținuților și eșecul în a o face poate rezulta în tratament inuman și degradant, exemplu fiind **cauza Khudobin c. Rusiei, hotărârea din 22 octombrie 2006**. Reclamantul era seropozitiv, avea diferite boli cronice, printre care epilepsie, hepatită virală, diferite afecțiuni mintale, iar în perioada detenției sale, care a durat mai mult de un an, reclamantul a contractat o serie de afecțiuni extrem de serioase (inclusiv rubeolă, bronșită și pneumonie acută). Datorită stării sale de sănătate, reclamantul a fost în mod frecvent cazat într-o unitate medicală pentru boli contagioase. În același timp, cererea familiei sale de a realiza un examen medical minuțios a fost refuzată. Curtea a precizat că dat fiind statutul seropozitiv al deținutului și dat fiind faptul că suferea de o boală mintală gravă, absența asistenței medicale de calitate oferită în timp util și refuzul de a permite un examen medical independent probabil că au generat o stare de insecuritate. Curtea a constatat că reclamantului nu i s-a acordat asistența medicală necesară, și deși acceptă faptul că asistența medicală disponibilă în spitalele penitenciare nu este întotdeauna de calitate serviciilor oferite în cele mai bune instituții medicale adresate publicului larg, Statul trebuia să se asigure că sănătatea și starea de bine ale deținuților erau garantate în mod adecvat prin oferirea de asistență medicală necesară.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Avocații trebuie să obțină informații cât mai detaliate de la clienții săi, privind intensitatea durerilor suportate, ca rezultat al inacțiunii intenționate ale medicilor în acordarea asistenței pacientului.

Este necesar de solicitat evaluarea unui medic specialist independent cu referire la corectitudinea acțiunilor medicilor, în raport cu situația și circumstanțele de fapt ale cazului.

Avocații trebuie să cunoască că în orice situație medicală, medicii sunt obligați să întreprindă măsuri urgente și prompte pentru a ușura durerile pacienților.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul de a nu fi supus suferinței și durerii nejustificate reiese din dreptul fundamental la sănătate, dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante.

Standardele internaționale și regionale relevante dreptului la evitarea suferinței și durerii nejustificate le puteți găsi în contextul dreptului la cel mai înalt standard de sănătate în Capitolul 2 privind standardele internaționale ale drepturilor omului și Capitolul 3 privind standardele regionale ale drepturilor omului în îngrijirea pacientului.

6.1.12 DREPTUL LA TRATAMENT PERSONALIZAT

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Fiecare pacient are dreptul la programe de diagnostic și tratament adaptate cerințelor individuale, în care criteriile economice nu trebuie să prevaleze asupra dreptului la îngrijire.

Deși orice sistem de sănătate trebuie să ofere cetățenilor un tratament și asistență personalizate, aceasta este greu de realizat în condițiile unor constrângeri existente în materie de finanțare și de alte resurse. Legislația națională include acest drept prin prevederile pentru respectarea demnității și onoarei pacientului și, ceea ce este mai mult, pentru respectarea culturii, convingerilor religioase și valorilor personale ale unui pacient. De asemenea, acest drept este legat de dreptul la intimitate.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** nu prevede în mod expres acest drept, totuși acesta poate fi regăsit în Articolul 36 care garantează dreptul fiecărui om la sănătate.
 - ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede dreptul pacientului de a fi informat și de a alege, precum și obligația personalului medical de a respecta aceste drepturi. Drept rezultat se conturează abordarea individualizată a tratamentului pacienților. (Articolele 23, 25, 27, 28)
 - ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului**, în Articolul 2, stipulează dreptul pacientului de a i se respecta valorile morale și culturale, convingerile lui religioase și filozofice în procesul prestării serviciilor de sănătate. Legea recunoaște pacientul, iar în cazurile prevăzute de legislație, reprezentantul său legal (a rudei apropiate), în calitate de participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală. Aceste prevederi susțin dreptul recunoscut al pacientului la o abordare individualizată în primirea serviciilor medicale.
 - ▶ **Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** în Articolul 18 (pt. 1) prevede că raportul între medic și pacient trebuie să se întemeieze pe dreptul pacientului la opțiune, exercitat conform legislației în vigoare.
 - ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii** prevede că serviciile din domeniul sănătății reproducerii să fie prestate conform specificului de vârstă, axate pe următoarele arii prioritare: sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților; sănătatea sexuală a persoanelor în vârstă; sănătatea sexual-reproductivă a bărbaților. (Articolul 3, lit. e, f, i)
- Adolescenții au dreptul la informare și la acces la servicii de ocrotire a sănătății reproducerii adaptate nevoilor lor. Adolescenții au dreptul la educație sexuală adaptată pe vârste pentru asigurarea dezvoltării psihosexuale corecte, prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a infecției HIV/SIDA, a sarcinii nedorite și pentru formarea deprinderilor de parentitudine responsabilă. Educația sexuală obligatorie și pregătirea pentru viața de familie se efectuează în instituții de învățământ și în alte instituții unde se găsesc adolescenți sau tineri, inclusiv cu nevoi speciale, după programe special elaborate, care fac parte din curricula obligatorie a instituțiilor de învățământ, ținându-se seama de vârstă, de sex și de particularitățile de dezvoltare psihosexuală. (Articolul 6, pt. 1, 2, 3)
- Bărbații și femeile au dreptul la măsuri de prevenire a problemelor de sănătate în perioada de menopauză și de andropauză. (Articolul 7, pt. 2, lit. a)
- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la diagnosticare și

tratament în instituții medicale antituberculoase specializate sau în condiții de ambulatoriu în funcție de manifestarea bolii. (Articolul 17, lit. c)

Persoanele tratate de tuberculoză beneficiază, după caz, de recuperare medicală și/sau de reîncadrare profesională. (Articolul 19)

- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** prevede că în cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul la toate tipurile de tratament (inclusiv balneo-sanatorial) conform indicațiilor terapeutice.

Informațiile privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, trebuie expuse pacientului într-o formă accesibilă lui, ținându-se cont de starea psihică a acestuia. (Articolul 5)

Plasarea minorilor în instituțiile de sănătate mintală prevede beneficierea de arii habituale separate de adulți și de un mediu asigurat, adaptat vârstei minorilor și necesităților de dezvoltare ale acestora. (Articolul 5¹)

- ▶ **Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** garantează că la acordarea asistenței medicale femeilor cu dizabilități sunt luate în considerare necesitățile speciale ale acestora, inclusiv tratamentul ginecologic și consilierea privind planificarea familială și sănătatea reproductivă. (Articolul 42, pt. 12)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva acte specifice referitoare la acest subiect.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic susține că în exercitarea profesiei sale, lucrătorul medical și farmaceutic acordă prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror alte interese. (Aliniatul 9)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu există careva surse relevante referitoare la acest subiect.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ În cazul în care medicii prescriu un tratament adaptat necesităților pacienților, asigurând informarea corectă a pacienților despre metodele aplicate și colectând consimțământul lor.
- ▶ Pacientul C. suferă de diabet zaharat. Pacientul s-a îmbolnăvit de o maladie respiratorie. Medicul, la prescrierea tratamentului, ia în considerare specificul pacientului și indică toate siropurile antitusive fără zahăr, care îi poate dăuna (**situație actuală**).
- ▶ Pacientul F. are nevoie de un transplant de valve ale cordului. De obicei sunt folosite valve de la inima de porc, ca fiind cel mai bine acceptate de corpul uman. Pacientul F. aparține unei confesiuni care nu acceptă consumarea cărnii de porc, deci nu accepta nici valvele porcine ca material pentru transplant. Pacientul refuză transplantul chiar sub pericolul de a deceda de insuficiență cardiacă. Medicul cardiolog a aflat că au apărut rezultate științifice pozitive în urma transplantării și cu utili-

zarea valvelor de inimă bovină. Medicul a făcut legătura cu grupul de cercetători care au publicat rezultatele despre noul tip de transplant și propune pacientului F. să accepte acest tip de transplant. Pacientul acceptă bucuros că a fost găsită o abordare individualizată necesităților și valorilor sale spirituale (**caz din mass-media**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul L. este internat cu o hemoragie masivă în urma lezării accidentale a unui vas sangvin. Medicul constată necesitatea transfuziei de sânge. Pacientul refuză transfuzia din motive religioase și cere să îi fie administrate preparate sintetice de înlocuire a sângelui. Medicul ignoră dorința pacientului, considerând că utilizarea acestor preparate scade șansele pacientului pentru vindecare. Medicul administrează somnifere pacientului și face transfuzia, considerând că aceasta este spre binele pacientului. După ce și-a revenit, pacientul a învinuit medicul de faptul că nu i-au fost respectate drepturile, însă nu a fost inițiată nicio acțiune legală (**caz din mass-media**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Baza acestui drept se regăsește în principiul "a nu face rău" - unul dintre cele mai importante declarații în Jurământul lui Hippocrates – deoarece considerarea nevoilor personale și speciale ale pacientului este o condiție prealabilă pentru a nu oferi un tratament care i-ar dăuna. În practică, acest lucru înseamnă că măsurile preventive în timpul asistenței medicale nu trebuie să fie generalizate în măsura în care aceasta ar fi împotriva nevoilor individuale și în detrimentul unui pacient anumit.

Încălcarea dreptului la un tratament personalizat poate fi atunci când se administrează un medicament fără un diagnostic prealabil, sau în cazurile în care procedurile adecvate nu sunt utilizate în timp ce este stabilit diagnosticul. Pentru ca plângerea să reușească în instanță, este necesar de obținut în prealabil un aviz a unui expert medical competent.

Avocații trebuie să țină cont de faptul că violarea dreptului pacientului la informare și/sau dreptul la libera alegere poate deseori să provoace întrebări asupra respectării dreptului pacientului la tratamentul personalizat, care este în conexiune cu dreptul la libera alegere a pacientului bazat pe informarea adecvată asupra tratamentului propus.

Avocații vor avea nevoie să obțină expertiza/concluzia medicului, care va răspunde la întrebarea dacă tratamentul aplicat a corespuns necesităților și dorinței pacientului.

Avocații trebuie să noteze că fraza stipulată în Carta Europeană a Drepturilor Pacienților "pe cât de mult posibil" conține o limitare, care înseamnă că medicii profesioniști au dreptul la o marjă de eroare în stabilirea tratamentului personalizat, care depinde de standardele acceptate pentru fiecare caz în parte.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la tratament personalizat este direct conectat cu dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, Dreptul la nediscriminare și egalitate, descrise în Capitolul 2 (standarde internaționale) și Capitolul 3 (standarde regionale).

6.1.13 DREPTUL DE A SE PLÂNGE

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Pacientul are dreptul să se plângă oricând a suferit un prejudiciu sau o leziune în mod nejustificat, precum are și dreptul de a cere explicații.

Dreptul de a se plânge și/sau recursul în judecată este definit de legislația generală. Cu toate acestea, acest drept se articulează în mod special și în contextul sănătății, de asemenea.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** include un șir de articole care prevăd dreptul cetățenilor de a-și manifesta nemulțumirea:
 - Articolul 20 prevede dreptul oricărei persoane la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Nici o lege nu poate îngreuna accesul la justiție.
 - Dreptul la apărare este garantat prin Articolul 26.
 - Cetățenii au dreptul să se adreseze autorităților publice prin petiții formulate numai în numele semnatarilor, iar organizațiile legal constituite au dreptul să adreseze petiții exclusiv în numele colectivelor pe care le reprezintă. (Articolul 52)
 - Persoana vătămată într-un drept al său de o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, este îndreptățită să obțină recunoașterea dreptului pretins, anularea actului și repararea pagubei. (Articolul 53)
- ▶ **Legea contenciosului administrativ nr. 793 din 10.02.2000** garantează dreptul oricărei persoane care se consideră vătămată într-un drept al său, recunoscut de lege, de către o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, să se poată adresa instanței de contencios administrativ competente pentru a obține anularea actului, recunoașterea dreptului pretins și repararea pagubei ce i-a fost cauzată.
- ▶ **Legea nr. 190 din 19.07.1994 cu privire la petiționare** determină modalitatea de examinare a petițiilor cetățenilor Republicii Moldova, adresate organelor de stat, întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor în scopul asigurării protecției drepturilor și intereselor lor legitime. Petiționarul, care nu este satisfăcut de răspunsul primit la cererea prealabilă sau nu a primit un răspuns în termenul stabilit de lege, este în drept să sesizeze instanța de contencios administrativ competentă.
- ▶ **Conform Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, articolului 19 persoana poate ataca acțiunile și hotărârile nelegitime ale organelor de stat și ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea.

În cazul stării nesatisfăcătoare a sănătății în urma unei asistențe medicale necorespunzătoare, lucrătorii medicali trebuie să ia în considerare și să respecte dreptul pacientului de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum și repararea prejudiciului moral și material ce i s-a adus. (Articolul 36)
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului** prin Articolul 5 stabilește dreptul pacientului la asistența avocatului sau a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație; informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor, în modul stabilit de legislație; atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor

medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garanțarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație.

Capitolul 4 al Legii este consacrat protecției drepturilor pacientului și modului de realizare al acestui drept. Astfel art. 15 al Legii stabilește expres dreptul pacientului de a ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate. Pacientul se poate adresa cu o plângere împotriva acțiunilor prestatorilor serviciilor de sănătate în cazurile în care acțiunile acestora au dus 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. Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația.

- ▶ **Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, Articolul 33, alineatul 2** stipulează dreptul persoanei la repararea prejudiciilor morale și materiale aduse în urma infectării cu HIV. Modurile de soluționare a încălcărilor prevăzute în legislație sunt descrise în Capitolul 7 Ghid.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Ordinul Ministerului Sănătății nr. 303 din 06.05.2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există prevederi directe în acest sens.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate careva surse relevante suplimentare la acest capitol.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Petițiile parvenite către Ministerul Sănătății din partea populației cu privire la calitatea și volumul serviciilor medicale acordate în diferite instituții medicale, sunt analizate în termenii prevăzuți de legislația în vigoare, sunt create comisii care evaluează fiecare caz în parte și solicită expertiza unor specialiști independenți. Autorilor petițiilor le este răspuns în timp adecvat și aceștia sunt informați despre deciziile și măsurile luate de către administrația publică centrală și locală pentru soluționarea cazurilor. **(Ipotetic)**

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacienții se adresează, pe cale extrajudiciară, cu diferite plângeri către autoritățile abilitate pentru examinare și răspuns, însă, nu primesc nici un răspuns **(caz ipotetic)**.

3. Caz actual

- ▶ Cetățeană S. s-a adresat cu o plângere administrației spitalului în care a fost internată fiica ei, minoră, pe faptul că medicul curant a refuzat să-i prezinte la solicitare fișa medicală a copilului. Cetățeană S. a solicitat administrației cercetarea acestui caz și informarea ei despre rezultatele obținute. Ulterior, ea primește răspuns că administrația nu este competentă să examineze astfel de plângeri.

Cetățeanul a fost nevoită să se adreseze în instanța de judecată și să solicite copia fișei medicale. Spitalul a fost obligat să prezinte toată informația din fișa medicală mamei pacientei (**caz din practica autorului**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Dreptul constituțional de a depune o plângere se reflectă în legislația actuală. Prin urmare, este vitală analiza prealabilă a eficienței diverselor proceduri de reclamație și mijloacelor alternative pentru dreptul la compensare, împreună cu familiarizarea cu procesele existente de diferite forme de daune. Pe lângă depunerea unei plângeri în instanță, există proceduri administrative, cum ar fi aplicarea la agențiile de supraveghere și control sub egida Ministerului Sănătății. După consultarea cu clienții și deliberarea asupra intereselor clienților, avocatul ar trebui să decidă care metode și proceduri corespund cât mai bine nevoilor clienților. Aceste proceduri judiciare și alternative sunt dezvoltate în continuare în Capitolul VIII privind Procedurile Naționale.

Avocații trebuie să fie familiarizați cu toate căile posibile de atac ale acțiunilor sau inacțiunilor medicilor și să selecteze calea cea mai eficientă de realizare a intențiilor legale ale clientului, care va implica mai puțin timp și costuri mai reduse.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Descrierea standardelor internaționale și regionale relevante pentru dreptul la plângere o puteți găsi în Capitolul 2 cu referire la standardele internaționale ale drepturilor omului în sănătate și Capitolul 3 privind standardele regionale ale drepturilor omului în îngrijirea pacientului.

6.1.14 DREPTUL DE A FI COMPENSAT

A) DREPTUL STIPULAT ÎN CARTA EUROPEANĂ A DREPTURILOR PACIENTULUI

Pacientul are dreptul de a primi o compensație suficientă, într-o perioadă rezonabilă de timp, întotdeauna când a avut de suferit fizic, moral sau psihologic din partea unui serviciu de sănătate.

Legislația națională prevede dreptul pacienților de a solicita despăgubiri pentru prejudiciul cauzat în cadrul sistemului de sănătate. Cu toate acestea, singura posibilitate (sistem bine stabilit) pentru a fi compensat este prin instanța de judecată.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova**, prin Articolul 20 prevede dreptul la accesul liber la justiție. Orice persoană are dreptul la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995** prin articolul 19 prevede că fiecare persoană are dreptul la compensarea prejudiciului cauzat sănătății sale prin încălcarea regimului antiepidemic, a regulilor și a normelor sanitaro-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum și de acțiunile rău intenționate ale unor alte persoane.

- ▶ Pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la compensarea prejudiciilor aduse pacienților de către instituțiile medico-sanitare prin nonconformitatea tratamentului medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente neadecvate, care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitatea permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui.
- ▶ **Legea nr. 1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** prevede că asiguratorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient. (Articolul 14, pt. 2)
- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului** prin Articolul 5 aliniatul q, stabilește dreptul pacientului la despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației.
- ▶ Articolul 33, alin. 2 al **Legii cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007** stipulează că repararea prejudiciilor morale și materiale aduse persoanei în urma infectării cu HIV revine instituției medico-sanitare în care a fost infectată.
- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede dreptul persoanei de a-i fi reparat prejudiciul cauzat vieții sau sănătății în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe. (Articolul 22)
- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede că în cazul când sănătatea donatorului sau a recipientului a fost afectată din cauza nerespectării standardelor, condițiilor și modalităților legale de prelevare și transplant de organe, țesuturi și/sau celule, instituția medicală în cauză răspunde față de persoanele nominalizate în conformitate cu legea. (Articolul 31)
- ▶ **Codul Civil al Republicii Moldova** presupune răspunderea pentru prejudiciile cauzate în cadrul articolelor 1418-1424.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există nici o prevedere în acest sens.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există prevederi care ar stipula acest drept al pacientului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate careva surse relevante suplimentare la acest capitol.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacientul se adresează administrației spitalului X. cu o plângere privind acțiunile medicilor care i-au stabilit un tratament incorect, ceea ce a cauzat multiple consecințe negative pentru sănătatea sa. Pacientul solicită recuperarea tuturor cheltuielilor pentru tratament, precum și paguba morală cauzată. Administrația spitalului examinează plângerea, constată faptele invocate în plângere și compensează pacientul pentru suferințele care i-au fost cauzate și cheltuielile avute pentru tratament (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul V. suferă de o maladie a coloanei vertebrale. Este internat în mod planic pentru intervenție chirurgicală. Chirurgul comite o greșeală gravă în timpul operației, ceea ce duce la paralizia picioarelor pacientului. Pacientul, după consultarea suplimentară cu alți medici specialiști în domeniu, solicită administrației spitalului achitarea costurilor necesare pentru o intervenție chirurgicală suplimentară în cadrul căreia ar trebui reparată greșeala comisă de medic precum și compensarea prejudiciului. Administrația spitalului refuză să achite aceste costuri. Pacientul este nevoit să apeleze la instanța de judecată (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ **Curtea Europeană a Drepturilor Omului a acceptat înțelegerea amiabilă a părților în cauza G.N. și alții c. Italiei, din hotărârea din 13 martie 2001, care constă în plata de daune morale în cuantum de 2 324 056,05 EURO.**

Reclamanții, d-nul G.N., d-na G.S., d-nul D.C., d-na G.D.M., d-nul S.C., d-na E.S. și d-na D.C. sunt cetățeni italieni, rudele unor persoane care au decedat în urma infectării cu HIV și Hepatită C, după efectuarea unor transfuzii de sânge în cadrul serviciului național de sănătate publică în anii `80. În decizia inițială, Curtea a constatat faptul că Articolul 2 nu a fost încălcat sub aspectul obligației de a proteja viața. În schimb, CtEDO a decis că există o încălcare a termenului rezonabil de examinare a plângerilor reclamanților. Curtea a acordat victimelor câte 39 000 de EURO daune pecuniare, daunele morale de peste 2 milioane de EURO fiind oferite de statul italian ca parte a înțelegerii amiabile.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Avocații trebuie să se asigure în evaluarea costurilor pentru prejudiciile materiale suportate de pacient. Pentru evaluarea cuantumului pentru prejudiciile morale este necesară dispunerea unei expertize psihologice, care va stabili intensitatea suferințelor, stabilirea legăturii cauzale dintre suferințele cauzate și prejudiciile suportate.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Descrierea standardelor internaționale și regionale relevante pentru dreptul la compensație o puteți găsi în Capitolul 2 cu referire la standardele internaționale a drepturilor omului în sănătate și Capitolul 3 privind standardele regionale ale drepturilor omului în îngrijirea pacientului.

6.2 RESPONSABILITĂȚILE PACIENȚILOR

Drepturile pacientului sunt realizate în condițiile obligativității unor responsabilități stipulate prin lege.

6.2.1 RESPONSABILITATEA DE A AVEA GRIJĂ DE PROPRIA VIAȚĂ, SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATEA ALTOR PERSOANE

A) FIECARE PERSOANĂ ESTE RESPONSABILĂ PENTRU A AVEA GRIJĂ DE PROPRIA SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATEA CELOR DIN JUR

B) RESPONSABILITATE PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** în Articolul 18 prevede obligația populației, în scopul asigurării sănătății, de a poseda cunoștințe despre modul de viață sănătos, igiena individuală, alimentația rațională, prevenirea nașterii de copii cu malformații, a maladiilor, despre inadmisibilitatea abuzului de medicamente, despre simptomele bolilor și acordarea de prim ajutor medical, despre daunele alcoolului, stupefiantelor și substanțelor psihotrope.

Articolul 47 stipulează obligația părinților de a avea grijă de sănătatea copilului, de dezvoltarea lui prenatală și posibilitatea, de educația lui fizică, spirituală și morală, să-i cultive un mod sănătos de viață. Părinții, alți reprezentanți legali, la solicitarea unităților medico-sanitare, trebuie să prezinte copilul pentru examinare medicală și aplicare a măsurilor de profilaxie.

Bolnavii de tuberculoză în formă activă care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanțe narcotice sunt trimiși la tratament coercitiv, în modul prevăzut de legislația în vigoare. (Articolul 44)

Articolul 45 al Legii descrie responsabilitatea persoanelor cu boli venerice care se eschivează de la tratament. În caz de sustragere de la examenul medical și tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen și unui tratament coercitiv în staționarul de boli venerice. Persoanele care se sustrag de la examenul și tratamentul coercitiv după avertizarea făcută de unitățile medico-sanitare poartă răspundere, în modul stabilit de legislația în vigoare.

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prin Articolul 7 susține că pacientul trebuie:
 - să aibă grijă de propria-i sănătate și să ducă un mod de viață sănătos, excluzând acțiunile premeditate care dăunează sănătății lui și a altor persoane;
 - să întreprindă, în lipsa contraindicațiilor medicale, măsuri profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria-i sănătate și este un pericol social.
- ▶ **Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007**, prin Articolul 29 descrie obligația persoanelor depistate cu HIV. Persoanele seropozitive sunt avizate în scris de către instituția medico-sanitară despre necesitatea respectării regulilor de prevenire a răspândirii infecției HIV, precum și despre răspunderea penală pentru punerea intenționată în pericol de contaminare a altei persoane sau pentru infectarea intenționată a acesteia. Aceste persoane trebuie să dea dovadă de un comportament responsabil și inofensiv.

- ▶ **Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985-XV din 18.04.2002**, Articolul 212 prevede că în cazul când persoana este conștientă de faptul infectării sale cu HIV, dar pune în pericol premeditat de contaminare o altă persoană, se pedepsește cu închisoare de până la un an. Contaminarea cu HIV a unei persoane de către o persoană, care știa că este infectată se pedepsește cu închisoare de la 1 până la 5 ani, iar infectarea a două sau a mai multor persoane, sau a unui minor se pedepsește cu închisoare de la 3 până la 8 ani. Contaminarea cu HIV, ca urmare a neîndeplinirii sau a îndeplinirii necorespunzătoare de către un lucrător medical a obligațiilor sale profesionale, se pedepsește cu închisoare de până la 5 ani cu privarea de la dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pentru un termen de până la 3 ani.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- **Regulamentul privind modul de aplicare a tratamentului coercitiv persoanelor bolnave de tuberculoză contagioasă** aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 472 din 07.08.2009.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există careva prevederi specifice la acest capitol.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate careva surse relevante suplimentare la acest capitol.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacientul cu diabet zaharat, fiind conștient de starea sănătății sale, urmează toate recomandările medicului său, primește regulat tratamentul și respectă strict dieta prescrisă. Astfel, el evită agravarea bolii și dezvoltarea complicațiilor (**caz ipotetic**).
- ▶ Părinții unui copil bolnav de malabsorbție sunt conștienți că copilul are nevoie de o îngrijire specială, dieta specifică și hrană pregătită după anumite rețete. Părinții respectă recomandările specialiștilor, alimentează copilul conform prescripțiilor și astfel evită îmbolnăvirea gravă a copilului (**caz ipotetic**).
- ▶ Un bărbat seropozitiv preîntâmpină partenera sa sexuală despre statutul său HIV și aplică cu responsabilitate măsurile de prevenire a infectării (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul H. suferă de hipertensiune. Medicul i-a prescris tratament care trebuie administrat regulat, dietă și regim special. Pacientul a fost preîntâmpinat că trebuie să excludă consumarea băuturilor alcoolice, grăsimile și efortul fizic. Pacientul a ignorat recomandarea medicului, a folosit hrană bogată în grăsimi și a consumat alcool. Ca rezultat, pacientul a făcut o criză hipertonică cu hemoragie cerebrală (accident vascular cerebral), care a dus la paralizia părții drepte a corpului. Pacientul este imobilizat la pat, suferă mult de starea în care se află, provoacă suferință și cheltuieli mari pentru familia sa (**caz ipotetic**).
- ▶ Înainte de căsătorie tuturor tinerilor le este recomandat un control profilactic al stării sănătății. Domnul D. și domnișoara C. decid să se căsătorească și urmează această verificare la instituția medicală

de sector. Domnul D. primește rezultatul la testul HIV pozitiv, însă ezită să informeze partenera despre aceasta, fiindu-i frică că ea va refuza să se căsătorească. La domnișoara C. rezultatul testului este negativ. Peste doi ani de căsătorie, doamna C. trece o verificare a sănătății, fiind însărcinată. Testul HIV este pozitiv. Doamna C. cere soțului să treacă testul HIV, însă acesta refuză. Dumneaei se adresează în judecată (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Băiat, 12 ani, locuiește cu mama și bunica la periferia orașului. Copilul are o greutate de 85 kg, cu semne evidente de obezitate. Pediatriul a recomandat mamei de a iniția o dietă adecvată pentru alimentația copilului, dar ea refuză, spunând că își hrănește copilul cum știe mai bine. La a doua vizită doctorul a avertizat mama că Serviciul de Asistență Socială va fi notificat, deoarece ea este responsabilă pentru sănătatea copilului și vor fi luate măsuri specifice atunci când acțiunile ei pun în pericol viața copilului (**caz din practica autorilor**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Din lipsa de experiență în acest domeniu în țară în momentul scrierii acestui ghid, nu putem oferi careva sfaturi practice pentru juriști.

6.2.2 RESPONSABILITATEA PENTRU UN COMPORTAMENT ADECVAT ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE

A) ÎN CAZUL NERESPECTĂRII DE CĂTRE PACIENT A REGULILOR DE TRATAMENT ȘI DE COMPORTAMENT ÎNTR-O INSTITUȚIE MEDICO-SANITARĂ, NERESPECTARE CARE GENEREAZĂ DAUNE MATERIALE ȘI MORALE, ACESTA POARTĂ RĂSPUNDERE ÎN CONFORMITATE CU LEGISLAȚIA ÎN VIGOARE

B) RESPONSABILITATEA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prin Articolul 7 susține că pacientul trebuie:
 - să respecte regulile de comportament, stabilite pentru pacienți în instituția medico-sanitară, precum și recomandările medicului în perioada tratamentului ambulatoriu și a celui staționar;
 - să excludă utilizarea produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase, fără prescrierea și acceptarea de către medicul curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară;
 - să respecte drepturile și demnitatea altor pacienți, precum, și ale personalului medico-sanitar.
- ▶ **Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei nr. 153-XVI din 04.07.2008** stipulează că persoanele afectate de TBC au obligația să respecte recomandările medico-curative prescrise de personalul medical, regulamentul de ordine interioară al instituțiilor medicale specializate antituberculoase în perioada spitalizării, exigențele sanitaro-igienice pentru locurile publice și în condiții habituale, aprobate de Ministerul Sănătății. (Articolele 15, 16, 18) Aceste persoane nu trebuie să se eschiveze de la examenul

medical sau de la tratament, atunci când suportă o formă contagioasă sau o formă activă a tuberculozei. În caz de nerespectare a acestor prevederi aceste persoane vor purta răspundere contravențională.

- ▶ **Codul Contravențional nr. 218-XVI din 24.10.2008**, Articolul 76 prevede că eschivarea bolnavului de tuberculoză, eliminator de bacili de la tratament sau încălcarea regimului prescris se sancționează cu amendă de la 10 la 25 de unități convenționale*.

* O unitate convențională este egală cu 50 de lei MDL. Amenziile pot fi aplicate persoanelor fizice de la 1 până la 150 de unități convenționale, precum și persoanelor responsabile unităților juridice - de la 10 până la 500 de unități convenționale. Contravenientul are dreptul de a plăti jumătate din amenda plătită în cazul în care e achitată în termen de 72 de ore de la decizie. În acest caz, pedeapsa unei amenzi este pe deplin executată.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există nici o prevedere în acest sens.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există prevederi care ar stipula acest drept al pacientului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate careva surse relevante suplimentare la acest capitol.

F) EXEMPLE PRACTICE

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacienții respectă regulamentul instituției medicale. Acceptă vizitatorii doar în perioada stabilită. Servesc doar produsele admise de medic. Nu deranjează alți pacienți din instituție.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Un pacient este internat în spital în stare gravă. A fost tratat în secția de terapie intensivă, în care fiecare pacient se află în salon separat. Starea pacientului s-a ameliorat și acesta, conform regulamentul intern al instituției, trebuie transferat în secția terapeutică, în salon de 4 locuri. Pacientul refuză transferul, cerând să rămână în secția de terapie intensivă până la recuperarea totală și externare, argumentând că doar acolo primește tratamentul de care are nevoie. Pacientul încalcă regulile instituției și creează probleme pentru procedura de triaj a pacienților din cadrul spitalului (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Pacienta H., sarcină 24 săptămâni, se află internată în secția ginecologie cu pericol de avort spontan. Medicul i-a prescris tratament și regim la pat. În zilele de odihnă pacienta a plecat de sine stătător din spital acasă, fără a discuta cu medicul. Deplasarea în afara spitalului a agravat starea pacientei și duminică seara aceasta a fost adusă de către serviciul de urgență cu hemoragie puternică vaginală, avort spontan. Femeia a pierdut sarcina. Medicul curant a fost muștrat de către administrația instituției, deoarece femeia se afla oficial internată în spital, deci supravegherea stării ei de sănătate era în obligațiile medicilor. Nu au fost inițiate careva acțiuni legale (**caz din practica autorilor**).

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Din lipsa de experiență în acest domeniu în țară nu putem oferi careva sfaturi practice pentru juriști.

6.2.3 RESPONSABILITATEA DE A OFERI INFORMAȚII**A) PACIENTUL ARE RESPONSABILITATEA DE A OFERI INFORMAȚII DESPRE STAREA SA DE SĂNĂTATE PENTRU A PROTEJA VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA ALTOR PERSOANE****B) RESPONSABILITATEA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII**

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prin Articolul 7 susține că pacientul este obligat să comunice lucrătorului medical informații complete despre bolile suportate și despre cele curențe, despre maladiile sale care prezintă un pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sângelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor.
Pacientul trebuie să respecte măsurile de precauție în contactele cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii medicali, în cazul în care știe că suferă de o boală care prezintă un pericol social.
- ▶ **Codul Familiei al Republicii Moldova nr. 1316 – XIV din 26.10.2000**, în Articolul 11, pt. 2, stipulează că persoanele care doresc să se căsătorească sunt obligate să se informeze reciproc despre starea sănătății lor.
- ▶ **Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007**, Articolul 14 susține că orice persoană HIV-pozitivă este obligată să comunice statutul său HIV soțului (soției) sau partenerului.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există nici o prevedere în acest sens.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există prevederi care ar stipula acest drept al pacientului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate careva surse relevante suplimentare la acest capitol.

F) EXEMPLE PRACTICE**1. Exemple de complianță**

- ▶ Domnul K. a fost informat că testul la HIV este pozitiv. Pentru a evita stigmatizarea socială, el nu deschide acest diagnostic nimănui dintre prietenii săi sau rude. Totuși, el merge imediat la soție și îi

spune adevărul pentru ca și ea să efectueze testarea. Inițierea cât mai precoce a tratamentului anti-retroviral previne apariția complicațiilor urmate acestei infecții, din acest motiv este foarte important de efectuat testarea persoanelor aflate în grupul de risc **(caz ipotetic)**.

Nota autorilor:

Conform Ghidului Național de tratament și îngrijire a infecției HIV și SIDA, 2009, pacienții asimptomatici sunt tratați dacă nivelul celulelor CD4 < 350 pe mcl, la orice valoare a ARN HIV.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Locuitoarea unei localități rurale este depistată seropozitivă (infectată HIV). Femeia este căsătorită, dar se teme să discute despre aceasta cu soțul. Ea își continuă viața mai departe, are relații sexuale neprotejate cu soțul. Devine însărcinată și naște un copil, fără a preîntâmpina medicii obstetricieni că este HIV pozitivă.

Nota autorilor:

Menționăm că virusul HIV se transmite de la mamă la copil în special în timpul nașterii și, în cazul când medicii care primesc nașterea sunt preîntâmpinați că mama este HIV pozitivă, aceștia se străduiesc să reducă la maximum perioada timpului de contact al copilului cu sângele mamei.

- ▶ Mai mult ca atât, femeia continuă să alăpteze copilul la sân, chiar dacă cunoaște că virusul se transmite la copil prin laptele matern. Ea nu dorește să trezească suspiciuni prin faptul că nu alăptează **(caz ipotetic)**.

3. Caz actual

- ▶ Nu a fost identificat careva caz actual relevant la acest subiect.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Din lipsa de experiență în acest domeniu în țară nu putem oferi careva sfaturi practice pentru juriști.



7.1 DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

7.2 OBLIGAȚIILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

7

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

7.1 DREPTURILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

Această secțiune se concentrează pe drepturile furnizorilor de servicii medicale, inclusiv dreptul la condiții de muncă decente, dreptul la libera asociere, dreptul la un proces echitabil și alte drepturi specifice la nivel național. Conceptul de drepturi ale omului aplicate în contextul îngrijirii pacientului se referă la aplicarea principiilor generale de drepturile omului față de toți actorii implicați în furnizarea serviciilor de sănătate și recunoaște interdependența dintre drepturile pacienților și cele ale furnizorilor. Personalul medical nu poate oferi pacienților o îngrijire adecvată decât dacă drepturile lor sunt de asemenea respectate și pot lucra în condiții sigure și demne. Pentru fiecare drept descris în această secțiune, este oferită și o scurtă explicație despre modul în care dreptul se aplică furnizorilor de servicii de sănătate; se oferă o analiză a temeiului de drept din legislația țării, reglementări și coduri deontologice; sunt menționate exemple de conformitate și încălcări, precum și note practice pentru avocați în contextul litigiilor pentru protejarea acestor drepturi.

Baza legală pentru exercitarea profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice în Moldova

În calitate de prestator de servicii medicale poate apărea:

1. Unitatea medico-sanitară, este acea întreprindere, instituție, organizație care are ca gen de activitate acordarea de asistență medicală. Capacitatea juridică a unității medico-sanitare apare din momentul înregistrării de stat a acesteia. Totodată, pentru a putea desfășura activitatea de acordare a asistenței medicale, unitatea medico-sanitară urmează a fi acreditată în conformitate cu **Legea nr. 552 din 18.10.2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate**⁷²³, iar unitatea medico-sanitară privată urmează a fi suplimentar și licențiată conform **Legii nr. 451 din 30.07.2001 privind reglementarea prin licențiere a activității de întreprinzător**⁷²⁴.

Instituțiile medico-sanitare pot fi publice sau private, cu excepția celor care, în conformitate cu legislația în vigoare, nu pot fi decât publice (art. 4 al **Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**).

Legea nr. 845 din 03.01.1992 cu privire la antreprenariat și întreprinderi, în art. 10, alin. 3, stabilește unele tipuri de asistență medicală, a căror practicare constituie monopolul de stat și anume: supravegherea și tratamentul bolnavilor care suferă de narcomanie, a pacienților cu boli contagioase periculoase și deosebit de periculoase, inclusiv cu boli dermatovenerice infecțioase, precum și cu boli psihice în forme agresive și eliberarea avizelor corespunzătoare. De asemenea, exclusiv întreprinderilor de stat li se permite efectuarea expertizei pentru determinarea pierderii temporare sau stabile a capacității de muncă, precum și a examenelor și controalelor medicale periodice și preventive ale cetățenilor.

2. Medicul, este acea persoană fizică, cu capacitate deplină de exercițiu, care are studii superioare și post-universitare medicale și care a depus jurământul respectiv. **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** stipulează condițiile exercitării profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice în Republica Moldova (**Capitolul II Exercițarea profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice**). Procedura de autorizare a exercițiului profesiei medico-sanitare și farmaceutice este supravegheată de Ministerul Sănătății. Exercițiul profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice poate fi independent (libera practică) sau dependent.

Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic reglementează drepturile și obligațiile de bază ale lucrătorilor medicali, conținutul activității medicale, condițiile organizatorice și formele exercitării profesiei de medic, precum și cerințele față de persoana care dorește să practice profesia de medic. În conformitate cu Art. 4 al acestei Legi, profesiunea de medic poate fi exercitată de către orice persoană care întrunește cumulativ următoarele condiții:

- este cetățean al Republicii Moldova; are domiciliu sau drept de reședință în Republica Moldova;
- are studii superioare medicale complete: diplomă de studii superioare profil medicină, diplomă de licență la specializare, după absolvirea studiilor postuniversitare medicale, eliberate conform legislației Republicii Moldova în vigoare, diplomă de studii postuniversitare profil medicină obținută în altă țară, nostrificată de Ministerul Sănătății în conformitate cu standardul educațional în vigoare, dacă tratatele internaționale, la care Republica Moldova este parte, nu prevăd altfel;
- își perfecționează, pe parcursul întregii sale activități profesionale, cunoștințele teoretice și deprinderile practice conform regulamentelor elaborate și aprobate de Ministerul Sănătății, utilizând în acest scop toate posibilitățile accesibile;
- este apt, din punct de vedere medical, pentru exercitarea profesiei;
- nu este sub incidența restricțiilor și a incompatibilităților prevăzute de lege⁷²⁵.

Legislația în vigoare permite activitatea instituțiilor medicale pe inițiativă privată, fiind clar stipulate condițiile și documentele necesare pentru licențierea acestora, precum și condițiile în care licența poate fi sistată sau anulată (articolele 9¹, 9² din **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**).

723. Monitorul Oficial, 2001, nr.155-157, art.1234.

724. Monitorul Oficial, 2001, nr.155-157, art.1234.

725. Monitorul Oficial, 2005, nr.172-175, art. 839.

7.1.1 DREPTUL LA MUNCĂ ȘI PROTECȚIE SOCIALĂ

A) DREPTUL LA MUNCĂ ESTE UNUL DINTRE DREPTURILE FUNDAMENTALE ALE OMULUI CARE ASIGURĂ EXISTENȚA ȘI DEZVOLTAREA UNEI FIINȚE UMANE ȘI PRESUPUNE, ÎN ACELAȘI TIMP, VALORIFICAREA APTITUDINILOR FIZICE ȘI INTELLECTUALE, FAPT CE PERMITE OBTINEREA UNOR BENEFICII MATERIALE ȘI ÎNCADRAREA EI ULTERIOARĂ ÎN VIAȚA SOCIAL-POLITICĂ

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGIȘLAȚIA ȚĂRII

Activitatea salariaților din sistemul ocrotirii sănătății, ca și activitatea de muncă din oricare alte domenii, este coordonată de actele legislative și normative ale Republicii Moldova, care prevăd principiile de bază ale raporturilor de muncă, drepturile și obligațiile angajatorilor și ale salariaților.

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** (Articolul 43) proclamă că orice persoană are dreptul la muncă, la libera alegere a muncii și satisfăcătoare de muncă, precum și la protecția împotriva șomajului. Este garantat dreptul la negocieri în materie de muncă și aplicarea caracterului obligatoriu al convențiilor colective.
- ▶ Articolul 6 al **Codului Muncii al Republicii Moldova**⁷²⁶ definește *dreptul la muncă* ca fiind un drept al persoanei de a-și alege liber locul de muncă, profesia, meseria sau activitatea sa. În *Codul Muncii* sunt prevăzute anumite garanții sau/și compensații în caz de încetare a contractului individual de muncă. (Articolele 183, 184, 185, 186)

În *Articolul 86 al Codului* sunt descrise cazurile în care se poate realiza desfacerea contractului individual de muncă din inițiativă angajatorului.

Conform *Articolului 21 (alin. 2) al Codului Muncii al Republicii Moldova*, conducătorii instituției medicale au dreptul, în limita fondului de salarizare, să premieze angajații și să acorde ajutoare materiale, în baza unui Regulament despre premii și acordare a ajutorului material, elaborat de fiecare instituție în colaborare cu organul sindical, iar în lipsa acestuia – cu reprezentanții aleși de salariați.

- ▶ **Legea nr. 5-XVI din 09.02.2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați**, prevede că dreptul la muncă este asigurat fiecărui cetățean al Republicii Moldova indiferent de sex.
- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** prevede faptul că medicul este în drept să cunoască drepturile și obligațiile sale de serviciu. (Articolul 14) Astfel, fiecare specialist medical și farmaceutic are dreptul:
 - să fie asigurat cu loc de muncă după încheierea studiilor postuniversitare și să-și desfășoare activitatea medicală conform specializării și calificării obținute;
 - să fie remunerat conform funcției ocupate, gradului de calificare profesională, științifico-didactică, rezultatelor activității sale.
- ▶ Folosirea muncii forțate se interzice sub orice formă, conform prevederilor articolului 44 al **Constituției RM** și articolului 7 din **Codul Muncii RM**.
- ▶ În **Legea Fondurilor Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală**, pentru fiecare an respectiv, prevede calcularea salariului tarifar pentru categoria I de calificare, prin negocieri colective între Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină și Sindicatul de ramură „Sănătatea”, reieșind din mijloacele financiare disponibile pentru salarizare.

726. Aprobat prin *Legea nr.154-XV, din 28.03.2003*.

- ▶ Pentru susținerea tinerilor angajați, sunt prevăzute anumite mecanisme de motivare a acestora descrise în Articolul 11 al **Legii ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995**. Astfel, absolvenții studiilor postuniversitare de rezidențiat și ai învățământului mediu medical și farmaceutic care, imediat după absolvire, se angajează, conform repartizării, în orașe și în sate (comune), inclusiv din componența municipiilor Chișinău și Bălți, cu excepția celorlalte teritorii ale acestor municipii, în primii 3 ani de activitate, din contul bugetului de stat beneficiază de:
 - a) compensație a cheltuielilor pentru închirierea locuinței sau de locuință gratuită acordată de autoritatea administrației publice locale;
 - b) o indemnizație unică în mărime de 30 de mii de lei pentru medici și pentru farmaciști și 24 de mii de lei, pentru personalul medical și cel farmaceutic mediu, care se achită câte 7,5 mii lei, respectiv câte 6 mii lei după expirarea primei luni și, ulterior, la finele fiecărui an de activitate;
 - c) compensație lunară a costului a 30 de kW/oră de energie electrică și compensație anuală a costului unui metru cub de lemne și al unei tone de cărbuni, inclusiv în cazul încălzirii cu gaze.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- ▶ **Hotărârea de Guvern nr. 381 din 13.04.2006 cu privire la condițiile de salarizare a personalului din unitățile bugetare.**
- ▶ **Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1593 din 29.12.2003** prevede mecanismul de salarizare a angajaților din sistemul ocrotirii sănătății, inclusiv cu particularitățile și condițiile de calculare a remunerării salariaților în funcție de responsabilitatea și complexitatea sarcinilor, implicarea în funcții suplimentare administrative, volumul și calitatea muncii, precum și de nivelul de pregătire profesională și de rezultatele activității economico-financiare a instituției.
- ▶ **Regulamentul cu privire la acordarea unor garanții și compensații salariaților care îmbină munca cu studiile, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 435 din 23.04.2007** prevede anumite garanții și compensații în cazul în care salariații îmbină munca cu studiile. În cazul îmbinării muncii cu studiile în instituțiile de învățământ, superior și mediu de specialitate, salariații din instituțiile medicale și farmaceutice beneficiază de:
 - durată redusă a timpului de muncă – 35 de ore per săptămână;
 - concedii suplimentare plătite (păstrându-li-se 75% din salariul mediu la locul de muncă de bază) pentru sesiunea de reper, executarea lucrărilor de laborator și susținerea colocviilor și a examenelor – până la 30 de zile calendaristice anual; în perioada susținerii examenelor de licență sau a examenelor de absolvire – până la 30 de zile calendaristice; pentru elaborarea și susținerea proiectului (tezei) de licență, a tezei de master sau a lucrării (proiectului) de diplomă – până la 90 de zile calendaristice;
 - concediu neplătit, cu o durată de până la 15 zile calendaristice (salariații înscriși la examenul de admitere în instituțiile de învățământ, superior și mediu de specialitate);
 - concedii de odihnă anuale, până la începutul studiilor în instituțiile respective de învățământ (în baza cererii);
 - concedii anuale de odihnă anexate la concediile suplimentare, acordate salariaților (în baza cererii);
 - achitarea cheltuielilor de deplasare *tur-retur*, o dată per an, în mărime deplină, de unitatea în care sunt angajați, la prezentarea documentelor de călătorie, cu transportul feroviar și transportul auto public (cu excepția taximetrelor), a salariaților la instituția de învățământ în care își fac studiile pentru susținerea sesiunii de reper, executarea lucrărilor de laborator, susținerea colocviilor și a examenelor, precum și în cazul deplasării pentru susținerea proiectului (tezei) de licență și a examenelor de licență, pentru susținerea tezei de master sau a lucrării (proiectului) de diplomă și a examenelor de absolvire.

În cazul îmbinării muncii cu studiile în învățământul postuniversitar specializat (masterat), salariații din instituțiile medicale și farmaceutice beneficiază de:

- concediu suplimentar, cu o durată de până la 35 de zile calendaristice, păstrându-li-se 75% din salariul mediu la locul de muncă de bază, acordat anual în timpul studiilor (în baza cererii);
 - concediu suplimentar plătit, cu o durată de până la 90 de zile calendaristice, cu păstrarea a 75% din salariul mediu la locul de muncă de bază, pentru pregătirea și susținerea tezei de master;
 - acoperirea cheltuielilor de deplasare *tur-retur*, o dată per an, cu transportul feroviar și transportul auto public (cu excepția taximetrelor), în mărime deplină, de unitatea în care sunt angajați, la prezentarea documentelor de călătorie a salariaților, care își fac studiile în învățământul postuniversitar specializat, la instituția de învățământ în care își fac studiile.
- ▶ **Hotărârea de Guvern nr. 1345 din 30.11.2007 cu privire la acordarea facilităților tinerilor specialiști cu studii medicale și farmaceutice**

D) PREVEDERI ÎN CODUL DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic din Republica Moldova prevede că activitatea medicală poate fi desfășurată doar dacă personalul încadrat în aceasta are o pregătire și practică suficientă în domeniu. Lucrătorul medical sau farmaceutic poate folosi numai titlul la care are dreptul, conform pregătirii sale profesionale. (pt. 12, 14)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante acestui capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Soții S., după absolvirea instruirii prin rezidențiat sunt tineri specialiști medici licențiați. Doamna S. este medic de familie, domnul S. este chirurg. Soții primesc îndreptare, fiind repartizați de Ministerul Sănătății într-un raion. Soții sunt asigurați cu locuință și primesc indemnizațiile conform legislației în vigoare (**situație actuală**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Doamna P. A., după concediu de 3 ani pentru îngrijire a copilului, a decis să revină la serviciu în funcția de medic. Administrația instituției medicale a acceptat restabilirea în funcție, stabilindu-i un regim de muncă de 35 de ore pe săptămână cu o pauză de masă de 30 de minute pe parcursul unei zile de muncă și cu obligarea prestării a trei servicii de noapte pe săptămână. Doamna P. nu este de acord cu condițiile expuse de administrație, din cauză că are copil mic, și este convinsă că i-au fost încălcate drepturile. Nu au fost înaintate careva acțiuni legale (**caz din practica autorilor**).
- ▶ Domnul B. activând în calitate de medic neurolog în cadrul unei instituții medicale decide de a participa la concursul de admitere la Universitatea de Stat din Moldova la specialitatea Drept, cu frecvență redusă. Neinformând administrația instituției, el a plecat în timpul zilei de muncă pe parcursul la 2 ore, pentru a participa la concurs. A doua zi, la fel, a plecat pe o oră pentru a afla rezultatele concursului. După ce a fost admis la studii, el a depus o cerere către administrație solicitând să se respecte drepturile sale legate de îmbinarea muncii cu studiile și anume beneficierea de a i se achita

75% din salariul lunar pe perioada sesiunilor. Administrația i-a respins cererea și i-a acuzat de încălcarea obligațiilor de serviciu (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Personalul medical sau cel farmaceutic, ca și salariații din alte domenii, poartă răspundere *disciplinară, materială, administrativă și penală* în modul prevăzut de lege pentru încălcarea legislației muncii și a altor acte normative ce conțin norme ale dreptului muncii după cum este indicat în Articolul 38 al **Codului Muncii al Republicii Moldova**. Totodată, angajatul, în vederea îndeplinirii funcțiilor sale de serviciu, poate avea responsabilitate materială pentru bunurile care sunt puse la dispoziție de către angajator, fapt care este pe larg desfășurat în **Hotărârea Guvernului nr. 449 din 20.04.2004** despre aprobarea *Nomenclatoarelor funcțiilor deținute și lucrărilor executate de către salariații cu care angajatorul poate încheia contracte scrise cu privire la răspunderea materială individuală sau colectivă (de brigadă) deplină*.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dreptul la muncă, la libera alegere a muncii sale și la ocrotirea împotriva șomajului, inclusiv și cadrul regional pentru drepturile omului în asistența medicală sunt descrise în Capitolul 2 și 3 ale acestui Ghid.

7.1.2 DREPTUL LA CONDIȚII ADECVATE DE MUNCĂ

A) LUCRĂTORII MEDICALI AU DREPTUL SĂ FIE ASIGURAȚI CU CONDIȚII ADECVATE PENTRU A-ȘI DESFĂȘURA ACTIVITATEA PROFESIONALĂ CU RESPECTAREA REGULILOR ȘI TEHNOLOGIILOR DE ACORDARE A ASISTENȚEI MEDICALE

Activitatea în condiții de muncă decente este o condiție importantă pentru prestarea de servicii de înaltă calitate de către furnizorii de servicii medicale. Legislația națională acordă medicilor dreptul de a solicita condiții de lucru adecvate de la angajatorii lor. Mai mult, legislația generală obligă toți angajatorii de a garanta condiții de lucru sigure pentru angajații săi.

Lucrătorii medicali și cei farmaceutici sunt incluși în categoria de salariați care activează în condiții de muncă nefavorabile – grele și deosebit de grele, vătămătoare și deosebit de vătămătoare și se bucură de protecție socială.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** (Articolul 43) proclamă că orice persoană are dreptul la condiții echitabile și satisfăcătoare de muncă. Salariații au dreptul la protecția muncii. Măsurile de protecție privesc securitatea, igiena și regimul muncii, repaosul și odihna, precum și alte situații specifice. Este garantat dreptul la negocieri în materie de muncă și aplicarea caracterului obligatoriu al convențiilor colective.

- ▶ Conform Articolului 242 al **Codului Muncii al Republicii Moldova** și Anexei nr. 4 a **Convenției colective (nivel de ramură) pentru anii 2010-2013**, salariaților din unitățile medicale și farmaceutice, care activează în condiții nocive, li se atribuie alimentație de protecție a sănătății, cum ar fi: laptele dulce sau produsele echivalente laptelui (în volum de 500 ml) – chefirul, laptele acru etc. Se admite substituirea acestor produse cu sucuri naturale de fructe cu pulpă în cantitate de 250-300 ml.
În Articolul 241 al **Codului Muncii al Republicii Moldova**, se stipulează că angajatorul este obligat a distribui gratuit materiale igienico-sanitare de protecție.
- ▶ Articolul 4, pt. 3, al **Legii ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995** confirmă obligația fondatorilor instituțiilor medico-sanitare (curative, profilactice, epidemiologice, farmaceutice și de altă natură) pentru asigurarea lor financiară și tehnico-materială, pentru organizarea de asistență medicală și pentru calitatea ei.
- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic**, prin articolul 14, lit. b, prevede dreptul lucrătorului medical să fie asigurat cu condiții pentru a-și desfășura activitatea profesională cu respectarea regulilor și tehnologiilor de acordare a asistenței medicale.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Există un șir de acte normative care stipulează faptul că fiecare angajator este obligat a oferi condiții respective pentru desfășurarea activității salariaților, în vederea asigurării securității și a sănătății angajaților la locul de muncă:

- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 353 din 05.05.2010 cu privire la aprobarea cerințelor minime de securitate și sănătate la locul de muncă;**
- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 1335 din 10 octombrie 2002 privind Regulamentul cu privire la evaluarea condițiilor de muncă la locurile de muncă și modul de aplicare a listelor ramurale de lucrări pentru care pot fi stabilite sporuri de compensare pentru munca prestată în condiții nefavorabile;**
- ▶ **Hotărârea Guvernului nr. 1223 din 09.11.2004 privind aprobarea Nomenclatorului profesiilor și funcțiilor cu condiții de muncă vătămătoare.**
- ▶ *Lista-tip a lucrărilor și a locurilor de muncă în condiții grele și deosebit de grele, vătămătoare și deosebit de vătămătoare* aprobată prin **Hotărârea Guvernului nr. 1487 din 31.12.2004**. La această categorie pot fi atribuite orice funcție de medic, indiferent de denumirea lor, inclusiv medici-șefi, șefi de secții sau laboratoare, farmaciști, personal medical și farmaceutic cu studii medii speciale, personal medical inferior care activează în instituții medicale și farmaceutice de stat sau private. Reieșind din aceste considerente, legislația în vigoare stabilește înlesniri specifice și recompense pentru lucrătorii din domeniul ocrotirii sănătății. Pentru aceste categorii de persoane durata săptămânală redusă a timpului de muncă reprezintă durata deplină a muncii și urmează a fi retribuită în același quantum ca și munca salariaților, al cărui timp de muncă constituie 40 de ore per săptămână.
- ▶ Persoanelor angajate în lucrări cu condiții de muncă grele și vătămătoare din ramura ocrotirii sănătății, li se stabilesc sporuri de compensare, care se aprobă prin **Convențiile colective** încheiate în ramurile respective și prin contractele colective de muncă. Mărimile concrete ale sporurilor de compensare, în cuantumul negociat anual în **Convenția colectivă** (nivel național), se stabilesc în funcție de gradul de nocivitate al lucrărilor îndeplinite. Mecanismul de stabilire a sporurilor este descris în **Regulamentul cu privire la evaluarea condițiilor de muncă la locurile de muncă și modul de aplicare a listelor ramurale de lucrări pentru care pot fi stabilite sporuri de compensare pentru munca prestată în condiții nefavorabile**, aprobat prin **Hotărârea Guvernului nr. 1335 din 10 octombrie 2002**.

- ▶ Prin acordul Ministerului Sănătății, al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și al Sindicatului de ramură „Sănătatea” a fost semnată Hotărârea comună cu privire la **Convenția colectivă** (nivel de ramură) pentru anii 2010-2013, prin care a fost aprobată **Lista-tip a ramurilor „Sănătate și protecție socială” a lucrătorilor și a locurilor de muncă cu condiții grele și deosebit de grele, vătămătoare și deosebit de vătămătoare**, pentru care salariaților li se stabilesc sporuri de compensare în mărimi fixe.
- ▶ În **Nomenclatorul profesiilor și funcțiilor cu condiții de muncă vătămătoare aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1223 din 09.11.2004** și în **Instrucțiunea cu privire la aplicarea în practică a Nomenclatorului profesiilor și funcțiilor cu condiții de muncă vătămătoare**, aprobată prin **Ordinul MS nr. 366 din 07.12.2004** sunt descrise sporurile și compensațiile prevăzute pentru personalul medico-sanitar, care activează în condiții de muncă vătămătoare. Astfel, această categorie de angajați, beneficiază de o durată zilnică redusă a timpului de muncă în săptămâna de muncă de cinci zile lucrătoare de la 5 ore până la 8 ore, un concediu suplimentar plătit exprimat în zile calendaristice (de la 4 până la 28 de zile calendaristice) la durată minimă a concediului anual, plătit în mărime de 28 de zile calendaristice. Durata timpului de muncă a unei ture nu poate fi mai mare de 12 ore. În scopul asigurării asistenței medicale continue, se permite tura de 24 de ore pentru personalul de gardă, cu acordul scris al salariaților.
- ▶ Conform Anexei nr. 1 a **Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală** aprobat prin **Hotărârea Guvernului nr. 1593 din 29.12.2003**, suplimentul de plată pentru munca prestată în timp de noapte, într-un șir determinat de instituții medico-sanitare publice și subdiviziuni ale lor, constituie 100% din salariul tarifar (de funcție) pentru fiecare oră lucrată noaptea. Conducătorii instituției de comun acord cu Comitetul sindical aprobă lista concretă a funcțiilor angajaților, cu evidența condițiilor de muncă în instituția respectivă, pentru care se stabilește suplimentul 100% din salariul tarifar pentru fiecare oră lucrată noaptea. În cazurile în care în instituție nu va fi aprobată o listă concretă a funcțiilor, suplimentul de plată pentru munca prestată în timp de noapte va constitui 50 la sută din salariul tarifar (de funcție) pentru fiecare oră lucrată noaptea. **Convenția colectivă** (nivel de ramură) pentru anii 2010-2013, la fel, include asemenea tip de prevederi.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Administrația instituțiilor medicale este responsabilă de organizarea unor condiții și circumstanțe de muncă care ar duce la încălcarea normelor morale și de comportament din partea angajaților. Această obligație este descrisă în **Capitolul XV (Responsabilitatea factorilor de decizie)** al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic**. Factorii de decizie din cadrul instituției, împuterniciți cu funcții de control sau administrare, trebuie să ia măsurile necesare pentru prevenirea cazurilor de încălcare a normelor de conduită a angajaților.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Echipamentul în departamentul de radiologie din policlinici este verificat frecvent (conform standardelor) și plasat adecvat pentru a proteja personalul medical de radiație, care le poate afecta sănătatea (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ În instituțiile medicale din mediul carceral prevalența maladiilor infecțioase este mult mai înaltă decât în instituțiile medicale civile. În lipsa unor condiții adiționale pentru asigurarea protecției personalului medical care oferă asistență persoanelor din detenție, există un risc mărit de infectare a medicilor în realizarea funcțiilor de serviciu (**exemplu ipotetic**).
- ▶ Angajații unei instituții medicale activează timp de doi ani fără încălzire adecvată a birourilor pe întreaga perioadă rece a anului. În astfel de condiții este imposibil de făcut examinarea adecvată a pacienților care se adresează pentru servicii. Administrația explică că nu sunt surse financiare pentru a schimba sistemul de încălzire, care este defectat. Din cauza aflării îndelungate în încăperi reci, personalul medical este frecvent bolnav (**exemplu real, dar neraportat**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Pentru a evalua conformitatea, juriștii trebuie să recurgă la regulamentele relevante pentru asigurarea sănătății și securității și la informații cu privire la modul în care aceste reglementări au fost interpretate de organisme de monitorizare.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Prevederile dreptului la muncă în condiții decente sunt descrise în Capitolul 2 și 3 dedicate Cadrului internațional și regional pentru drepturile omului în sănătate.

7.1.3 DREPTUL LA INDEPENDENȚĂ PROFESIONALĂ

A) DREPTUL LA LIBERTATEA PROFESIONALĂ INCLUDE LIBERTATEA PRESCRIPTIILOR ȘI ACTELOR MEDICALE CARE SPECIALISTUL LE CONSIDERĂ NECESARE ÎN LIMITELE STANDARDELOR APROBATE

Dreptul la judecata profesională independentă oferă profesioniștilor din sănătate posibilitatea de a lua decizii în mod independent, fără orice influență nejustificată, în beneficiul pacientului.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGIȘLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Libertatea opiniei și a exprimării este declarată în Articolul 32 , pt. 1, al **Constituției Republicii Moldova** care susține că oricărui cetățean îi este garantată libertatea gândirii, a opiniei, precum și libertatea exprimării în public prin cuvânt, imagine sau prin alt mijloc posibil.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prin Articolul 15 prevede că lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici au dreptul de apărare contra intervenției unor persoane sau autorități ale administrației publice, în exercițiul profesiei, excepție făcând cazurile de culpă profesională.

Legea prevede că lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici poartă răspundere pentru incompetența profesională și încălcarea a obligațiilor profesionale, conform legislației în vigoare. (Articolul 14)

- ▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005** stipulează că profesiunea de medic poate fi exercitată independent (*libera practică*) sau în cadrul unei instituții medicale de stat. (Articolul 11) Medicului i se garantează independența morală și profesională. (Articolul 15, pt. 2, lit. e)
- ▶ În **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală**, articolul 21 se stipulează independența medicului psihiatru în acordarea de asistență psihiatrică. Medicul psihiatru a cărui opinie nu coincide cu hotărârea comisiei medicale are dreptul să dea un aviz separat, care se anexează la documentația medicală.
O latură specifică a activității medicale este dreptul personalului medico-sanitar **în situații de urgențe și în cazuri extreme**.
- ▶ În Articolul 24 al **Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** se susține că în cazul când viața pacientului este în pericol, medicul sau un alt lucrător medical poate folosi gratuit, în modul stabilit, orice tip de vehicul pentru a se deplasa la bolnav sau pentru a-l transporta la unitatea medico-sanitară proximă.
- ▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005** susține dreptul lucrătorului medical să folosească fără restricții orice mijloc de transport din contul statului, pentru exercitarea de urgență a obligațiilor profesionale, în funcție de situații concrete. (Articolul 15, lit. g)
N.B. Legea nu spune în mod implicit că acestea au autoritatea de a "lua" mașina cuiva de a călători, dar se înțelege că acestea pot lua un vehicul privat, de la un cetățean privat în acest scop (consultare cu MS).

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu sunt careva reglementări speciale la acest capitol.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic susține că medicul se bucură de independență profesională, libertatea prescripțiilor și actelor medicale care le consideră necesare în limitele standardelor aprobate, fiind responsabil de deciziile luate. (Aliniatul 11)

Recomandările și prescripțiile clinice trebuie să se bazeze pe dovezi științifice. În cazul aplicării unor metode noi, trebuie să primeze interesul pacientului, iar aceste nu pot fi utilizate decât după evaluarea raportului risc-beneficiu. (Aliniatul 53)

Lucrătorii medicali nu trebuie să accepte ca obligațiile stipulate în contractele lor de muncă să le afecteze independența profesională în luarea unor decizii medicale. (Aliniatul 67)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Un medic indică un test suplimentar celor indicate în Protocolul Clinic Național standard deoarece are dubii cu referire la diagnosticul și tratamentul ulterior al pacientului. Medicul argumentează recomandarea sa în fața unui consiliu de medici, prin descrierea complexității cazului (**exemplu ipotetic**).
- ▶ Un medic este de față în momentul unui accident rutier grav. Sunt câțiva pacienți răniți cu pericol pentru viață care au nevoie de asistență specializată urgentă. Medicul martor la accident oprește un autovehicul și solicită să fie asistat pentru transportarea răniților la spitalul cel mai apropiat (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Un medic recomandă o procedură înalt costisitoare unui pacient, reieșind din diagnosticul maladiei de care suferă. Pentru a primi această procedură este nevoie de aprobarea administrației instituției. Managerul refuză să semneze documentul de aprobare din motive financiare (se presupun cheltuieli prea mari din contul instituției) și solicită medicului să își schimbe tactica tratamentului prin alegerea unor metode mai puțin costisitoare. Medicul refuză să își schimbe decizia, argumentând că această procedură este ceea ce anume îi trebuie acestui pacient, reieșind din starea sănătății lui. Managerul amenință medicul că, în caz dacă acesta va insista pe această tactică, va fi privat de salariul premial de la sfârșitul anului. Medicul este pus în fața dilemei de a alege în beneficiul pacientului în detrimentul propriului beneficiu (**exemplu real, dar neraportat**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Nu se înregistrează o experiență bogată în protecția pe acest capitol, de aceea nu putem oferi careva sfaturi practice juriștilor.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea secțiunile privind Dreptul la integritate, Dreptul la nediscriminare și egalitate și Dreptul la un proces echitabil în Capitolul 2 și Capitolul 3.

7.1.4 DREPTUL LA PERFEȚIONAREA CONTINUĂ A CUNOȘTINȚELOR PROFESIONALE

A) LUCRĂTORII MEDICO-SANITARI ȘI FARMACEUTICI AU DREPTUL ȘI SUNT OBLIGAȚI SĂ-ȘI PERFEȚIONEZE CONTINUU CUNOȘTINȚELE ȘI ABILITĂȚILE PROFESIONALE, PE PARCURSUL ÎNTREGII ACTIVITĂȚI

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Codul Muncii al Republicii Moldova**, în Articolul 212, definește *formarea profesională continuă* ca orice proces de instruire, în cadrul căruia un salariat, având deja o calificare ori o profesie, își completează cunoștințele profesionale prin aprofundarea cunoștințelor într-un anumit domeniu al specialității de bază sau prin deprinderea unor metode sau procedee noi aplicate în cadrul specialității respective.

Obligația perfecționării continue se referă la angajator, în a asigura condiții necesare și a favoriza formarea profesională a acestuia; și la salariat, în special lucrătorul medical și cel farmaceutic, în a-și perfecționa continuu cunoștințele teoretice și practice în domeniu. În acest scop, instituția medico-sanitară sau cea farmaceutică publică sau privată este obligată să aloce cel puțin 2 la sută din fondul de salarizare al unității (dacă contractul colectiv de muncă nu prevede altceva) pentru formarea profesională a lucrătorilor medicali sau celor farmaceutici. Această categorie de salariați sunt obligați, o dată la minimum 5 ani, să-și perfecționeze cunoștințele teoretice și practice prin reciclare în cadrul instituțiilor sau al facultăților de perfecționare, precum și în alte instituții din țară și de peste hotare.

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** stipulează că după absolvirea instituțiilor de învățământ superior medicii și farmaciștii fac o pregătire post-diplomă, de regulă gratuit. Organizarea reciclării ține de competența organelor din sistemul sănătății, fiind desfășurată pentru lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici o dată la 5 ani, în instituții sau facultăți de perfecționare, în alte instituții din republică și de peste hotare. Managerii instituțiilor din sistemul sănătății sunt obligați să creeze lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici condiții pentru perfecționarea cunoștințelor profesionale. (Articolul 10)

Persoanele care nu au exercitat activitatea de medic sau de farmacist mai mult de 3 ani și care doresc să se întoarcă în activitate, sunt obligate să își actualizeze cunoștințele în instituții de perfecționare sau în alte instituții, urmând să li se autorizeze ulterior exercițiul profesiunilor medico-sanitare sau farmaceutice de către Ministerul Sănătății. (Articolul 9)

- ▶ Dreptul de a-și îmbunătăți nivelul de pregătire profesională și a trece atestarea este menționat în Articolul 14, lit. c, din **Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI, din 27.10.2005**. Pentru menținerea calificării și ridicarea nivelului de pregătire și de responsabilitate profesională, medicii sunt supuși atestării cu o periodicitate de cel puțin 5 ani, în vederea stabilirii gradului de calificare. (Articolul 12)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Modalitatea de atestare a lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici este stabilită de Ministerul Sănătății care elaborează documente ce descriu detaliat procedura și condițiile de formare continuă a lucrătorilor medicali din sistem. Printre care menționăm:

- *Ordinul MS nr. 75 a-p § 1, din 02 iunie 2011 cu privire la atestarea medicilor și farmaciștilor*
- *Ordinul MS nr. 59 – p § 2, din 04 mai 2011 cu privire la atestarea personalului medical și farmaceutic cu studii medii de specialitate*
- *Ordinul MS nr. 58-p § 1, din 03 mai 2011 cu privire la cuantificarea creditelor pentru educația medicală continuă*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic prevede că lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să-și dezvolte și să-și perfecționeze continuu cunoștințele și abilitățile profesionale, pe parcursul întregii sale activități. Autoinstruirea este o responsabilitate importantă și permanentă a membrilor comunității medicale și farmaceutice. (Aliniatul 51)

Lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să fie model de comportament etico-profesional, tinzând mereu să-și perfecționeze nivelul profesional și moral și să ridice autoritatea și prestigiul profesiei medicale pentru a merita stima și încrederea pacienților și a colegilor săi. (Aliniatul 52)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de compliantă

- ▶ Managerul instituției medicale prevede în bugetul anual al instituției linie de finanțare a stagiilor și cursurilor de perfecționare a angajaților săi. Se duce o evidență din partea serviciului resurse umane pentru referirea angajaților la cursuri de reciclare. Solicitarea unor angajați de a fi finanțați pentru cursuri de perfecționare a cunoștințelor sau de a li se permite participarea la stagii/specializări este susținută de către administrația instituției. Aceasta este convinsă că astfel de măsuri sunt benefice pentru creșterea calității serviciilor de asistență medicală prestate în instituție (**exemplu din practica autorilor**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Administrația instituției medicale impune personalul medical să treacă cursurile de reciclare (obligatorii conform ordinelor MS) din cont propriu, cu luarea unor concedii neplătite; sunt interzise sau sunt create intenționat bariere pentru participarea medicilor la stagieri și simpozioane științifice (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Nu există careva evidență la acest capitol ca să putem oferi sfaturi practice juriștilor.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea compartimentul privind dreptul la integritate, libertatea de a nu fi discriminate și dreptul la un proces echitabil.

7.1.5 DREPTUL LA LIBERĂ ÎNTRUNIRE ȘI ASOCIERE PAȘNICĂ

A) LUCRĂTORII MEDICALI AU DREPTUL DE A CREA, A ADERA ȘI A PARTICIPA ÎN DIFERITE ASOCIAȚII. CAPACITATEA LUCRĂTORILOR DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII DE A FORMA, DE A SE ALĂTURA, ȘI A PARTICIPA ÎN ASOCIAȚII, FĂRĂ INTERFERENȚE EXCESIVE, ESTE CRITIC PENTRU CAPACITATEA LOR DE A-ȘI APĂRA DREPTURILE ȘI A OFERI SERVICII ADECVATE

Dreptul de a forma și de a adera la asociații este un drept general al fiecărui cetățean al Republicii Moldova. Există diferite prevederi în legislația sănătății, care pun în aplicare rolul asociațiilor profesionale în stabilirea standardelor profesionale și asigurarea calității serviciilor de sănătate.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ Libertatea întrunirilor și de asociere la diferite partide sau organizații social-politice, precum și libertatea de a adera la sindicate pentru protecția intereselor profesionale sunt descrise în articolele 40, 41 și 42 ale **Constituției Republicii Moldova**.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** susține dreptul lucrătorilor medicali de a se asocia în organizații, ligi, uniuni, societăți profesionale și în alte asociații, pentru a-și apăra drepturile profesionale și sociale. (Articolul 16).
- ▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005** prevede că pentru apărarea drepturilor și intereselor lor, medicii sunt în drept să se asocieze, pe principii benevole, conform legislației cu privire la organizațiile necomerciale, în asociații profesionale locale, centrale și internaționale, în baza calității de membru individual sau colectiv, și să le înregistreze în modul stabilit de lege. (Articolul 16 pt. 1)

Articolul 5 (punctele 2, 3) al acestei legi stipulează că medicul, indiferent de forma de proprietate a instituției medicale în care activează, poate conlucra cu organizații profesionale și obștești din domeniul sănătății publice, cu parteneri sociali, cu autorități publice.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu sunt careva reglementări specifice aplicate în acest context.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Comitetele de etică sunt o formă de întrunire a specialiștilor, în scopul promovării corectitudinii în activitatea lucrătorilor medicali și a bunei imagini profesionale. Activitatea acestor structuri este descrisă în *Capitolul XIV (Comitetele de etică, bioetică)* al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic**.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ În Republica Moldova sute de medici sunt membri ai diferitor asociații profesionale și ONG fără careva restricții (ex.: Liga medicilor, Asociația medicilor de familie, Asociația Urologilor, Asociația Chirurgilor etc.) **(situație actuală)**.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Chiar dacă asociațiile profesionale au dreptul de a participa în activități de dezbateri și decizie în domeniul managementului sistemului sănătății, unele organizații sunt deprivat de această oportunitate din cauza unor obstacole administrative și proceduri birocratice complicate **(exemplu ipotetic)**.
- ▶ Domnul U. este medic într-un centru medical privat. Domnul U. dorește să aplice pentru a adera ca membru al unei asociații profesionale cunoscută ca fiind foarte activă în domeniul protecției drepturilor medicilor, promovează activ reputația profesională și demnitatea medicală. Pentru a fi membru, domnul U. are nevoie de un certificat de la serviciu pentru confirmarea activității sale profesionale. Administrația centrului medical refuză să ofere un astfel de certificat argumentând că aderarea domnului U. la această asociație nu îi va fi un beneficiu și că această dorință nu este justificată. Domnul U. nu a contestat acest refuz din frica că poate pierde locul de muncă **(caz real, dar neraportat)**.

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Nu există careva evidență la acest capitol ca să putem oferi sfaturi practice juriștilor.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea secțiunile privind Libertatea de Asociere în Capitolul 2, dedicat cadrului internațional al drepturilor omului în sănătate, și în Capitolul 3, cu referire la cadrul regional al drepturilor omului în sănătate.

7.1.6 DREPTUL LA PROTECȚIE

A) FURNIZORII DE SERVICII DE SĂNĂTATE SUNT SUBIECTI POTENȚIALI PENTRU O SERIE DE PROCEDURI CIVILE ȘI ADMINISTRATIVE - MĂSURI DISCIPLINARE, ACUZAȚII DE NEGLIJENȚĂ MEDICALĂ, MĂSURI ADMINISTRATIVE, CUM AR FI AVERTISMENTE, MUSTRĂRI, SUSPENDAREA ACTIVITĂȚILOR ETC. - ȘI AU DREPTUL DE A SE BUCURA DE UN PROCES CUVENIT ȘI DE AUDIERE ECHITABILĂ

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGIȘLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** prevede dreptul fiecărei persoane la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești competente împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Nici o lege nu poate îngreuna accesul la justiție. (Articolul 20)

Prezumția nevinovăției este declarată în **Constituție** prin Articolul 21: "Orice persoană acuzată de un delict este prezumată nevinovată până când vinovăția sa va fi dovedită în mod legal, în cursul unui proces judiciar public, în cadrul căruia i s-au asigurat toate garanțiile necesare apărării sale".

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** stabilește că modul de apărare a drepturilor din exercițiul profesiei, de reparare a prejudiciului adus lucrătorilor medico-sanitari și farmaceutici este stabilit de lege. (Articolul 13)
- ▶ Dreptul exercitării profesiei de medic este protejat de stat. **Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI, din 27.10.2005** în Articolul 15 prevede că întru apărarea drepturilor sale profesionale și cetățenești, medicul este în drept:
 - a) să apeleze la organele de drept naționale și internaționale conform legislației în vigoare;
 - b) să ceară soluționarea de către instanța contenciosului administrativ a unui litigiu generat de un act administrativ, fie de nesoluționarea în termene legale a unei cereri privind recunoașterea unui drept consfințit de lege, în care cealaltă parte este o autoritate publică sau un funcționar al acestei autorități, potrivit legislației în vigoare;
 - c) să i se repare prejudiciul cauzat prin vătămare a sănătății în legătură cu activitatea profesională specifică în condiții de permanent risc pentru sănătate și viață;
 - d) să apeleze la susținerea organizațiilor neguvernamentale întru apărarea drepturilor și intereselor profesionale;
 - e) să i se garanteze independență morală, economică și profesională, protecție socială;
 - f) să fie susținut de angajator la etapa examinării în instanță a litigiilor în cazul exercitării activității conform reglementărilor în vigoare.

N.B. Legea nu precizează media daunelor reparate.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Ordin MS nr. 52 – p § 5, din 20 aprilie 2011 cu privire la subdiviziunea resurse umane din instituțiile medico-sanitare

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Nu există careva relații specifice în contextul acestui drept.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Medicul G. a fost dat în judecată fiind acuzat de neglijență în realizarea unei intervenții chirurgicale. Medicul a fost informat imediat despre acest fapt, primind o notă informativă atât pe adresa de do-

miciliu, cât și pe cea de la serviciu. Procedurile judiciare s-au desfășurat cu respectarea standardelor unui proces echitabil (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Cetățeanul D. a decedat la câteva ore după primirea unor medicamente prescrise de medicul V. Familia cetățeanului D. a înaintat acuzații în instanța de judecată, presupunând o greșeală medicală gravă din partea medicului V. în prescrierea tratamentului. Cazul este puternic mediatizat cu oferirea detaliilor despre identitatea și locul de muncă a medicului V. Însăși medicul V. a aflat despre acuzații din o emisiune difuzată de un canal TV național.

După investigarea cazului s-a demonstrat că decesul cetățeanului D. nu a fost motivat de tratamentul administrat, iar prescrierile medicului au fost totalmente în conformitate cu protocolul clinic în domeniu. Însă, drept urmare a acestui caz au fost lezate imaginea și onoarea medicului V. (**exemplu ipotetic**).

- ▶ Un spital se confruntă cu problema unui buget insuficient pentru funcționare (din cauza unor planificări inițiale ineficiente). Administrația spitalului impune neoficial și informal personalul medical angajat de a lua, prin rotație și din cont propriu, câte o lună de concediu (neplătit).

Deși un astfel de concediu este aparent voluntar, în realitate, aceasta este o decizie unilaterală impusă, fără oportunitate de atac din partea angajaților nemulțumiți. Angajații îndeplinesc condiția impusă de administrație din frica de a nu fi pedepsiți (**caz real dar neraportat**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Pentru instituțiile medicale, dreptul la un proces echitabil este unul de mare importanță, deoarece aceste instituții pot fi inculpate potențial prin numeroase plângeri. Din perspectiva legislației din domeniul sănătății, dreptul la un proces echitabil se referă la existența unor proceduri transparente, rapide și eficiente, care ar exclude admisibilitatea unor reclamații nelegale și furnizarea de soluții pentru astfel de reclamații.

Orice încălcare a dreptului la un proces echitabil este considerat ca violarea Articolului 6 al Convenției Europene privind Drepturile Omului. În acest caz, avocații ar trebui să evalueze dacă procedurile stabilite de legislația națională răspund la criteriile de procedură ale instanțelor de judecată liberă, imparțială. Astfel de criterii sunt stabilite în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

Dispozițiile generale la un proces echitabil sunt stipulate în:

- Articolul 2 (3) și 14 (1) al Pactului internațional pentru drepturi civile și politice;
- Articolul 6 și 13 ale Convenției Europene a Drepturilor Omului.
- În vederea libertății de expresie:
- Articolul 19 (3) al Pactului internațional pentru drepturi civile și politice, prin care se limitează expresia liberă în vederea protecției drepturilor și reputației altor persoane;
- Articolul 10 (2) al Convenției Europene a Drepturilor Omului.

Descrierea standardelor internaționale și regionale relevante protecției dreptului la proces echitabil și protecție în Capitolul 2 și Capitolul 3.

7.1.7 DREPTUL DE A REFUZA ASISTENȚA UNUI PACIENT

A) MEDICUL ESTE ÎN DREPT SĂ REFUZE EFECTUAREA INTERVENȚIEI MEDICALE, DIN MOTIVE BINE ÎNTEMEIATE. ÎN CAZUL CÂND MEDICUL NU POATE OFERI ASISTENȚA MEDICALĂ PACIENTULUI CONFORM SOLICITĂRII, ACESTA ESTE OBLIGAT SĂ ÎL READRESEZE UNUI ALT SPECIALIST CU CALIFICAREA CORESPUNZĂTOARE NECESITĂȚILOR PACIENTULUI

Medicul nu poate refuza să ofere servicii de îngrijire unui pacient în situații de urgență. Acest drept este limitat la cazurile în care nu există nicio urgență și este posibil să se asigure continuitatea asistenței medicale sau dacă ar exista riscuri considerabile pentru sănătatea și viața lucrătorului medical în furnizarea de servicii.

B) DREPTUL PREVĂZUT ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic**, în Articolul 18, pt. 3, susține că medicul este în drept a refuza asistența unui pacient în următoarele cazuri:
- în lipsa unei competențe profesionale în domeniu sau a posibilităților tehnico-medice necesare efectuării intervenției medicale;
 - în cazul unor contradicții între efectuarea intervenției medicale și principiile etico-morale ale medicului;
 - în cazul imposibilității creării unui contact terapeutic cu pacientul.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva reglementări adiționale în acest context.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic stipulează în Aliniatul 17 că lucrătorul medical și farmaceutic nu poate fi obligat să-și exercite profesia în condiții ce ar putea compromite calitatea îngrijirilor medicale și a actelor sale profesionale, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale vitale.

Lucrătorul medical poate refuza efectuarea unui act medical din motive personale sau profesionale te-meinice numai după ce va îndrepta pacientul la alt lucrător medical, cu excepția situațiilor de urgență. Lucrătorul medical este obligat să pună la dispoziția colegului care preia pacientul toate informațiile medicale referitoare la cazul respectiv. (Aliniatul 66)

Lucrătorul medical și farmaceutic nu poate fi implicat în realizarea unor acte degradante pentru ființa umană. (Aliniatul 20)

Lucrătorul medical va refuza să efectueze vreo procedură care poate aduce prejudicii pacientului sau îl pot face vulnerabil în anumite situații. (Aliniatul 67)

Orice medic este liber, conform propriilor convingeri, să refuze fără a da explicații cererea de întrerupere voluntară a sarcinii. (Aliniatul 93) Atenționăm că această afirmație este valabilă în cazul când sarcina nu prezintă risc pentru viața femeii care solicită efectuarea avortului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Medicul ginecolog A. refuză solicitarea cetățenei H. de a-i întrerupe sarcina în termen acceptat de legislația în vigoare (până la 12 săptămâni). Refuzul medicului este întemeiat pe propriile convingeri morale și religioase. Medicul A. recomandă pacientei să se adreseze la colega sa de serviciu, ginecolog de aceeași categorie și calificare, care efectuează astfel de intervenții. Medicul A. face toate înscrierile necesare în fișa medicală și programează pacienta pentru consultare la colega de serviciu (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ În timpul nopții cu serviciul de urgență este adusă la spital în secția de ginecologie o femeie de 25 de ani cu acuze la dureri acute în abdomen, hemoragie vaginală abundentă. Femeia spune că este însărcinată, termen de 10 săptămâni. Ginecologul de serviciu recunoaște această pacientă, cunoscând că în trecut aceasta a oferit servicii sexuale, a utilizat droguri și că este infectată HIV. Medicul de serviciu refuză să facă careva manipulații și proceduri femeii internate, din motive personale. Menționăm că este unicul ginecolog de serviciu în instituție (**exemplu colectat de practică autorilor**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Deoarece este un domeniu slab studiat în țară nu putem oferi careva sfaturi practice juriștilor la acest capitol.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea secțiunile privind Dreptul la Integritate, Dreptul la Nediscriminare și Egalitate în Capitolul 2 și Capitolul 3.

7.2 OBLIGAȚIILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE

Obligațiile și responsabilitățile personalului medical și ale celui farmaceutic includ momentele generale stipulate în actele legislative și normative de bază (ex.: *Codul Muncii*) cum ar fi: să respecte prevederile contractului individual de muncă; să respecte regimul de muncă și disciplina de muncă din cadrul unității în care activează; să-și îndeplinească conștiincios atribuțiile de funcție; să facă examenul medical la angajare etc. În același timp, există un șir de acte legislative și normative care reglementează nemijlocit specificul activității profesionale din sistemul ocrotirii sănătății.

7.2.1 OBLIGAȚIA DE A OFERI ASISTENȚĂ MEDICALĂ

A) MEDICUL ESTE OBLIGAT SĂ OFERE ASISTENȚĂ TUTUROR PERSOANELOR, CU EXCEPȚIA CAZURILOR STIPULATE DE LEGISLAȚIA ÎN VIGOARE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind Dreptul la acces, în Capitolul 6 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacienților în legislația națională.

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** garantează dreptul cetățenilor la ocrotirea sănătății. Minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit. (Articolul 36)
- ▶ Conform **Legii nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității**, Articolul 8, litera b, se interzice orice formă de discriminare privind accesul persoanelor la serviciile de asistență medicală și alte servicii de sănătate.
- ▶ **Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** prevede că asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem, garantat de stat, de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiuni). Între asigurator și instituția medicală se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform căruia instituția medicală se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenul prevăzute în **Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală**.

Copiii de până la 18 ani, parturientele, gravidele și lăuzele, mamele cu patru și mai mulți copii sunt persoane asigurate pentru asistență medicală din contul statului. (Articolul 4, pt. 4) Această facilitate a fost preluată și detaliată în *Programul Unic*. Ca urmare, sarcina, nașterea și lăuzia au fost incluse în lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală.

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, în Articolul 20 prevede că statul, în conformitate cu prevederile Constituției, garantează minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova, care cuprinde:
 - a) măsurile profilactice antiepidemice și serviciile medicale în limita programelor naționale prevăzute în bugetul de stat;

- b) asistența medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital, când sunt necesare una sau mai multe intervenții realizate atât prin intermediul serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, de asistență medicală primară acordată de medicul de familie, cât și prin structurile instituțiilor medico-sanitare de tip ambulatoriu sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și mijloacelor bugetului de stat pe anul respectiv;
- c) asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, precum și asistența medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform unei liste stabilite de Ministerul Sănătății;
- d) asistența medicală, prevăzută în Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, persoanelor asigurate, inclusiv celor neangajate în câmpul muncii, pentru care plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală este statul.

Categoriile de pacienți care beneficiază de acces gratuit la diferite servicii de sănătate sunt descrise în Capitolul 6.

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că asistența medicală antituberculoasă este garantată de stat, care se bazează pe principiile respectării demnității persoanei, confidențialității, gratuității și accesibilității. Finanțarea asistenței medicale antituberculoase se efectuează din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, de la bugetul de stat, din contul mijloacelor financiare provenite din granturi, donații și din alte surse, acordate în conformitate cu legislația în vigoare. (Articolul 12)

Măsurile de profilaxie a tuberculozei se realizează în mod prioritar în categoriile vulnerabile: copii, imigranți, solicitanți de azil, refugiați, beneficiari de protecție umanitară, deținuți, în alte categorii defavorizate. (Articolul 8, pt. 6)

Pentru prevenirea răspândirii tuberculozei și pentru depistarea ei precoce, toate persoanele sunt supuse, la angajare în muncă, unui examen medical profilactic în modul și termenele stabilite de Ministerul Sănătății. (Articolul 13)

- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic**, în Articolul 5, litera a, prevede că activitatea de medic include acordarea de asistență medicală în caz de îmbolnăvire sau accidentare a pacientului, indiferent de sex, vârstă, apartenență națională și rasială, stare socială și materială, viziune politică și confesională, religie, limbă, opinie.

Obligația medicului este de a asigura tratamentul până la însănătoșirea pacientului sau până la trecerea lui în îngrijirea unui alt medic. În executarea obligațiilor sale profesionale, medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. (Articolul 17)

- ▶ Conform **Legii cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007** statul asigură accesul gratuit al persoanelor HIV pozitive la tratamentul ARV și la cel al maladiilor oportuniste conform indicațiilor clinico-imunologice. Persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA li se asigură asistență medicală în baza Programului Unic de asigurare obligatorie de asistență medicală, conform legislației în vigoare. (Articolul 19)

Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu statut HIV pozitiv în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective. (Articolul 25)

Conform articolului 30 al Legii, conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice, departamentale și private sunt obligați să asigure condițiile necesare pentru prevenirea infectării cu HIV a pacienților:

- a) în timpul examinărilor instrumentale și de laborator, inclusiv al testării la marcherii HIV, al efectuării intervențiilor chirurgicale, ginecologice, stomatologice, al procedurilor și manoperelor medicale și cosmetologice;
- b) la transfuzia sângelui, componentelor și preparatelor de sânge.

În articolul 18 al Legii este stipulat că Protocoalele naționale pentru tratamentul persoanelor cu HIV/SIDA garantează accesul la serviciile medicamentoase și de spitalizare, ce includ:

- a) diagnosticarea și tratamentul infecției HIV/SIDA, al maladiilor oportuniste, al infecțiilor cu transmitere sexuală, al altor infecții și complicații;
- b) servicii de laborator;
- c) tratament de urgență;
- d) asistență psihologică;
- e) asistență socială;
- f) tratament paliativ.

▶ În **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** este prevăzut că prin asigurarea realizării, de către orice persoană, a drepturilor sale la reproducere, statul garantează respectarea drepturilor omului și ale cetățeanului, precum și a legalității, umanității, confidențialității și atitudinii respectuoase față de persoană, care să excludă umilirea demnității umane.

▶ Conform **Legii nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului**, Articolul 4, trebuie asigurat accesul copilului la folosirea celor mai bune tehnologii de tratament și recuperare, profilaxie a bolilor. În cazul în care părinții refuză asistența medicală pentru copilul bolnav, aceasta se acordă contrar voinței lor, la decizia consiliului de medici, luată în prezența reprezentantului puterii.

Statul trebuie să asigure mamei, în perioada pre- și postnatală, condiții necesare pentru dezvoltarea sănătoasă a copilului, pentru alimentarea lui rațională și inofensivă, asistență medicală calificată și gratuită, organizarea măsurilor de profilaxie a bolilor, de propagare a unui mod de viață sănătos.

▶ **Legea nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** interzice discriminarea persoanelor cu dizabilități în ce privește asistența medicală, asigurarea medicală (obligatorie și facultativă), asigurarea de viață, examenul medical complex anual, măsurile de profilaxie, educația sanitară și obținerea informațiilor cu caracter personal despre starea sănătății. În cadrul asistenței medicale, persoanele cu dizabilități beneficiază, de asemenea, de vizite la domiciliu, având drept scop satisfacerea deplină a tuturor necesităților socio-medice ale acestora, necesități determinate de tipul și gradul de dizabilitate, în conformitate cu legislația în vigoare. În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, Guvernul are calitatea de asigurat pentru persoanele încadrate în grad de dizabilitate, precum și pentru unele categorii de îngrijitori, în conformitate cu legislația în vigoare. (Articolul 42)

▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mintală** în Articolul 16 descrie volumul asistenței psihiatrice garantate de stat, care include:

- a) asistență psihiatrică de urgență;
- b) asistență consultativă, terapeutică, psihoprofilactică, de reabilitare în condiții extraspitalicești și de staționar;
- c) toate tipurile de expertiză psihiatrică, constatarea incapacității temporare de muncă;
- d) asistență psihiatrică în caz de calamitate naturală și de catastrofă;
- e) asistență comunitară în domeniul sănătății mintale.

Finanțarea activității instituțiilor și a persoanelor care acordă asistență psihiatrică, în proporții care să asigure nivelul garantat și calitatea înaltă a acestei asistențe, se efectuează din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale prestate în cadrul Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul respectiv, mijloacelor obținute din prestarea serviciilor cu plată neincluse în Programul Unic, altor surse obținute în corespundere cu legislația în vigoare (granturi, sponsorizări, donații etc.), mijloacelor bugetului de stat, în corespundere cu legea bugetului de stat pe anul respectiv. (Articolul 17)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- *Hotărârea de Guvern nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală*
- *Hotărârea Guvernului nr. 184 din 29.03.2012 "pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală"*
- *Hotărârea "pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007", nr. 1099 din 02.12.2010*
- *Hotărârea privind crearea și activitatea comisiilor pentru examinarea adresărilor cetățenilor Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stânga Nistrului (Transnistria) din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul, nr. 906 din 24.09.2010*
- *Hotărârea cu privire la aprobarea unor acte normative, nr. 1015 din 05.09.2006*
- *Hotărârea cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală nr. 1636 din 18.12.2002*
- *Hotărârea despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, nr. 594 din 14.05.2002*
- *Hotărârea cu privire la unele măsuri pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, nr. 1432 din 07.11.2002*
- *Ordinul nr. 1021/206 din 29.12.2011 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 695 cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova din 13.10.2010*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) a lucrătorului medical și farmaceutic prevede obligația lucrătorului medical și farmaceutic de a apăra sănătatea fizică și mintală a omului, de a promova un mod sănătos de viață, de a preveni îmbolnăvirile și de a ușura suferințele, de a respecta dreptul la viață și demnitate a ființei umane, fără discriminări de vârstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie, politică sau din orice alt motiv, atât în timp de pace cât și în timp de război. (Aliniatul 7)

Din momentul în care a răspuns unei solicitări, lucrătorul medical și farmaceutic este automat angajat moral să asigure bolnavului îngrijiri calificate, inclusiv prin îndreptarea pacientului la o unitate medicală sau la un specialist cu competențe superioare. (Aliniatul 15)

Lucrătorul medical, solicitat sau obligat să acorde asistență medicală unei persoane private de libertate, inclusiv din mediul carceral, nu poate să provoace, direct sau indirect, sau să favorizeze atingerea integrității fizice sau psihice a vreunui deținut, inclusiv a demnității acestuia. Dacă lucrătorul medical sau farmaceutic va observa că persoana în detenție se află într-o situație vulnerabilă, una din obligațiile morale și profesionale medicale va fi intervenția în sprijinul și protejarea persoanei deținute. (Aliniatul 19)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Populația, care teritorial se atribuie Centrului medicilor de familie din localitatea I., beneficiază de volumul întreg de servicii de sănătate stipulat în pachetul asigurărilor medicale. Persoanele, din diferite grupuri de vârstă, sunt invitate la control profilactic de către medicii de familie, se oferă consultații specializate conform necesităților pacienților care se adresează. Tuturor celor asigurați se oferă tratamente compensate sau parțial compensate (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ O tânără familie și-a schimbat locul de trai în altă localitate. Familia are copil mic, frecvent bolnav. Ei se adresează după asistență la centrul medicilor de familie din localitate, dar li se comunică că pot primi asistență doar contra plată, deoarece sunt înscrși în baza de date a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină după medicul de familie de la locul de trai precedent. Ei sunt informați că vor putea beneficia de asistență gratis doar începând cu anul următor, când vor fi făcute modificările în listele populației deservite de medicii de familie. Astfel, familia a fost informată că, odată cu schimbarea locului de trai, au pierdut pentru un an posibilitatea de a se deservi din sursa asigurărilor obligatorii pentru sănătate (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Este un domeniu cu experiență insuficientă la nivel juridic, din acest motiv nu putem oferi careva sfaturi specifice juriștilor.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind dreptul la viață, dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, dreptul de a nu fi discriminat și la echitate, descrise în Capitolul 2 și Capitolul 3, dedicate cadrului internațional și regional al drepturilor omului în sănătate.

7.2.2 OBLIGAȚIA DE A ACORDA ASISTENȚĂ ÎN CAZURI DE URGENȚĂ ȘI ÎN SITUAȚII EXCEPȚIONALE

A) FURNIZORII DE SERVICII DE SĂNĂTATE SUNT OBLIGAȚI SĂ ASIGURE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN CAZURI DE URGENȚĂ TUTUROR PERSOANELOR CARE SE ADRESEAZĂ, INDIFERENT DE CAPACITATEA PERSOANEI DE A PLĂTI

Această obligație este strâns legată de dreptul pacientului de a avea acces la servicii de sănătate.

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** garantează dreptul cetățenilor la ocrotirea sănătății. Minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit. (Articolul 36)
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prin Articolul 24 asigură tuturor persoanelor asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață (accidente, îmbolnăviri acute grave etc.). Asistența medicală urgentă se acordă și de unitățile medico-sanitare proximale, indiferent de tipul de proprietate și forma de organizare juridică. Persoanelor le este garantată asistența medicală în situații extreme (calamități, catastrofe, avarii, îmbolnăviri și intoxicații de masă, iradiere cu raze ionizante și neionizante, poluare abundentă a mediului etc.). Acordarea de asistență medicală în astfel de cazuri este efectuată de unități medico-sanitare teritoriale și de brigăzi speciale de mobilizare permanentă, formate de Ministerul Sănătății.
- ▶ Lucrătorii medico-sanitari și farmaceutici sunt obligați să acorde primul ajutor medical de urgență, în drum, pe stradă, în alte locuri publice și la domiciliu, indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației în orice oră de zi sau noapte. (**Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, Articolul 24, pt. 4; **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic**, Articolul 17, litera g)
- ▶ **Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice** stabilește principiile de bază ale asigurării sanitaro-epidemiologice a populației care sunt întreprinse cu scopul de a menține sănătatea, de a preveni sau a combate apariția și răspândirea bolilor contagioase, necontagioase și profesionale, intoxicațiilor, dependente de factorii nocivi din mediul înconjurător, din sfera de producție, habitat, instruire și de comportamentul uman.
- ▶ **Legea nr. 271 din 09.11.1994 cu privire la protecția civilă** stabilește principiile fundamentale de organizare a protecției civile în Republică, sarcinile ei, cadrul juridic al activității în acest domeniu a autorităților publice, întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor, indiferent de tipul de proprietate și forma organizațional-juridică, precum și a cetățenilor.
- ▶ **Legea nr. 212 din 24.06.2004 privind regimul stării de urgență, de asediu și de război** stabilește temeiurile, modul și condițiile declarării stării de urgență, de asediu sau de război, competența autorităților care o declară, măsurile ce se aplică în perioada stării de urgență, de asediu sau de război, precum și drepturile, obligațiile și răspunderea persoanelor juridice și fizice în această perioadă.
- ▶ **Legea nr. 93 din 05.04.2007 Serviciului Protecției Civile și Situațiilor Excepționale** stabilește cadrul juridic, principiile de activitate, atribuțiile, obligațiile și drepturile efectivului Serviciului Protecției Civile și Situațiilor Excepționale, precum și condițiile îndeplinirii serviciului/activității în subdiviziunile lui.
- ▶ Neacordarea de asistență medicală urgentă fără motive întemeiate din partea personalului medical (persoane care, în virtutea legii sau a regulilor speciale, sunt obligate să îl acorde) este considerată drept o încălcare gravă și se pedepsește cu o amendă în mărime de la 200 până la 500 de unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 100 până la 240 de ore. Aceeași faptă care a provocat din imprudență: a) o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății; b) decesul bolnavului se pedepsește cu închisoare de până la 5 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pentru un termen de până la 3 ani. (**Codul Penal al Republicii Moldova din 18.04.2002, Articolul 162**)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- Hotărârea de Guvern nr. 1076 din 16.11.2010 cu privire la clasificarea situațiilor excepționale și la modul de acumulare și prezentare a informațiilor în domeniul protecției populației și teritoriului în caz de situații excepționale, publicat în Monitorul Oficial nr. 227-230 din 19.11.2010

- *Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 556 din 10.10.96 cu privire la protecția sanitară a teritoriului Republicii Moldova de importul și răspunderea bolilor infecțioase convenționale și extrem de periculoase stabilește măsurile de stat în vederea diminuării pericolului importului și răspândirii infecțiilor convenționale și extrem de periculoase pe teritoriul Republicii Moldova.*
- *Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 919 din 30.08.2005 cu privire la Comisia extraordinară antiepidemică republicană determină sarcinile principale, modul de organizare și funcționare al Comisiei extraordinare antiepidemice republicane privind coordonarea activității organelor administrației publice centrale și locale, instituțiilor, organizațiilor și întreprinderilor, în scopul localizării și lichidării complicațiilor epidemice condiționate de apariția și răspândirea bolilor infecțioase și neinfecțioase.*
- *Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 961 din 21.08.2006 cu privire la aprobarea Regulamentului rețelei naționale de observare și control de laborator asupra contaminării (poluării) mediului înconjurător cu substanțe radioactive, otrăvitoare, puternic toxice și agenți biologici stabilește obiectivele controlului radioactiv, chimic și biologic al mediului înconjurător, modul de organizare și componența rețelei naționale de observare și control de laborator, precum și sarcinile acesteia în situații excepționale.*
- *Ordinul Ministrului Sănătății cu privire la Comisia pentru Situații Excepționale a Ministerului Sănătății din 12.02.2010*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 457 cu privire la planificarea asistenței medicale populației în situații excepționale din 10.12.2007*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 528 cu privire la aprobarea Ghidului privind elaborarea Planului de pregătire și răspuns a spitalului la situații excepționale din 04.06.2012*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 556 cu privire la categorisirea spitalelor în funcție de gradul de implicare al acestora în acțiunile de răspuns la urgențe de sănătate publică din 11.06.2012*
- *Ordinul Ministrului Sănătății nr. 57 cu privire la implementarea Programului național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015 din 25.01.2012. Ordinul Ministerului Sănătății 841/2010, anexa nr. 3, prin care sunt stabilite criteriile de transfer interclinic al pacientului critic în cadrul Serviciului regionalizat de asistență medicală urgentă și terapie intensivă la copii.*
- *Ordinul Ministerului Sănătății 841/2010, anexa nr. 4, în baza căruia este elaborat regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea secției de primire urgentă a pacienților care se prezintă la spital. Secția de primire urgentă asigură asistență urgentă și calitativă în termeni oportuni și volum deplin în regim de 24/24 de ore.*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic descrie obligațiile morale ale profesioniștilor medicali în situații de urgență în Capitolul IX.

Lucrătorul medical și farmaceutic, care se află lângă un pacient rănit sau în pericol, are obligația să-i acorde asistență la nivelul posibilităților momentului și locului sau să se asigure că acesta primește îngrijirile necesare.

În caz de pericol de moarte, lucrătorul medical va rămâne lângă pacient atât timp cât e nevoie de ajutorul lui profesional.

În caz de calamități naturale sau accidentări în masă, lucrătorul medical și farmaceutic este obligat să răspundă la chemare, chiar să-și ofere benevol serviciile sale profesionale imediat ce a luat cunoștință despre eveniment.

În caz de forță majoră sau situații excepționale, lucrătorii medicali nu au dreptul să-și abandoneze bolnavii, cu excepția cazului când autoritatea competentă permite acest lucru printr-un ordin emis în conformitate cu legea.

În situațiile de urgență, când este pusă în pericol viața pacientului, iar acesta nu-și poate exprima voința și rudele sau reprezentanții săi legali nu pot fi contactați, consimțământul va fi considerat implicit, iar lucrătorul medical va face tot posibilul pentru a salva viața pacientului, urmând ca acesta să fie informat ulterior despre amplasarea actului medical efectuat.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacientul Ș. s-a adresat pentru ajutor de urgență la o unitate medicală cu o traumă gravă (fractura ambelor picioare) ca rezultat al unui accident rutier din apropierea acestei instituții medicale. Medicii de gardă i-au acordat asistență, însă pentru unele servicii pacientului i-au fost cerute plăți neformale. Pacientul a plătit însă, ulterior, a contestat pe seama acestei situații. Instanța a impus instituția să ramburseze toate plățile ilegale efectuate în acordarea asistenței de urgență (**caz ipotetic**).

Nota autorilor:

Astfel de cazuri evidente sunt rare. Spre deosebire de situațiile în care sunt cauzate vătămări fizice persoanei, de multe ori este dificil a dovedi o cerere pentru o plată ilegală. Cel mai frecvent, responsabilitatea pentru oferirea asistenței medicale de urgență gratis este încălcată de către unii furnizori de servicii medicale prin a lua bani de la pacient sau prin solicitarea ca pacientul să procure medicamente sau alte materiale necesare tratamentului. De fapt, acest fel de cazuri sunt foarte greu de dovedit.

2. Exemple de încălcare

- ▶ O femeie tânără a fost adusă la serviciul de urgență, în secția de gardă cu dureri abdominale acute. Femeia are semne de ebrietate. Este neîngrijită și are urme de injecții pe mâini, ceea ce face medicii să presupună că este utilizatoare de droguri. Este lăsată să aștepte în secția de internare până dimineața, deoarece medicii de gardă nu vor să o asiste. Ea nu este însoțită de nimeni, nu are acte de identitate și nici bani. Peste câteva ore starea pacientei se înrăutățește, toate eforturile ulterioare de a o resuscita sunt fără efect. Femeia a decedat. Nu au fost întreprinse careva acțiuni legale ulterioare (**caz colectat din practica autorului**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURIȘTI

Atunci când acordă consultanță pacienților în legătură cu responsabilitățile furnizorilor de servicii de sănătate descrise anterior și drepturile conexe ale pacientului, este important pentru avocați să-și amintească următoarele: în cazurile de pericol pentru viața și/sau de sănătatea unei persoane, furnizorii de asistență medicală sunt obligați să ofere servicii de îngrijire medicală de urgență pentru toată lumea, indiferent de disponibilitatea unor garanții de remunerare pentru asistență sau de alte circumstanțe. Neacordarea asistenței medicale de urgență de către medic va duce la răspunderea prevăzută de lege, cu excepția cazului în care există motive întemeiate de contrare, astfel cum este prevăzut mai sus.

Este important să se facă distincție între obligațiile legale și non-legale, în ceea ce privește răspunderea, deoarece poate exista o datorie morală de a acționa, chiar dacă cadrul legal imperativ va categoriza situația ca o excepție.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, Dreptul de a nu fi discriminat și la echitate, descrise în Capitolul 2 și Capitolul 3, dedicate cadrului internațional și regional a drepturilor omului în sănătate.

7.2.3 OBLIGAȚIA DE A FURNIZA SERVICII CALITATIVE

A) FIECARE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE ESTE OBLIGAT SĂ ASIGURE CALITATEA ADECVATĂ SERVICIILOR OFERITE

Această obligație este strâns legată de următoarele drepturi ale pacientului: dreptul la tratament în timp util, dreptul la respectarea standardelor de calitate, dreptul la siguranță, dreptul la inovare, dreptul de a evita suferințe și dureri inutile, precum și dreptul la tratament personalizat.

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Legea nr. 105-XV privind protecția consumatorilor din 13.03.2003** descrie relațiile dintre prestatorii de servicii și consumatori, cu posibilitatea de a fi aplicată și în contextul raportului de furnizare de servicii de sănătate.
- ▶ Conform **Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** persoanele fizice și persoanele juridice au dreptul să fondeze instituții medico-sanitare (curative, profilactice, epidemiologice, farmaceutice și de altă natură) și poartă răspundere pentru asigurarea lor financiară și tehnico-materială, pentru organizarea de asistență medicală și pentru calitatea ei, conform legislației în vigoare. (Articolul 4, pt. 3)
 Lucrătorii medico-sanitari și cei farmaceutici poartă răspundere pentru incompetență profesională și pentru nerespectarea obligațiilor profesionale. (Articolul 14, pt. 3)
 În cazul stării nesatisfăcătoare a sănătății în urma unei asistențe medicale necorespunzătoare, lucrătorii medicali trebuie să ia în considerare și să respecte dreptul pacientului de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum și repararea prejudiciului moral și material ce i s-a adus. (Articolul 36)
- ▶ **Legea nr. 552 din 11.10.2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate** stabilește principiile și procedura de evaluare și acreditare a sistemelor de asigurare a calității serviciilor prestate de către instituțiile și întreprinderile medico-sanitare și farmaceutice.
- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** descrie un șir de obligații ale medicului pentru a asigura calitatea serviciilor medicale. Printre principiile generale ale exercitării profesiei de medic sunt competența, responsabilitatea profesională a medicului și înzestrarea lui cu înalte calități etico-morale, precum și respectarea principiului "nu dăuna". (Articolul 3, lit. b)
 Astfel, medicul este obligat să-și perfecționeze în permanență cunoștințele profesionale; să evite îmbolnăvirile iatrogene; 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. (Articolul 18, pt. 1)

Medicul este obligat să evite îmbolnăvirile iatrogene. Prin boli iatrogene se interpretează maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale a medicului sau îmbolnăvirile produse de către medici, farmaciști și de către cadrele medicale cu studii medii, consecutive riscului medical previzibil sau imprevizibil. (Articolul 17, lit. d)

Medicul nu poate împiedica pacientul în alegerea unui alt medic curant. (Articolul 19, pt. 3)

Conform Articolului 8 al acestei legi profesia de medic nu poate fi compatibilă cu alte situații, și anume:

- a) cu activitatea farmaceutică: prin prepararea, eliberarea, distribuirea și comercializarea produselor farmaceutice și parafarmaceutice;
- b) cu orice activitate sau ocupație care diminuează sau aduce prejudicii demnității profesionale și încalcă codul deontologic;
- c) cu starea de sănătate necorespunzătoare profilului medical, atestată prin certificat medical, eliberat conform legislației;
- d) cu folosirea cunoștințelor medicale în defavoarea sănătății pacienților sau cu scop criminal.

Nu poate exercita profesiunea de medic:

- a) persoana care a fost condamnată pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni, în împrejurări legate de exercitarea profesiunii de medic;
- b) persoana careia i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesiunea de medic, pe o durată stabilită prin hotărâre judecătorească definitivă;
- c) persoana care a fost declarată, prin hotărâre judecătorească, având capacitate de exercițiu restrânsă ori incapacabilă;
- d) persoana care nu deține diplomă de licență la specializare sau certificat de absolvire a internaturii, rezidențiatului sau secundariatului clinic.

- ▶ **Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr. 263-XVI din 27.10.2005** în Articolul 5, litera q, stipulează că legislația în vigoare prevede dreptul pacientului la despăgubire a daunelor aduse sănătății.
- ▶ **Legea nr. 1585-XIII din 27.02.98 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală** prevede că toate instituțiile medicale din sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală trebuie să aibă licențe și certificatele de acreditare respective. (Articolul 4, pt.6) Asiguratorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul Unic, acordate necalitativ sau insuficient. (Articolul 14, pt. 2) **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** prevede că printre principiile de bază a realizării drepturilor la reproducere este asigurarea calității și accesibilității serviciilor privind ocrotirea sănătății reproductive. (Articolul 8)
- ▶ **Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007**, Articolul 33, pt. 2, stipulează că repararea prejudiciilor morale și materiale aduse persoanei în urma infectării cu HIV revine instituției medico-sanitare în care aceasta a fost infectată. Astfel, se conturează rolul major al administrației instituțiilor medico-sanitare de a organiza acordarea asistenței medicale în strictă conformitate cu legislația în vigoare și de a exclude orice încălcare a drepturilor și a intereselor legitime ale pacientului.
- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că prejudiciul cauzat vieții sau sănătății persoanei în timpul acordării asistenței medicale antituberculoase ori prin neacordarea în timp util, în cazul solicitării, unei astfel de asistențe se repară în conformitate cu legislația în vigoare. (Articolul 22)
- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** garantează asigurarea calității, prin respectarea standardelor și obligațiilor profesionale, în orice intervenții în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule. (Articolul 3)

Agenția de transplant are dreptul exclusiv de a autoriza importul organelor, țesuturilor și celulelor destinate transplantului și întreprinde toate măsurile ca acestea să corespundă standardelor de calitate și siguranță. (Articolul 5, pt. 3)

Toate băncile de țesuturi autorizate vor activa conform standardelor internaționale, fiind inspectate cel puțin o dată la doi ani. (Articolul 22)

Dacă sănătatea donatorului sau a recipientului a fost afectată din cauza nerespectării standardelor, condițiilor și modalităților legale de prelevare și transplant de organe, țesuturi și/sau celule, instituția medicală în cauză răspunde față de persoanele nominalizate în conformitate cu legea. (Articolul 31)

- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente** obligă asigurarea calității medicamentelor autorizate pentru uz în Republica Moldova. Trebuie să fie asigurată eficiența și inofensivitatea medicamentelor ce au trecut controlul, conformitatea lor cu standardele calității, îndeplinirea, în procesul elaborării și fabricării medicamentelor, a cerințelor care asigură conformitatea lor cu standardele respective. (Articolul 6, pt. 3)

Testările clinice vor fi efectuate de către specialiști de înaltă calificare în domeniul respectiv. Testările clinice ale medicamentului pot fi permise numai după emiterea de către comisia de etică a unui aviz pozitiv privind aspectele etice, morale și juridice ale programului testărilor. (Articolul 11, pt. 5, 6)

- ▶ **Codul Civil al Republicii Moldova din 06.06.2002** prevede obligațiile persoanelor fizice și juridice care pot cauza daune. (Capitolul XXXIV, Articolele 1415-1424)

- ▶ Personalul medical și cel farmaceutic este supus responsabilității contravenționale, în baza constatării de către Organele Afacerilor Interne și este examinat de către instanța de judecată, pentru nerespectarea atribuțiilor sale de funcție. **Codul Contravențional al Republicii Moldova, nr. 218-XVI din 24.10.2008** include următoarele prevederi:

1. Divulgarea informației confidențiale despre examenele medicale de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV) care provoacă maladia SIDA de către personalul medical sau de către alte persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin astfel de informații. Această acțiune se sancționează cu o amendă de la 50 până la 70 de unități convenționale. (**Codul Contravențional**, Articolul 75)
2. Practicarea ilicită a activității medicale și a celei farmaceutice, precum și desfășurarea activității farmaceutice în locuri neautorizate de Ministerul Sănătății, păstrarea neconformă a medicamentelor; încălcarea regulilor de prescriere a rețetelor și de eliberare a medicamentelor; practicarea activității farmaceutice, fără utilizarea sistemului informațional de evidență a circulației medicamentelor; îndeletnicirea cu medicina populară, fără o autorizație specială, eliberată în modul stabilit de lege. (**Codul Contravențional**, Articolul 77)
3. Vătămarea intenționată ușoară a integrității corporale, care a provocat o dereglare de scurtă durată a sănătății sau o pierdere neînsemnată, dar stabilă, a capacității de muncă se sancționează cu amendă de la 50 până la 75 de unități convenționale sau cu arest contravențional de până la 15 zile. (**Codul Contravențional**, Articolul 78)
4. Încălcarea legislației privind donarea de sânge prin sustragerea sângelui și a derivatelor de sânge, alterarea lor neintenționată, folosirea sângelui donat, a derivatelor de sânge și a preparatelor din sânge în scopul obținerii de profit, scoaterea ilicită din țară a sângelui donat, a derivatelor de sânge și a preparatelor din el; neasigurarea păstrării sângelui donat, a derivatelor și a preparatelor de sânge. (**Codul Contravențional**, Articolul 79)

- ▶ **Răspunderea penală**, reglementată de **Codul Penal al Republicii Moldova** în **Legea nr. 985-XV din 18.04.2002**, constituie cea mai aspră formă de răspundere, ce prevede aplicarea unor sancțiuni penale pentru fapta (acțiune sau inacțiune) prejudiciabilă, prevăzută de legea penală, săvârșită cu vinovăție și pasibilă de pedeapsă penală, comisă de un lucrător medical în procesul sau în legătură cu acordarea (neacordarea) asistenței medicale, care atentează la viața, sănătatea ori patrimoniul pacientului, cau-

zându-i vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății, decesul pacientului, pagube considerabile, materiale și morale. Medicul nu poate fi condamnat decât dacă se demonstrează că a provocat în mod voluntar vătămarea pacientului prin următoarele situații:

- Încălcarea din neglijență de către medic sau de către un alt lucrător medical a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale, dacă aceasta a cauzat:
 - a) vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății;
 - b) decesul pacientului, se pedepsește cu închisoare de până 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 până la 5 ani. (**Codul Penal**, Articolul 213)
- Răspândirea bolilor epidemice, prin nerespectarea măsurilor de prevenire sau de combatere a bolilor epidemice, dacă aceasta a provocat răspândirea unei asemenea boli, se pedepsește cu o amendă în mărime de la 200 până la 400 de unități convenționale sau cu închisoare de până la 1 an, iar persoana juridică se pedepsește cu amendă în mărime de la 1.000 la 2.000 de unități convenționale cu (sau fără) lichidarea persoanei juridice. Aceleași fapte soldate din imprudență cu vătămarea gravă sau medie a sănătății sau cu decesul persoanei se pedepsesc cu închisoare de până la 5 ani, cu amendă, aplicată persoanei juridice, de la 1000 până la 2000 de unități convenționale cu lichidarea întreprinderii. (**Codul Penal**, Articolul 215)
- Lipsirea de viață din imprudență se pedepsește cu închisoare de până la 3 ani, iar lipsirea de viață din imprudență a două sau mai multor persoane se pedepsește cu închisoare de la 2 până la 6 ani. (**Codul Penal**, Articolul 149)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 139 privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare din 03.03.2010
- *Metodologia elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale* este elaborată de experții Programului preliminar de țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare.
- *Protocoalele clinice naționale care sunt elaborate în baza Ghidurilor internaționale bazate pe dovezi a eficacității clinice și economice. Ele sunt instrumente pentru luarea deciziilor clinice și sunt elaborate pe domenii aparte. Protocoale sunt plasate pe pagina web a Ministerului Sănătății www.ms.gov.md.*

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

O abordare comprehensivă a aspectului calitativ al asistenței medicale solicitată lucrătorilor medicali este descrisă în *Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic*.

În acordarea serviciului profesional și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijire, medicul trebuie să dea dovadă de maximă vigilență, acordând prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror altor interese.

Recomandările și prescripțiile clinice trebuie să se bazeze pe dovezi științifice. În cazul aplicării unor metode noi, trebuie să primeze interesul pacientului, iar acestea nu pot fi utilizate decât după evaluarea raportului risc-beneficiu. (Aliniatul 53)

Profesia medicală este incompatibilă cu categorii ca duritatea, apatia, ignoranța, indiferența, aroganța, nerăbdarea etc., care afectează și discreditează atât autoritatea unui membru aparte, cât și a colectivului profesional, a medicinei în ansamblu. (Aliniatul 26)

Fiecare membru al comunității medicale are obligația morală de a susține autoritatea profesională prin respectarea unor categorii etice comune generale, precum cinstea, demnitatea, disciplina, bunăvoința, politețea, respectul dezinteresat față de oameni. (Aliniatul 25)

Încrederea pacientului constituie reflectarea poziției lui morale privind relația sa cu medicul și este susținută de calitățile morale înalte, de abilitățile profesionale ale lucrătorului medical, manifestându-se prin convingerea personală de a respecta recomandările și prescripțiile medicale. Încrederea pacientului prezintă un indiciu al calității serviciului medical și este influențată direct de autoritatea profesională. (Aliniatul 24)

Capitolul X al Codului descrie situațiile de incompatibilitate a profesiei de medic și de probabile conflicte de interese.

Lucrătorul medical și farmaceutic nu poate propune sau aplica pacientului remedii sau procedee empirice sau insuficient probate ca benefice sau lipsite de riscuri. Se interzice practicarea oricăror forme de înșelăciune.

Lucrătorul medical și farmaceutic nu poate, sub nici un motiv, să condiționeze diagnosticarea și tratamentul pacientului, solicitând de la acesta, de la tutore sau rudele sale plăți informale (neoficiale), precum și cadouri, servicii și alte avantaje.

Se va evita orice colaborare sau sprijin al persoanelor care practică ilegal medicina. Lucrătorul medical și farmaceutic are obligația de a informa organele legale competente despre existența unor astfel de situații.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Cetățeanul J. se află în detenție și suferă de probleme serioase de sănătate. Necesită investigații suplimentare și tratament chirurgical. Instituția medicală din mediul carceral nu posedă echipamentul și condițiile adecvate pentru investigație. Cetățeanul J. este transferat într-o clinică publică unde i se acordă toată asistența medicală adecvată amplitudinii maladiei de care suferă (**caz ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Conform actelor normative în vigoare, în special cele ce se referă la procedura de achiziționare centralizată a medicamentelor în sistemul sănătății, unul dintre criteriile de bază pentru selecție este prețul. Astfel, sunt procurate medicamentele cu un preț mai mic, însă, respectiv, acestea pot fi și de o calitate mai redusă. Drept urmare, multe dintre medicamentele oferite ca compensate prin sistemul de asigurări medicale, nu sunt suficient de eficiente și unii pacienți preferă să cumpere din surse proprii (uneori la recomandarea medicilor) medicamente cu aceeași substanță activă, oferite de alți producători, dar de o calitate mult mai mare, respectiv, la un preț mai mare (**caz colectat din practica autorului**).
- ▶ Doamna A., 35 de ani, căsătorită, a născut un băiat cu o problemă genetică serioasă, transmisă prin moștenire. Copilul are 15 ani, nu se poate autoîngriji, este în cărucior pe viață (atrofia mușchilor scheletali a brațelor, picioarelor și celor intercostali). Anterior, femeia a mai născut o fetiță, care a decedat la câteva zile după naștere în spital. Medicii i-au spus că fetița avea un defect grav la inimă (viciu). Femeia își dorește mult încă un copil, cu speranța de a-l naște sănătos. Pentru aceasta merge la consultație la un Centru de planificare a familiei. Ea face un șir de investigații costisitoare în urma cărora medicul o informează că nu este nici un pericol de a avea copii cu

malformații și că ea poate naște un copil sănătos. Dna A. se decide a avea încă un copil. Sarcina parcure foarte bine. Femeia merge regulat la investigații la Centrul de planificare a familiei, la același medic. La un termen înaintat a sarcinii femeia se decide la testare prin amniocenteză, care este o metodă de detectare a maladiilor genetice și anomaliilor la copiii încă nenăscuți prin colectarea unei probe de lichid amniotic - lichidul care înconjoară fătul în uter. Aceasta este o procedură care se consideră că implică un risc înalt pentru sarcină, totuși, dna A. dorește să fie sigură că are un copil sănătos. Medicul o informează peste 2 săptămâni după test că rezultatele sunt bune, nu există nici un defect genetic. Femeia naște la termen, o fetiță aparent sănătoasă. Însă, la vârsta de 6 luni copilul începe să manifeste niște simptome de boală, foarte asemănătoare cu cele ale bolii genetice de care suferă copilul mai mare. Femeia insistă la Centru de planificare a familiei pentru efectuarea unor teste specifice suplimentare. Medicul reține divulgarea rezultatelor timp de 4 luni, motivând că nu sunt încă gata. Starea fetei să agravează, maladia progresează și se manifestă evident. După multă insistență din partea familiei acestui copil, este deschis rezultatul testului de laborator care confirmă că al doilea copil este purtătorul aceleiași defect genetic ca și fratele mai mare, fiind sortit să fie cu probleme grave de sănătate și dizabilitate serioasă pe viață.

Una din explicațiile medicului curator de la Centrul de planificare a familiei a fost că, probabil, s-a stins lumina în una din nopți și frigiderele nu au lucrat și, astfel, probele biologice s-au alterat și nu au fost calitative, ceea ce a influențat rezultatele de laborator ulterioare și nu au arătat prezența maladiei. Nu au fost inițiate careva acțiuni legale (**caz colectat din practica autorilor**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Avocații ar trebui să rețină că întotdeauna este necesar de a obține avizul expertului medical (și de obicei mai mult de un singur aviz) pentru fiecare caz în parte.

Specificul profesiei medicale invocă riscul crescut al unor rezultate neprevăzute și nedorite ca urmare unui act medical. Spre deosebire de multe alte profesii, în cazul medicinei erorile pot avea implicații dintre cele mai grave, culminând cu schilodirea sau moartea pacientului. Este necesar de făcut distincții între cauzele greșelilor apărute în practica medicală. Astfel deosebim erori subiective și obiective.

Eroarea obiectivă se datorește unei imperfecțiuni a științei medicale la un moment dat, unei reactivități particulare a bolnavului sau unor particularități ale bolii, cum ar fi sărăcia bolii în simptome sau caracterul lor nespecific, de informațiile false date de bolnav. În cazul unei erori cu caracter *obiectiv* orice medic în aceleași condiții ar fi procedat la fel.

Erorile subiective constau în reprezentarea greșită a realității medicale determinată de slaba pregătire profesională, implicit punerea defectuoasă în practică a tehnicilor și manevrelor de specialitate. În aceleași condiții de lucru, oricare alt medic putea să evite prejudiciul datorat nepriceperii, îndoiiilor omisive, aprecierii superficiale a cazului sau a inaptitudinii medicului curant. Aici se includ și erorile de diagnostic, datorate necunoașterii trecutului medical al pacientului, examinării greșite, interpretării eronate a simptomelor, neefectuării unor teste, netrimiterii pacientului pentru un consult de specialitate sau neschimbării diagnosticului în cazul unui tratament care nu dă rezultate. Erorile subiective angajează responsabilitatea medicului.

Malpraxis este eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical, sau medico-farmaceutic, din neglijență, imprudență sau cunoștințe medicale insuficiente și generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale.

Din perspectiva juridică, erorile profesionale (medicale) generatoare de pagube îmbracă forma culpei (vina). Sunt cunoscute în acest domeniu *culpa de tehnică medicală* și *culpa de omisiune*.

Culpa de tehnică medicală sau culpa profesională constă în nerespectarea regulilor privind exercitarea profesiei medicale prin nepricepere sau abateri de la reguli recunoscute și recomandate în practicarea acestei profesii, provenite din neglijență, nepăsare sau nerespectarea unor metode și procedee specifice. La rândul ei *culpa de tehnică medicală* se împarte în:

- *Culpa profesională prin nepregătire (incompetență);*
- *Culpa profesională prin neprevădere;*
- *Culpa profesională prin neglijență.*

Neglijența sau neatenția în practica medicală ia forma grabei și a superficialității, îndeplinirii neconștientoase a obligațiilor. Concret neglijența poate lua forma: neluării corecte a anamnezei, neexecutării unui examen clinic corect, neefectuarea unor examene paraclinice de rutină, neluării tuturor măsurilor de asepsie în vederea unei intervenții. Tot în această categorie se includ și nesolicitarea consultului interdisciplinar, privarea de șansă, trimiterea tardivă a bolnavului la un specialist. Sunt considerate neglijențe grave: nedescoperirea unor boli sau stări anterioare inițierii unui tratament a cărui aplicare poate genera o agravare a bolii inițiale sau chiar decesul bolnavului, neizolarea bolnavului contagios, neefectuarea terapiei antitetanice în cazul plăgilor tetanogene, injectarea de medicamente cu perioada de utilizare depășită, injectarea unei alte substanțe, decât cea dorită, prin confuzie.

- *Culpa profesională prin nepăsare*

Frecvent, nepăsarea profesională rezidă în: neexamenarea clinică și competentă a bolnavului, ignorarea riscurilor la care este expus pacientul, imobilizarea neadecvată a fracturii, efectuarea necorespunzătoare a unor injecții sau puncții, pierderea auzului unui copil prin tratarea mamei cu streptomycină, apariția de efecte nedorite notorii (trecurte în prospectul medicamentului) prin nerespectarea dozelor maxime, arsuri după antiseptice sau radioterapie, ignorarea condițiilor precare de lucru: mizerie, sterilizarea necorespunzătoare. Culpa prin nepăsare este favorizată de subestimarea riscului acțiunii medicale sau de supraestimarea posibilității de acțiune.

Culpa de omisiune invocă medicului responsabilitatea de tot ceea ce refuză să facă la fel ca și pentru tot ce face. Culpa de omisiune se prezintă sub următoarele forme: refuzul de a răspunde la solicitarea pacientului, refuzul intervenției (neasumarea de riscuri), refuzul trimiterii pacientului la un eșantion superior (privarea de șansă), neacordarea dreptului pacientului la a doua opinie în aceeași cauză medicală, refuzul de a continua tratamentul unui pacient.

Medicul nu poate fi condamnat decât dacă se demonstrează că a provocat în mod voluntar vătămarea pacientului.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, Dreptul de a nu fi discriminat și la echitate, descrise în Capitolul 2 și Capitolul 3, dedicate cadrului internațional și regional al drepturilor omului în sănătate.

7.2.4 OBLIGAȚIA DE A INFORMA PACIENTUL

A) RESPONSABILITATEA LUCRĂTORILOR MEDICALI DE A INFORMA PACIENȚII ESTE ÎN STRÂNSĂ LEGĂTURĂ CU DREPTUL PACIENȚILOR DE A FI INFORMAȚI (A PRIMI INFORMAȚII)

Principiul general al accesului la informația de interes public este recunoscut în legislație, iar în domeniul sănătății, pacientul, fără discriminare, are dreptul la informații privind prestatorul de servicii de sănătate, serviciile propriu-zise, propria-i stare de sănătate, tratament, profilaxie etc.

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** prevede dreptul persoanei la informație. (Articolul 34) Autoritățile publice, potrivit competențelor ce le revin, sunt obligate să asigure informarea corectă a cetățenilor asupra treburilor publice și asupra problemelor de interes personal.
- ▶ **Legea privind accesul la informație, nr. 982-XV din 11.05.2000** stipulează condițiile de asigurare a accesului la informațiile cu caracter personal.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății, nr. 411-XIII din 28.03.1995** susține dreptul la informații despre starea sănătății care invocă responsabilitatea medicului de a informa pacientul și rudele acestuia despre starea sănătății, despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potențial, eficacitatea terapeutică, metodele de alternativă, precum și despre diagnosticul, prognosticul și derularea tratamentului, inclusiv și despre recomandările profilactice. (Articolul 27)

Lucrătorii medicali sunt obligați să informeze părinții, tutorele sau curatorul despre boala copilului și despre tratament. (Articolul 50, pt. 3)

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** presupune obligativitatea lucrătorilor medicali de a informa pacientul, prin enunțarea drepturilor pacientului la informații, cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective; informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora; informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant. (Articolul 5, lit. g, i și j)

Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare. (Articolul 9, pt. 3)

- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** stipulează că în relația sa cu persoana bolnavă, medicul este obligat să o informeze despre starea sănătății, direct sau prin intermediul reprezentanților legali ori al rudelor apropiate. (Articolul 17, lit. k)
- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** stipulează că orice persoană are dreptul la o informație completă și veridică asupra stării sănătății sale reproductive și planificării familiale. (Articolul 4, pt. 1, lit. e)
- ▶ Conform **Legii nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mentală** trebuie asigurat dreptul persoanelor suferinde de tulburări psihice la informații privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, expuse într-o formă accesibilă lui, ținându-se cont de starea lui psihică. (Articolul 5, lit. b)

Pentru exercitarea drepturilor și intereselor sale legitime, persoana suferindă de tulburări psihice sau reprezentantul ei legal poate primi la cerere informații despre starea sănătății psihice și despre asistența psihiatrică acordată. (Articolul 9)

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** susține că în acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la obținerea informației despre drepturile și obligațiile lor și, în mod accesibil, despre caracterul maladiei de care suferă, despre metodele de investigare și de tratament aplicate. (Articolul 17)
- ▶ Conform **Legii nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA**, în cazul în care o persoană va solicita un test HIV, un specialist consiliator, care trebuie să posede un nivel de competență adecvat, va oferi informația necesară pre- și post- testare. Accesul la serviciile centrelor de consiliere și testare trebuie să fie liber și nediscriminatoriu pentru orice persoană. (Articolul 12)

În cazul când intervenția medicală preconizată presupune anumite riscuri pentru pacient, medicul este obligat să informeze pacientul sau reprezentanții lui legali asupra unor eventuale riscuri și complicații, precum și despre posibilitatea unui eventual refuz de intervenție medicală.

- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** stipulează că medicii specialiști autorizați să preleve sau să transplanteze organe, țesuturi și celule vor oferi o informație precisă și într-o formă înțeleasă donatorului și recipientului sau persoanelor aflate în legătură de rudenie de gradul I cu aceștia. Rudele apropiate ale donatorului decedat vor fi informate despre necesitatea efectuării testărilor pentru stabilirea compatibilității donatorului, precum și despre consecințele testărilor. Donatorii în viață vor fi informați despre testările necesare pentru a stabili compatibilitatea donatorului, despre scopul și natura prelevării, precum și despre eventualele riscuri și consecințe. Recipientului i se va oferi toată informația despre natura procedurii, precum și despre eventualele riscuri și consecințe. (Articolul 24)

Nu pot fi prelevate organe, țesuturi sau celule de la o persoană care nu are capacitatea de a-și exprima consimțământul; excepție constituie prelevarea țesuturilor sau celulelor regenerative. În acest caz, prelevarea va fi autorizată de Comisia independentă de avizare, cu acordul reprezentanților legali ai donatorului sau al autorității tutelare, cu condiția că donarea va fi în beneficiul persoanei cu care donatorul se află în legătură de rudenie de gradul I (pentru donatorul minor, aceștia sunt fratele, sora), iar procedura în cauză comportă un risc minimal pentru donator. (Articolul 19)

- ▶ **Legea nr. 1409 din 17.12.1997 cu privire la medicamente**, în Articolul 12 prevede că pacientul, voluntarul sau reprezentantul lor legal va fi informat despre conținutul testărilor, proprietățile medicamentului, efectul așteptat, eventualele consecințe și gradul de risc la care va fi supus pacientul sau voluntarul.
- ▶ **Codul Contravențional al Republicii Moldova din 24.10.2008** prevede că încălcarea de către persoana cu funcție de răspundere a dispozițiilor legale privind accesul la informație și cu privire la petiționare se sancționează cu amendă de la 40 la 50 de unități convenționale. Prezentarea, la solicitare, a unui răspuns cu date vădit eronate se sancționează cu amendă de la 45 la 55 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere. (Articolul 71)
- ▶ **Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985 din 18.04.2002** prevede că încălcarea intenționată de către o persoană cu funcție de răspundere a procedurii legale de asigurare și de realizare a dreptului de acces la informație, încălcarea ce a cauzat daune în proporții considerabile drepturilor și intereselor ocrotite de lege ale persoanei care a solicitat informații referitoare la ocrotirea sănătății populației, la securitatea publică, la protecția mediului, se pedepsește cu amendă de la 150 la 300 de unități convenționale cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 3 ani. (Articolul 18)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- **Ordinul Ministerului Sănătății nr. 303 din 06 mai 2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului**

informat în formă scrisă descrie modalitatea de eliberare pacientului a informației medicale din dosarul medical. Prin acest ordin este aprobată *Instrucția cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale din dosarele medicale*.

Conform procedurii descrise, informația din documentația de evidență medicală primară de ambulatoriu și staționar (în continuare - dosar medical), cu privire la propriile date medicale, la rezultatele investigațiilor, la tratamentele și îngrijirile primite se eliberează personal pacientului, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani, precum și cele declarate incapabile sau cu capacitate de exercițiu limitată - reprezentanților lor legali (rudele apropiate), informând concomitent pacientul în măsură adecvată capacității lui de exercițiu. În cazul când pacientul nu dorește să fie personal informat, la solicitarea acestuia, informația se prezintă persoanei nominalizate de către pacient. În cazul solicitării informației despre datele cu caracter medical a unui pacient decedat, informația se eliberează rudelor apropiate, cu condiția că în acordul informat semnat în timpul vieții de către pacientul decedat nu este indicată expres dorința acestuia referitor la păstrarea confidențialității absolute a datelor despre sănătatea sa.

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

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

În *Codul de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic, Capitolul V*, este stipulat că lucrătorul medical trebuie să ofere pacientului, la cererea acestuia, informații depline și inteligibile despre starea sănătății sale, etapele tratamentului, riscurile și rezultatele scontate. În cazul în care sunt întocmite documente medicale, persoana la care se referă documentul emis trebuie informată cu privire la conținutul acestuia.

Maniera de prezentare a informației necesită o tentă de optimism, trebuie să inspire speranță și încredere, fără a omite importanța factorului psihic. Trebuie să se respecte dreptul de decizie a pacientului, fără a-i impune convingerile personale și fără a exercita presiuni psihice asupra acestuia. Cu cât actul medical preconizat este mai complex și mai riscant, cu atât informarea pacientului cu privire la riscurile și alternativele posibile trebuie să fie mai amplă.

Prognosticul grav va fi adus la cunoștința pacientului cu prudență și tact, ținându-se cont de starea psihică a acestuia. Prognosticul va fi comunicat familiei doar cu consimțământul pacientului. În cazul în care medicul, după o consultare comună cu colegii săi sau cu alți specialiști (la necesitate), consideră că dezvăluirea prognosticului nefavorabil va afecta starea psio-afectivă a pacientului, cu inducerea unor pericole pentru starea sănătății lui, se va omite comunicarea deplină a acestuia. Prognosticul real nu se va divulga nici în cazul când pacientul declară din start că nu dorește să afle adevărul. În asemenea caz, pot fi informați unii membri ai familiei pacientului, conform indicațiilor acestuia.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacientul L. se internează în spital pentru o intervenție chirurgicală planică. La momentul internării în spital pacientului îi sunt explicate toate condițiile internării. Ulterior, medicul chirurg îi explică scopul și amploarea intervenției care urmează a fi efectuată. Medicul descrie riscurile posibile și compli-

cațiile care pot parveni ca urmare a intervenției. Precum și măsurile care sunt sau vor fi luate pentru evitarea sau soluționarea acestora. Pacientul primește răspunsuri clare la toate întrebările adresate medicului despre maladia care o are și operația ce urmează a fi făcută și își oferă consimțământul **(caz ipotetic)**.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacienta V., 32 de ani, este internată de urgență, în timpul nopții, într-o clinică raională cu diagnosticul de apendicită acută. Pe parcursul intervenției chirurgicale medicul a depistat un chist enorm al ovarului. S-a luat decizia de a efectua rezecția ovarului, pentru a evita ruperea chistului care urma cu complicații grave. Starea postoperatorie a evoluat fără complicații și pacienta a fost externată în curând. Trebuie însă de menționat că, chirurgul de gardă, care a operat pacienta a plecat în concediu a doua zi după internarea doamnei V., iar chirurgul de serviciu, care îi făcea pansamentele postoperatorii, nu a considerat că trebuie să ofere detalii pacientei care nu el a operat-o. Astfel, nimeni nu a informat pacienta despre rezecția ovarului, efectuată suplimentar.

Peste o perioadă pacienta s-a adresat la ginecolog cu anumite disfuncții hormonale. Pe lângă alte investigații, ginecologul i-a indicat un control ultrasonografic, în care s-a determinat lipsa ovarului. Pacienta a fost surprinsă de descoperire și supărată a înaintat o plângere în judecată asupra chirurgului care a operat-o. Ea era convinsă că ovarul a fost lezat accidental de către chirurg și ca urmare a fost extras din greșeala medicului. Pacienta susține că anume din acest motiv i-a fost ascunsă informația despre această rezecție. Din lipsă de date și perioadă de timp prea îndelungată de la momentul faptei, cazul a fost închis **(caz preluat din practica autorului)**.

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

În situația în care va trebui de decis asupra volumului și calității informației oferite unui pacient, veți avea nevoie de opinia unor experți independenți în domeniul medical respectiv.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind Dreptul la informație, descris în Capitolul 2 și Capitolul 3, dedicate cadrului internațional și regional al drepturilor omului în sănătate.

7.2.5 OBLIGAȚIA DE A OBTINE ACORDUL INFORMAT

A) OBLIGAȚIA LUCRĂTORILOR MEDICALI DE A PRIMI ACORDUL INFORMAT ESTE ÎN LEGĂTURĂ CU DREPTUL PACIENȚILOR LA ALEGERE ASUPRA PROPRIEI SĂNĂȚĂȚI, CARE LE OFERĂ POSIBILITATEA DE A CONSIMȚI, A REFUZA SAU A ALEGE O ALTĂ OPȚIUNE OFERITĂ

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ În **Constituția Republicii Moldova**, prin Articolul 24, statul garantează fiecărei persoane dreptul la integritate fizică și psihică. Acest drept se manifestă prin libertatea pacientului pentru exprimarea benevolă a consimțământului pentru efectuarea unui act medical.

Totodată, în Articolul 51 se stipulează că nimeni nu poate fi supus nici unui tratament medical forțat, decât în cazurile prevăzute de lege.

- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995**, prin Articolul 23 descrie obligativitatea consimțământului pentru prestații medicale. Consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie), totuși, în lipsa unei opoziții manifeste, consimțământul se presupune pentru orice prestație care nu prezintă riscuri importante pentru pacient sau care nu este susceptibilă să-i prejudicieze intimitate.

Consimțământul pacientului incapabil de discernământ este dat de reprezentantul său legal; în lipsa acestuia de ruda cea mai apropiată. Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, prestația medicală se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Consimțământul sau refuzul pacientului ori al reprezentantului său legal se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare.

Articolul 28, pt. 2, al Legii descrie condițiile consimțământului informat al pacientului pentru participarea la cercetarea științifică. Medicul poate aplica metode noi de profilaxie, diagnostic și tratament, precum și medicamente noi, fundamentate științific, care încă nu sunt admise pentru aplicare în masă, doar cu consimțământul scris al pacientului capabil de raționament lucid și cu discernământul păstrat ori cu consimțământul scris al părinților, tutorei sau curatorului pacientului care nu a atins vârsta de 16 ani sau ai bolnavului psihic.

Sterilizarea chirurgicală voluntară la femei și la bărbați se va efectua doar la dorința lor sau la indicația medicului cu consimțământul scris al persoanei în instituții medico-sanitare publice și private în cazurile și în modul stabilit de Ministerul Sănătății. (Articolul 31, pt. 1)

Bolnavii de tuberculoză în formă activă care se sustrag de la tratament benevol, încalcă regimul prescris ori abuzează de băuturi alcoolice sau folosesc substanțe narcotice sunt trimiși la tratament coercitiv, în modul prevăzut de legislația în vigoare. (Articolul 44)

Bolnavii psihici lipsiți de discernământ care pot pune în pericol viața sau integritatea corporală proprie sau a altor persoane sunt supuși unui tratament medical coercitiv într-o instituție medico-sanitară, în condițiile legii. Spitalizarea unor astfel de bolnavi se face în regim de urgență, în colaborare cu organele de poliție, la solicitarea psihiatrilor. (Articolul 42, pt. 2)

Persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice sunt supuse unui examen medical și tratament profilactic obligatoriu. În caz de sustragere de la examenul medical și tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen și unui tratament coercitiv în staționarul de boli venerice. (Articolul 45)

Persoanele în a căror privință există date suficiente de a presupune că suferă de boli venerice vor fi supuse unui examen medical obligatoriu. Persoanele care au contactat cu bolnavii de boli venerice sunt supuse unui examen medical și tratament profilactic obligatoriu. În caz de sustragere de la examenul medical și tratamentul benevol, persoanele vor fi supuse unui examen și unui tratament coercitiv în staționarul de boli venerice. (Articolul 45)

- ▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005** dispune obligativitatea medicului de a cere consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală conform legislației și să consemneze refuzul pacientului pentru orice prestare medicală, în cazul în care acesta este exprimat explicit, în bună cunoștință de cauză și efecte ulterioare. (Articolul 17 lit. h, j)

Orice intervenție medicală poate fi efectuată cu acordul pacientului, cu excepția situațiilor când starea lui fizică și psihică nu-i permite să ia o decizie conștientă sau în alte situații stabilite de legislație. (Articolul 18, pt. 4)

- ▶ **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului**, în Articolul 13 prevede modul de perfectare a acordului informat al pacientului. Acesta a fost descris detaliat în Capitolul 6.

- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mintală** stipulează că asistență psihiatrică se acordă la solicitarea benevolă a persoanei sau cu consimțământul ei, cu excepția unor cazuri prevăzute de lege. Persoanelor în vârstă de până la 18 ani, precum și persoanelor declarate, în modul stabilit de lege, incapabile li se acordă asistență psihiatrică la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali. (Articolul 4)

Minorul suferind de tulburări psihice nu poate fi supus experimentelor, terapiei electroconvulsive, cercetărilor științifice sau didactice, fotografierii, filmării, videoimprimării și oricărui tratament ireversibil (psihochirurgical) fără consimțământul lui sau al reprezentantului lui legal. (Articolul 5¹ pt. 3)

Persoana care refuză sau întrerupe tratamentul ori reprezentantul ei legal trebuie să primească lămuriri asupra posibilelor consecințe. Refuzul tratamentului sau întreruperea lui, informațiile oferite asupra eventualelor consecințe se consemnează în documentația medicală și se semnează de către pacient sau de reprezentantul lui legal și de medicul psihiatru. (Articolul 12)

Persoanei suferinde de tulburări psihice care a săvârșit acțiuni periculoase pentru societate se aplică măsuri medicale coercitive în baza hotărârii judecătorești, potrivit temeiurilor și în modul stabilit de Codul penal și Codul de procedură penală. Măsurile medicale coercitive se aplică în instituțiile de psihiatrie ale organelor de ocrotire a sănătății. (Articolul 13)

- ▶ **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** prevede că asistența medicală antituberculoasă se acordă în caz de adresare benevolă sau cu acordul persoanelor în cauză, cu excepția cazurilor prevăzute de actele legislative și normative în vigoare. Copiii de până la 18 ani, persoanelor declarate incapabile se acordă asistență medicală antituberculoasă cu consimțământul reprezentantului legal, cu excepția cazurilor prevăzute de actele legislative și normative în vigoare. (Articolul 13, pt. 1, 2)

Bolnavul cu formă contagioasă a tuberculozei, care încalcă regimul sanitaro-antiepideemic sau care se eschivează de la examenul medical de depistare a tuberculozei sau de la tratamentul tuberculozei trebuie internat pentru tratament coercitiv, în temeiul unei hotărâri judecătorești în instituție ftiziopneumologică specializată. (Articolul 15)

Supravegherea medicală a bolnavului de tuberculoză se efectuează în mod obligatoriu, indiferent de acordul său ori al reprezentantului legal. Decizia despre necesitatea supravegherii medicale a bolnavului de tuberculoză sau a întreruperii supravegherii se ia de către un consiliu medical, cu participarea specialistului de profil în ftiziopneumologie și se anexează la documentația medicală, fapt care este adus în scris la cunoștință persoanei pasibile de supraveghere. (Articolul 14)

- ▶ Conform **Legii nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA**, testarea la marcarea HIV se face doar în baza consimțământului scris, benevol și informat al persoanei. (Articolul 13) Sunt interzise toate formele de testare ascunsă.

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproducerii** prevede obligativitatea lucrătorilor medicali de a respecta dreptul fiecărei persoane la luarea liberă a deciziei referitoare la reproducere. (Articolul 4)

- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede obligativitatea personalului medical de a obține acordul în cazul donării de organe. În Articolul 13 sunt descrise condițiile prelevării de la cadavre, care este posibilă doar în cazul în care există consimțământul persoa-

nei respective de dinaintea decesului, exprimat în conformitate cu legea. Prelevarea nu se poate efectua sub nici o formă dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat opțiunea împotriva donării printr-un act de refuz, întocmit în formă olografă sau în altă formă legală. Donarea este posibilă fără consimțământul rudelor apropiate sau al reprezentantului legal dacă nici una din rudele apropiate sau reprezentantul legal, după declararea legală a decesului, nu s-a adresat pentru a-și exprima opțiunea cu privire la donare, iar date despre rudele apropiate sau reprezentantul legal al persoanei decedate lipsesc.

În Articolul 15 sunt descrise condițiile prelevării de organe, țesuturi și celule de la persoane în viață. Aceasta este posibilă doar când persoanele au capacitate de exercițiu deplină și doar în cazul existenței consimțământului scris, liber, prealabil și expres al acestora.

- ▶ **Codul de Procedură Civilă al Republicii Moldova**, în Articolul 79, reglementează că drepturile, libertățile și interesele legitime ale persoanelor care nu au capacitate deplină de exercițiu și ale celor limitate în capacitatea de exercițiu sunt apărate de către părinți, înfietori, tutori sau curatori, de alte persoane, cărora acest drept este acordat prin lege. Tutela poate fi instituită asupra unei persoane declarată prin hotărârea instanței de judecată ca persoană lipsită de discernământ, iar curatela se instituie asupra unei persoane care, în urma consumului abuziv de alcool sau al consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, subminează starea materială a familiei sale și este limitată în capacitate de exercițiu de instanța de judecată.
- ▶ **Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985 din 18.04.2002** prevede că efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale de către medic se pedepsește cu o amendă în mărime de până la 200 de unități convenționale cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pentru un termen de până la 3 ani. Dacă această acțiune a cauzat, din imprudență, o dereglare de durată a sănătății ori o vătămare severă a integrității corporale sau a sănătății sau a provocat din imprudență decesul pacientului, persoana responsabilă se pedepsește cu închisoare de la 3 până la 6 ani cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate, pentru un termen de până la 5 ani. (Articolul 160)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

- *Strategia Națională a sănătății reproducerii (2005-2015)*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 913 din 26.08.2005
- *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 303 din 06 mai 2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă*. Prin acest ordin sunt aprobate *Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă și Modelul acordului informat în formă scrisă*.
- *Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale nr. 370 din 27.10.2005, cu Anexa Instrucțiune despre folosirea metodei chirurgicale de sterilizare voluntară a femeii*
- *Regulamentul privind modul de aplicare a tratamentului coercitiv persoanelor bolnave de tuberculoză contagioasă* aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 472 din 07.08.2009

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmacistului în Capitolul VII prevede obligația medicilor pentru colectarea acordului informat al pacientului.

Consimțământul pacientului poate fi acceptat în formă verbală, cu prezența obligatorie a martorilor (rudele pacientului și personalul medical) sau în formă scrisă, unde vor fi indicate explicit denumirea și condițiile actului medical preconizat, riscurile posibile, fiind confirmate obligatoriu prin semnătura pacientului și a lucrătorului medical.

Consimțământul va fi considerat implicit în cazurile când pacientul se prezintă de sine stătător pentru a beneficia de anumite servicii medicale (analize de laborator, control profilactic ș.a.) sau când este solicitată o consultare medicală la domiciliu.

Consimțământul va fi acceptat doar după informarea deplină a pacientului cu privire la diagnostic, prognostic, alternativele terapeutice, riscurile și avantajele acestora. Consimțământul este valid doar dacă pacientul este lucid și are discernământ, fiind capabil să reproducă corect informația privind starea sănătății sale. Lucrătorul medical trebuie să se asigure că decizia pacientului nu este luată într-un moment de afect sau de suprasolicitare psihică a acestuia, precum și în deplinătatea facultăților mintale.

În cazul când lucrătorul medical va stabili că decizia reprezentantului legal nu este în interesul pacientului, se va apela la constituirea unei comisii de arbitraj de specialitate pentru a evalua cazul și a lua decizia, considerând drept un imperativ primar binele pacientului.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacienta K., 40 ani, victima accidentului rutier, este internată de urgență cu suspjecție la hemoragie internă. Pacienta este conștientă, medicul reușește să culeagă anamneza, completează formularele necesare. Dna K. reușește să comunice medicului că este seropozitivă (infectată HIV), dar cere confidențialitate deplină a acestei informații. În special accentuează că nu vrea ca familia să afle despre aceasta. Pacienta este operată, însă lezarea vaselor interne este foarte mare și pacienta nu supraviețuiește. Sunt anunțate rudele. Soțul dnei K., dl. P., cere eliberarea copieii integrale a dosarului medical al dnei K., pentru a se încredința că toate acțiunile medicilor pentru salvarea soției au fost corecte. Medicul refuză eliberarea copieii dosarului. Dl. P. spune că va face apel în judecată, deoarece presupune că medicii ascund ceva important.

Având în vedere prezența solicitării explicite a pacientului pentru protejarea confidențialității informațiilor după moartea ei, iar obligația medicului prevăzută în art. 6, alin. 6 din Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005 pentru a păstra confidențialitatea pacientului chiar și după moartea lui/ei, instanța nu a deschis cazul **(caz preluat din practica autorilor)**.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Domnul N., 46 de ani, tatăl a 2 copii este la evidența oncologului timp de 3 ani cu adenom la prostată. Pe parcurs tumoarea a devenit malignă. Domnul N. este internat pentru intervenție pe prostată. Înainte de operație el a fost informat despre starea sănătății sale și despre volumul intervenției preconizate. Acordul informat a fost semnat. În procesul intervenției s-a depistat un proces mult mai amplu. Chirurgul a decis să efectueze prostatovesiculectomia (o intervenție care afectează capacitatea sexuală și reproductivă a bărbatului). După operație domnul N. a înaintat plângere la judecată, deoarece tratamentul aplicat s-a dovedit a fi dăunător, afectându-i dreptul său la reproducere și la decizie. El susține că nu ar fi consimțit pentru o astfel de intervenție, însă nu a fost inițiată nici o acțiune legală **(caz preluat din practica autorilor)**.
- ▶ Pacienta M. în vârstă de 35 ani, suferă de stare depresivă permanentă cu diminuarea interesului sau plăcerii pentru activitatea curentă, lipsa concentrării, lipsa voinței, insomniile noaptea, cu stare de som-

nolență ziua, oboseală permanentă, alternând cu momente de agitație, sentimentul de inutilitate, anorexie etc. A fost internată în clinica psihiatrică la indicația medicului, care a determinat la pacientă gânduri despre posibilitatea suicidului. Această stare a debutat de 3 ani, după moartea mamei sale, cu care pacienta locuia împreună. După aceasta ea a rămas singură, fără rude apropiate. Lucrează ca personal tehnic într-o întreprindere. Fiind în clinică, nu o vizitează nimeni, nu are prieteni. În una din discuțiile cu psihiatrul din clinică, pacienta povestește despre faptul că a lucrat, timp de 5 ani, ilegal în Turcia, având atunci vârsta de 18 ani. Pacienta spune că nu își amintește tipul activității sale din acea perioadă. Medicul curator depistează pe corpul pacientei niște erupții, care le determină ca Herpes Zoster, mărirea ganglionilor limfatici axilari și inghinali. Medicul recomandă testul la marcherii HIV, reieșind din faptul că pacientă se include în grupul cu risc mărit pentru infecția HIV. Însă, pacienta refuză categoric orice testare motivând cu inutilitatea acestora și dorința de a muri cât mai repede. Orice încercare de a o convinge este inefficientă. Medicul curator descrie situația colegilor din secție. Unul dintre medici consideră că: „Decizia luată sub efectul antidepresantelor este una incorectă, deoarece este influențată medicamentos”. Șeful secției își anunță decizia precum că trebuie de acționat spre beneficiul pacientului. Dacă testul se dovedește a fi pozitiv, atunci trebuie de inițiat cât mai urgent tratamentul ARV și nu este timp de așteptat. Juristul spitalului le-a explicat că testarea HIV a acestei paciente fără consimțământul ei nu are nici un temei legal, iar medicii trebuie să aștepte până când ea se va recupera psihologic pentru a-i obține consimțământul (**caz preluat din practica autorului**).

- ▶ Femeia S., 36 ani, căsătorită a treia oară, are 4 copii minori. Familia trăiește în sărăcie. Ambii soți nu au loc de muncă permanent. Femeia este adusă la spitalul raional cu serviciul de urgență având dureri acute abdominale. Medicul chirurg inițiază intervenția chirurgicală pentru apendectomie. Femeia este sub anestezie totală. Medicul cunoaște situația din familia acestei femei și consideră că ar face un bine dacă i-ar lega trompele uterine, pentru a ”nu permite să se înmulțească sărăcia”, după cum se exprimă el colegului. Medicul nu intenționează să informeze femeia despre procedura efectuată de sterilizare, considerând că este inutil. El explică: ”Ea s-a realizat ca mamă și chiar exagerat, ar fi timpul să se realizeze ca membru al societății”. Femeia a fost sterilizată. La externare ea era sigură că doar i-a fost doar extras apendicele și nu știa despre faptul că a fost sterilizată. Nu a fost inițiată careva acțiune legală (**caz preluat din practica autorului**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Deoarece activitatea medicală este una din cele mai extinse și complicate (reieșind din diversitatea patologiilor umane), noțiunea de *acord informat* trebuie analizată prin specificul diferitor domenii și situații. Desigur este imposibil de plasat în aceeași categorie pacienții cronici terapeutici și pacienții acuti psihiatrici, sau situațiile de urgență, unde medicul va decide modul de tratament reieșind din profesionalismul și obligațiile sale și bazându-se pe legislația în vigoare. Totuși, putem evidenția câteva aspecte generale în procesul obținerii acordului informat, inclusiv și al pacienților seropozitivi:

- Informația oferită pacientului într-o formă accesibilă trebuie să conțină date despre maladie, cauza și simptomatologia bolii, prognosticul așteptat, în cazul unei intervenții medicale se explică scopul, efectul scontat, riscul potențial, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice, precum și variantele alternative de tratament și îngrijire medicală. Pacientul trebuie să primească răspunsuri la toate întrebările.
- Oferirea unor garanții suplimentare în privința protejării drepturilor pacientului în cazul aplicării unor metode riscante de tratament, a unor proceduri cu un grad crescut de pericol, consecințe ireversibile sau implicarea benevolă în experimente clinice.

Consimțământul poate fi exprimat în mai multe moduri:

- *Consimțământul „implicit”* - atunci când pacientul se va prezenta voluntar pentru control și tratament într-un cabinet de consultație sau va solicita un medic la domiciliu. Totuși, și acest tip de acord trebuie însoțit de un element de informare care îl ajută pe pacient să facă o alegere în cunoștință de cauză. Astfel de consimțământ poate fi aplicat doar în cazurile unor acte medicale curente sau proceduri uzuale.
- *Consimțământul oferit verbal* - este de dorit să fie primit în prezența unei terțe persoane: asistent medical, membru al familiei. Totuși, în funcție de caracterul și temperamentul persoanei investigate, de situația concretă, este preferabil de a insista asupra semnării consimțământului.
- *Consimțământul în scris* - autorizare ce simbolizează implicarea pacientului în relații de contract, care vor determina obligații reciproce, atât legale, cât și morale din partea ambelor părți, determinând forma și nivelul responsabilităților. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit, consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul legal și medicul curant.

Existența consimțământului nu-l eliberează pe medic de responsabilitatea pentru greșeală și culpă.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

- *Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Retard Mintal (1971)*, proclamată de către Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite și afirmă că: „Persoana cu retard mintal are, până la gradul maxim de posibilitate, aceleași drepturi ca și alți oameni”.
- *Declarația Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități Psihice (nr. 3447-XXXI din 09.12.1975)*
- *Recomandarea (818) privind Situația Persoanei Bolnave Mintal (1977)*, elaborată de către Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei. Acest document prezintă o schiță a recomandărilor privind protejarea persoanelor bolnave mintal în fața curții și legislația privind detinerea persoanelor cu boli mintale.
- *Hotărârea Asambleii Generale a Organizației Națiunilor Unite Principii pentru protecția persoanelor care suferă de o boală psihică și pentru ameliorarea asistenței în domeniul sănătății mentale (nr. 46/119 din 17.12.1991)*
- *Recomandările Asambleii Generale a Parlamentului Consiliului Europei referitor la „Drepturile Umane în Psihiatrie” (nr. 1235 din 12.04.1994)*
- *Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății „10 principii de bază ale Legii de asistență a sănătății mentale”, Geneva 1996*
- *Rezoluția Parlamentului European (19 februarie 2009) privind sănătatea Mintală*
- În special, vom menționa două Declarații, adoptate în cadrul Congreselor Asociației Mondiale de Psihiatrie: *Declarația de la Hawaii, 1977 și Declarația de la Madrid despre Standardele Etice pentru Practica Psihiatrică, 1996*
- *Convenția cu privire la transmiterea persoanelor suferinde de boli psihice la tratament forțat din 28.03.1997, ratificată de către Republica Moldova prin Legea nr. 1190-XV din 04.07.2002*

A se vedea secțiunile privind Dreptul la integritatea corporală în Capitolul 2 și Capitolul 3 cu referire la cadrul internațional și regional ale drepturilor omului în sănătate.

7.2.6 OBLIGAȚIA DE A PĂSTRA CONFIDENȚIALITATEA INFORMAȚIEI DESPRE PACIENT

A) OBLIGAȚIA LUCRĂTORILOR MEDICALI DE A PĂSTRA SECRETUL INFORMAȚIILOR AFLATE PE PARCURSUL EXERCITĂRII FUNCȚIILOR DE SERVICIU ȘI A RESPECTA VIAȚA PRIVATĂ A PACIENȚILOR ESTE ÎN STRÂNSĂ LEGĂTURĂ CU DREPTUL PACIENȚILOR LA VIAȚA PRIVATĂ ȘI CONFIDENȚIALITATE

Informațiile despre pacient (inclusiv cele referitoare la starea de sănătate sau situația socială) nu pot fi divulgate altei persoane decât cu acordul beneficiarului/clientului sau, în cazul copiilor, cu acordul aparținătorilor legali ai acestora.

A se vedea și secțiunea cu referire la Dreptul pacienților la viață privată și confidențialitate din Capitolul 6.

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

▶ **Constituția Republicii Moldova**, prin Articolul 28 declară că statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată. Datele cu caracter medical despre pacient constituie unul din elementele de bază ale dreptului la viața privată. Respectarea acestui drept este necesară în consolidarea valorilor democratice spre care tinde țara.

▶ **Legea nr. 133 din 08.07.2011 cu privire la protecția datelor cu caracter personal** definește datele cu caracter personal ca orice informație referitoare la o persoană fizică identificată sau identificabilă. Informațiile despre solicitarea asistenței medicale, despre starea sănătății, diagnostic și alte date obținute de medic în examinarea și tratamentul pacientului constituie *informații personale și secretul profesional* al medicului și nu pot fi divulgate. (Articolul 3)

Operatorii și terții care au acces la datele cu caracter personal sunt obligați să asigure confidențialitatea acestor date, cu excepția cazurilor când prelucrarea se referă la date făcute publice în mod voluntar și manifest de către subiectul datelor cu caracter personal; când datele cu caracter personal au fost de-personalizate. (Articolul 29)

▶ Conform **Legii nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informații**, furnizorii de informații, posesorii de informație cu caracter personal, sunt obligați să protejeze confidențialitatea vieții private a persoanei. (Articolul 8)

▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** stipulează că medicii, alți lucrători medico-sanitari, farmaciștii sunt obligați să păstreze secretul informațiilor referitoare la boală, viața intimă și familială a pacientului de care au luat cunoștință în exercițiul profesiei, cu excepția cazurilor de pericol al răspândirii bolilor transmisibile, la cererea motivată a organelor de urmărire penală sau a instanțelor judecătorești. (Articolul 14, alin. 1)

▶ **Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264 din 27.10.2005** prevede că medicul este obligat să păstreze secretul profesional. (Articolul 13, pt. 1) Se permite transmiterea informației care constituie secret profesional unor alți persoane, în interesul examinării și tratării pacientului, al efectuării unor investigații științifice, utilizării acestor date în procesul de studii și în alte scopuri doar cu acordul pacientului sau al reprezentantului său legal. (Articolul 13, pt. 3 și 4)

Totodată, informațiile care constituie secret profesional pot fi transmise către persoane terțe fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal doar în următoarele cazuri:

- a) în scopul examinării și tratamentului pacientului care nu este în stare, din cauza sănătății, să-și exprime dorința;
- b) în cazul posibilității extinderii unor maladii contagioase, intoxicații și unor alte maladii care prezintă pericol în masă;
- c) la cererea organelor de urmărire penală, a procuraturii și instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau cercetării judecătorești;
- c¹) la cererea avocatului parlamentar și a membrilor consiliului consultativ creat de Centrul pentru Drepturile Omului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;
- d) în caz de acordare a ajutorului medical unei persoane ce nu dispune de capacitate de exercițiu deplină, incapabilă să informeze părinții sau reprezentanții săi legali;
- e) în cazul unor circumstanțe în al căror temei se poate presupune că prejudiciul cauzat sănătății persoanei reprezintă consecința unei acțiuni ilegale.

Persoanele cărora le-au fost transmise informații ce constituie secret profesional poartă răspundere pentru divulgarea informației transmise lor, în condițiile legii. Secretul profesional nu poate fi divulgat nici după terminarea tratamentului sau moartea pacientului. (Articolul 13, pt.6)

- **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului**, prin Articolul 12 prevede obligativitatea lucrătorilor medicali de a respecta confidențialitatea pacienților. Confidențialitatea informațiilor cu privire la solicitarea de asistență medicală, examinare și tratament, inclusiv a altor informații ce constituie secret medical, trebuie asigurată de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate sau în cercetarea biomedicală (studiul clinic), precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu.

Informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru în mod explicit sau la solicitarea reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în condițiile consimțite de pacient, în măsură adecvată capacității lui de înțelegere, în situații când capacitatea de exercițiu a pacientului nu este deplină sau lipsește ori dacă legea o cere în mod expres.

Este interzis orice amestec în viața privată și familială a pacientului fără consimțământul acestuia. Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite:

- a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști în domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate;
- b) pentru a informa organele și instituțiile serviciului sanitar-epidemiologic de stat în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă;
- c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația;
- c¹) la solicitarea avocatului parlamentar și a membrilor consiliului consultativ creat de Centrul pentru Drepturile Omului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;
- d) pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vârstă de până la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale;
- e) la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Persoanele care, în exercițiul funcției, au primit informații confidențiale, de rând cu personalul medico-sanitar și farmaceutic, poartă răspundere, în conformitate cu legislația, pentru divulgarea secretului medical, luându-se în considerare prejudiciul adus prin aceasta pacientului.

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu privire la sănătatea reproductivă** prevede obligația lucrătorilor medicali de a respecta dreptul la confidențialitate în realizarea drepturilor la reproducere. (Articolul 8, lit. d)
- ▶ Conform **Legii nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mintală** informațiile despre tulburările psihice, despre solicitarea de asistență psihiatrică și tratament într-o instituție de psihiatrie, precum și alte informații despre starea sănătății psihice a persoanei constituie secret medical apărut de lege. (Articolul 9)

- ▶ **Legea nr. 23-XVI din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA** (modificată) prevede garantarea dreptului la confidențialitate al persoanei care solicită testarea la marcherii HIV sau al celei diagnosticate cu HIV. (Articolul 14) Rezultatul testului HIV este confidențial și poate fi eliberat numai următoarelor persoane: persoanei testate, părintelui sau tutorei minorului testat; reprezentantului legal al persoanei lipsite de discernământ; personalului medical implicat în procesul de tratament și/sau supraveghere medicală și epidemiologică, în condițiile respectării garanțiilor de confidențialitate și securitate a informației medicale cu caracter personal; judecătorului care a emis hotărârea de testare obligatorie.

Persoanele cărora le-au fost transmise informații ce constituie un secret profesional poartă răspundere pentru divulgarea informației transmise lor, în condițiile legii.

Personalul medical și instituțiile care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin informații privind rezultatele examenelor medicale în ceea ce privește infecția HIV (maladia SIDA) sunt obligate să asigure garanțiile obligatorii de confidențialitate și securitate a informației cu caracter personal. Aceste garanții trebuie să conțină minimum setul de instrucțiuni pentru asigurarea confidențialității și securității informației instituției, care să cuprindă obligatoriu:

- a) argumentarea necesității deținerii informației;
 - b) instructajul obligatoriu al angajaților în probleme de asigurare a confidențialității informației cu caracter medical și declarații de nedivulgare semnate;
 - c) documentația de acces al personalului la informația cu caracter personal;
 - d) persoana responsabilă de politica asigurării confidențialității;
 - e) asigurarea notificării despre obligația păstrării secretului medical la raportarea ulterioară între instituții atât pe suport de hârtie, cât și la raportarea prin procesare automatizată a datelor cu caracter personal.
- ▶ **Codul Contravențional al Republicii Moldova nr. 218-XVI din 24.10.2008** prin Articolul 75 stipulează răspunderea pentru divulgarea informației confidențiale în domeniul medical, pentru divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV), ce provoacă SIDA. Astfel, divulgarea informației confidențiale despre examenele medicale de depistare a contaminării cu virusul imunodeficienței umane (HIV), ce provoacă maladia SIDA de către personalul medical sau de către persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin astfel de informații se sancționează cu amendă de la 50 la 70 de unități convenționale.
 - ▶ **Codul Penal al Republicii Moldova Nr. 985 din 18.04.2002** în Articolul 177 descrie condițiile în care se consideră și se pedepsește încălcarea inviolabilității vieții personale. Astfel, culegerea ilegală sau răspândirea cu bună-știință a informațiilor, ocrotite de lege, despre viața personală ce constituie secret personal sau familial al altei persoane fără consimțământul ei se pedepsește cu amendă în mărime de până la 300 de unități convenționale sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 180 la 240 de ore.

Răspândirea informațiilor menționate în Aliniatul precedent :

- a) într-un discurs public, prin mass-media;
- b) prin folosirea intenționată a situației de serviciu se pedepsește cu amendă în mărime de la 200 la 500 de unități convenționale sau cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de 1 an, sau cu muncă neremunerată în folosul comunității de la 180 la 240 de ore, cu amendă, aplicată persoanei juridice, în mărime de la 1000 la 2000 de unități convenționale.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva reglementări specifice la acest compartiment.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

În Capitolul VI al *Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic* este descrisă obligativitatea respectării confidențialității în contextul exercitării profesiei medicale.

Divulgarea informației private, în cazurile de excepție acceptate de lege, trebuie să se facă cu precauție, fără a aduce prejudicii morale pacientului, cu maxim respect pentru demnitatea acestuia. Datoria medicului este de a atenua neplăcerile psihice suferite de pacient la încălcarea confidențialității.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Domnul Z., în vârsta de 51 de ani se adresează la medicul de familie împreună cu soția sa, doamna X., de 30 de ani. Domnul Z. suferă o depresie majoră motivată de mulți factori stresanți sociali. Aici se includ: diagnosticul recent de SIDA, soția sa a fost diagnosticată cu HIV, inabilitatea lor de a concepe un copil, costurile înalte a fertilizării artificiale și cheltuielile pentru operația soției (fistulă rectovaginală). Domnul Z. insistă cu întrebarea către medicul său despre calea neînțeleasă de infectare cu HIV, deoarece el nu a folosit injecții intravenoase, nu a practicat sexul neprotejat decât cu soția sa. La fel el insistă asupra investigațiilor detaliate pentru a depista motivul infertilității soției sale. Pacientul este disperat și din cauza că medicul, se pare, nu îl susține în tentativa sa, „de parcă i-ar ascunde ceva”. Domnul Z. se gândește permanent la problemele sale care îl macină. Se simte vinovat față de soția sa, considerând că el a infectat-o cu HIV, și astfel „a ucis-o”. Îl chină gândul că nu va deveni niciodată tată. De fapt, medicul personal al domnului Z. a fost mulți ani și medicul doamnei X., până la căsătoria acestora. Medicul cunoaște faptul că doamna X. a fost născută ca băiat și și-a schimbat genul la vârsta de 18 ani, după o intervenție chirurgicală în Brazilia, fiind sponsorizat de către un domn bogat. După schimbarea genului doamna X. oferea servicii sexuale cu plată, unde a fost infectată cu HIV. Ea nu a menționat acest lucru domnului Z. la căsătorie și nici adevărul despre genul său inițial. Doamna X. nu dorește ca medicul să deschidă această informație soțului său, deoarece aceasta îl „va distruge” mai mult ca depresia recentă și îl va aduce spre suicid. Medicul nu deschide soțului adevărul despre situația doamnei X. **(exemplu colectat din literatură)**.

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacienta de 34 de ani a fost internată în clinica psihiatrică după tentativa de suicid. Pacienta este în luna a patra de sarcină. Ea face parte din o minoritate etnică și împreună cu familia trăiesc în casa socrilor. Cu ajutorul unui traducător ea a informat medicul că a decis să imigreze pentru unificarea familiei soțului, însă această schimbare o afectează foarte mult. Ea nu cunoaște limba țării în care a venit, iar în familia soțului se simte ca prizonieră, fiind exploatată și impusă să îndeplinească muncă fizică grea. Soțul nu o susține. Ei au deja cinci copii mici și sunt în așteptarea la al șaselea. Într-un moment de disperare ea a decis să se arunce sub un automobil pentru a-și întrerupe viața, însă a

fost adusă la spitalul de urgențe de către poliție. În spital medicii au observat starea de depresie, din care motiv este transferată în psihiatrie. Ea nu mai are tentativă de suicid, însă este foarte supărată pe rudele sale și nu dorește să le vadă. Femeia consideră că dacă aceștia vor afla despre tentativa ei de suicid, îi vor face viața și mai mizerabilă și situația ei se va agrava. Familia nu înțelege de ce ea este internată cu cei „nebuni” și doresc să o ia acasă. Părinții se consideră în drept de a primi explicații depline despre spitalizarea nurorii sale și insistă ca medicul psihiatru să le ofere informația cerută. Psihiatrul le spune adevărul părinților socri (**caz din practica autorilor**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Sunt considerate încălcări ale dreptului la confidențialitate nu numai cazurile în care medicul, în mod activ, a furnizat informații, ci și atunci când lucrătorul medical, în mod pasiv, prin neglijență sau neatenție, a permis transferul unor asemenea informații către terțe părți. De exemplu, un medic poate fi acuzat de neglijență în păstrarea confidențialității dacă informația despre pacient a putut fi cu ușurință obținută din calculatorul sau biroul personal al medicului de către o terță persoană. Medicul este obligat să asigure inviolabilitatea datelor referitoare la pacienți, indiferent de modul în care sunt stocate sau păstrate.

În societatea noastră, cu regret, încă se înregistrează fenomenul stigmatizării și discriminării, unor grupuri de pacienți, cu anumite probleme de sănătate, chiar dacă există legi care le apără drepturile. De aceea, este evidentă necesitatea păstrării în confidențialitate a următoarelor informații: rezultatele unor teste de investigație a stării sănătății, diagnosticul stabilit, angajarea unui comportament cu risc pentru sănătate (ex.: parteneri multipli, sex comercial, consum de droguri etc.), asocierea (partener, membru al familiei) cu o persoană cu anumite probleme de sănătate, respectiv, toată informația despre viața intimă a celui examinat aflată, direct sau indirect, în timpul exercitării profesiei de medic.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea secțiunile privind Dreptul la viață privată în Capitolul 2 și Capitolul 3 cu referire la cadrul internațional și regional ale drepturilor omului în sănătate.

7.2.7 RESPONSABILITATEA DE A TRATA PACIENȚII CU RESPECT

A) LUCRĂTORI MEDICALI ȘI FARMACEUTICI SUNT OBLIGAȚI SĂ TRATEZE PACIENȚII CU RESPECT, FĂRĂ A AFECTA PERSONALITATEA ȘI DEMNITATEA ACESTORA

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGIȘIAȚIA ȚĂRII

- ▶ Respectul pentru personalitatea și demnitatea fiecărui individ este promovat în **Constituția Republicii Moldova** prin mai multe articole. Statul garantează dreptul fiecărui om la viață și la integritate fizică și psihică. Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante. (Articolul 24)

Respectarea și ocrotirea persoanei constituie o îndatorire primordială a statului. Toți cetățenii Republicii Moldova sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără deosebire de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere sau de origine socială. (Articolul 16)

De asemenea, statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată a fiecărui cetățean. (Articolul 28)

Este garantată libertatea conștiinței, care trebuie să se manifeste în spirit de toleranță și de respect reciproc. (Articolul 31)

- ▶ În **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** sunt stipulate condițiile asigurării asistenței medicale fără discriminare sau alte acte care ar leza demnitatea pacientului, în special celor care se află în situații vulnerabile.

Este garantat dreptul tuturor locuitorilor țării la asigurarea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, apartenență socială și religie. (Articolul 17)

Cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, trebuie să li se ofere posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. (Articolul 20)

Trebuie respectat dreptul fiecărei persoane la libera alegere a medicului și a formei de asistență medicală. (Articolul 25)

În cadrul instituțiilor medicale, pacientul are dreptul de a primi sau de a refuza ajutor spiritual și moral, inclusiv din partea unui slujitor al religiei sale. Pacientul are dreptul să moară în demnitate. (Articolul 34)

Statul asigură persoanele de vârstă înaintată cu asistență medico-socială, conform unor programe complexe de recuperare medico-socială care trebuie să fie orientate spre asigurarea necesităților fizice și psihice, spre prelungirea perioadei de viață activă, inclusiv în condiții casnice, spre asigurarea capacității de adaptare socio-psihologică la bătrânețe, preîntâmpinării afecțiunilor cronice și invalidității. (Articolul 38)

Dreptul la sănătate al persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune este asigurat prin interzicerea unor condiții de viață care înjosesc demnitatea și pun în pericol viața și sănătatea lor. Persoanelor aflate în stare de arest sau detențiune li se garantează asistență medico-sanitară. (Articolul 39)

Acordarea de asistență medicală specializată persoanelor care suferă de tulburări psihice se face în baza principiilor legalității, umanismului și carității, pornindu-se de la prezumția capacității de exercițiu care prevede dreptul fiecărui om de a dispune de propria sănătate, precum și de la îndatorirea de bază a medicului de a acorda asistență medicală pacientului, conform codului eticii medicale. (Articolul 42)

Tratamentul persoanelor care suferă de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie se efectuează, de regulă, pe principii benevole, ambulatoriu sau în staționar, în instituții curativ-profilactice, la dorință anonim. (Articolul 43)

- ▶ În **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** se stipulează că printre principiile generale ale activității profesiei de medic este respectarea primatului vieții și a dreptului inerent la viață al ființei umane. Medicul este obligat să respecte drepturile și interesele pacientului, precum și ale rudelor lui. (Articolul 3, lit. c, d)

Medicul este obligat să acorde asistență medicală în caz de îmbolnăvire sau accidentare a pacientului, indiferent de sex, vârstă, apartenență națională și rasială, stare socială și materială, viziune politică și confesională, religie, limbă, opinie. (Articolul 5, pt. 1, lit. a)

Orice act medical trebuie să fie exercitat exclusiv în interesul păstrării, restabilirii și fortificării sănătății individului și în interesul societății. În acest context, medicilor li se cere ca în orice condiții de exercitare a profesiei, să manifeste disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană. (Articolul 6)

Medicul este obligat, prin utilizarea tuturor capacităților și cunoștințelor profesionale, să contribuie la protejarea sănătății populației, să combată orice formă de cruzime și înjosire a demnității umane, păstrând respectul față de ființa umană. (Articolul 7)

- ▶ **Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** prevede un șir de condiții care trebuie să asigure respectarea demnității și personalității pacienților din partea lucrătorilor medicali. Astfel, pacientului trebuie să i se ofere o atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socio-economic, convingeri politice și religioase. Organizarea serviciilor medicale trebuie să fie cu asigurarea securității vieții, integrității fizice, psihice și morale a pacienților. Lucrătorii medicali sunt obligați să acționeze pentru reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate. Pacientul are dreptul la îngrijire terminală demnă de o ființă umană. (Articolul 5, lit. b, c, d, p)

- ▶ **Legea nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului** în Articolul 4 prevede că nici un copil nu poate fi supus torturii, pedepselor sau tratamentelor crude, inumane sau degradante.
 Statul ocrotește inviolabilitatea persoanei copilului, protejându-l de orice formă de exploatare, discriminare, violență fizică și psihică, neadmițând comportarea plină de cruzime, grosolană, disprețuitoare, insultele și maltratările, antrenarea în acțiuni criminale, inițierea în consumul de băuturi alcoolice, folosirea ilicită de substanțe stupefiante și psihotrope, practicarea jocurilor de noroc, cerșetoriei, incitarea sau constrângerea de a practica orice activitate sexuală ilegală, exploatarea în scopul prostituției sau al altei practici sexuale ilegale, în pornografie și în materiale cu caracter pornografic inclusiv din partea părinților sau persoanelor subrogatorii legale, rudelor. (Articolul 6)
 Fiecare copil are dreptul la apărarea demnității și onoarei. Atentatul la onoare și demnitatea copilului se pedepsește în conformitate cu legislația. (Articolul 7)

- ▶ **Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală** prevede că în cazul acordării de asistență psihiatrică persoanei suferinde de tulburări psihice trebuie să i se asigure atitudine umană și cuviincioasă, care să excludă jignirea demnității umane și discriminarea după criteriul de sex. Asistență psihiatrică trebuie acordată în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie, cu asigurarea unei intimități adecvate în structurile de sănătate mintală, inclusiv la facilități de somn, astfel încât femeile să doarmă separat de bărbați. (Articolul 5, pt. 2)
 Pentru plasarea minorilor în instituțiile de sănătate mintală trebuie de prevăzut arii habituale separate de adulți și de un mediu asigurat, adaptat vârstei minorilor și necesităților de dezvoltare ale acestora. (Articolul 5¹)
 Diagnosticul tulburărilor psihice se stabilește conform standardelor naționale și internaționale unanim recunoscute și nu poate să se bazeze numai pe faptul că persoana respinge valorile morale, culturale, politice, religioase acceptate de societate sau pe alți factori ce nu vizează direct sănătatea ei psihică. (Articolul 10)

- ▶ **Legea nr. 138 din 15.06.2012 cu sănătatea reproducerii** susține că prin asigurarea realizării de către orice persoană a drepturilor sale la reproducere, statul garantează respectarea drepturilor omului și ale cetățeanului. (Articolul 4)

- ▶ În **Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** se confirmă că asistența medicală antituberculoasă este garantată de stat și se bazează pe principiile respectării demnității persoanei, confidențialității, gratuității și accesibilității. (Articolul 12, pt. 1)
 În acordarea asistenței medicale antituberculoase, persoanele aflate la evidență în legătură cu tuberculoza și bolnavii de tuberculoză au dreptul la atitudine umană și respectuoasă din partea personalului medical și altor persoane participante la acordarea de asistență medicală antituberculoasă. (Articolul 17, lit. a)

- ▶ **Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane** prevede că medicii care au efectuat prelevarea de organe, țesuturi și celule de la o persoană decedată vor asigura restaurarea cadavrului și a fizionomiei sale prin îngrijiri și mijloace specifice, inclusiv chirurgicale, în caz de necesitate, în scopul obținerii unei înfățișări demne a corpului defunctului. (Articolul 14)

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva reglementări specifice la acest compartiment.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Codul Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic are următoarele prevederi la acest capitol:

Obligația lucrătorului medical și farmaceutic este de a apăra sănătatea fizică și mintală a omului, de a promova un mod sănătos de viață, de a preveni îmbolnăvirile și de a ușura suferințele, respectând dreptul la viață și demnitate al ființei umane, fără discriminări de vârstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie, politică sau din orice alt motiv, atât în timp de pace, cât și în timp de război. (Aliniatul 7)

În exercitarea profesiei sale, lucrătorul medical și farmaceutic acordă prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror alte interese. Respectul față de ființa umană nu încetează nici după moartea acesteia. (Aliniatul 9, 10)

Lucrătorul medical, solicitat sau obligat să acorde asistență medicală unei persoane private de libertate, inclusiv din mediul carceral, nu poate să provoace, direct sau indirect, sau să favorizeze atingerea integrității fizice sau psihice a vreunui deținut, inclusiv a demnității acestuia. Dacă lucrătorul medical sau farmaceutic va observa că persoana în detenție se află într-o situație vulnerabilă, una din obligațiile morale și profesionale medicale va fi intervenția în sprijinul și protejarea persoanei deținute. Lucrătorul medical și farmaceutic nu poate fi implicat în realizarea unor acte degradante pentru ființa umană. (Aliniatul 19, 20)

Lucrătorul medical sau farmaceutic, implicat în cercetarea (studiul) biomedicală, are datoria de a promova și a proteja viața, sănătatea, intimitatea și demnitatea subiecților umani care participă la cercetare. (Aliniatul 76)

Fiecare lucrător medical trebuie să facă tot posibilul pentru a reduce suferința bolnavului incurabil, cu respectarea demnității acestuia. (Aliniatul 86)

Lucrătorii medicali trebuie să manifeste o atitudine echitabilă și fără restricții față de cuplurile care au apelat la inseminarea artificială, iar copilul născut ca urmare a acestei proceduri va putea beneficia de toate drepturile copilului conceput pe cale naturală. (Aliniatul 94)

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Pacienta S. este diagnosticată cu tuberculoză pulmonară și necesită internare în instituție medicală specializată. Ea este informată pe deplin de către medic despre starea sănătății și pericolul care îl prezintă această infecție. La spitalizare pacientei îi sunt asigurate condiții sanitare adecvate, ea se află într-un mediu agreabil și primește o atitudine respectuoasă din partea personalului medical al instituției (**exemplu ipotetic**).

- ▶ În cadrul instituției medicale este organizată o sală de rugăciuni pentru pacienții și rudele acestora. În cazul pacienților gravi, muribunzi, administrația spitalului permite invitarea preotului la patul bolnavului pentru anumite ritualuri religioase (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ În cadrul unei maternități femeile de o anumită etnie minoritară sunt plasate în saloane speciale, separat de femeile din populația majoritară a țării. Condițiile în acele saloane sunt diferite, mult mai modeste, iar personalul are un comportament discriminatoriu și brutal cu parturientele și copiii nou născuți ai acestora (**caz colectat din practica autorului**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Este important de reținut că obligația de a trata pacienții cu respect este tangențială cu majoritatea drepturilor pacienților. De exemplu, prin ignorarea dorinței pacientului pentru confidențialitate deplină, un medic va atenta la demnitatea acestuia.

H) CORELAREA CU DREPTURI INTERNAȚIONALE ȘI REGIONALE RELEVANTE

A se vedea, de asemenea, secțiunea privind Dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, Dreptul de a nu fi discriminat și la echitate, Dreptul la viață privată și Confidențialitate descrise în Capitolul 2 și Capitolul 3, dedicate cadrului internațional și regional al drepturilor omului în sănătate.

7.2.8 OBLIGAȚIA ÎN FAȚA COLEGILOR

A) LUCRĂTORUL MEDICAL SAU FARMACEUTIC ÎȘI VA TRATA COLEGII AȘA CUM ÎȘI DOREȘTE EL ÎNSUȘI SĂ FIE TRATAT. INTEGRITATEA PROFESIUNII MEDICALE ȘI IMAGINEA LUCRĂTORILOR MEDICALI SUNT VALORI DE O IMPORTANȚĂ MAJORĂ PENTRU SOCIETATE

B) OBLIGAȚIA PREVĂZUTĂ ÎN CONSTITUȚIA/LEGISLAȚIA ȚĂRII

- ▶ **Constituția Republicii Moldova** nu are careva stipulări specifice la acest subiect.
- ▶ **Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995** prevede că exercițiul profesiunilor medico-sanitare și farmaceutice este supravegheat de Ministerul Sănătății. (Articolul 8, pt. 3)
- ▶ **Legea nr. 264-XVI din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic** stipulează că exercitarea profesiei de medic este incompatibilă cu orice activitate sau ocupație care diminuează sau aduce prejudicii demnității profesionale și încalcă codul deontologic. (Articolul 8, lit. b)
Medicul este obligat să respecte normele etico-profesionale stabilite. (Articolul 17, pt. I)
Articolul 19 al Legii stabilește normele desfășurării raportului medic-medic. Raporturile dintre medici se

întemeiază pe corectitudine, colaborare, respect reciproc, solidaritate de breaslă. Pot fi supuse criticii numai acțiunile profesionale și comportamentul deontologic. Medicul nu poate împiedica pacientul în alegerea unui alt medic curant. Reputația profesională a medicului se întemeiază pe rezultatele activității sale. Medicul este obligat să aibă o atitudine respectuoasă față de personalul medical mediu și inferior. Raporturile dintre medic și farmacist se desfășoară în spirit de colaborare, în limitele competențelor specifice stabilite. Raporturile dintre medic și farmacist nu sunt raporturi de subordonare. (Articolul 20)

- **Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** susține că medicul trebuie să asigure, în modul stabilit de legislație, îndeplinirea solicitării pacientului ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate) pentru o opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști.

C) REGULAMENTE/DECIZII/ORDINE SPECIFICE

Nu există careva reglementări specifice la acest compartiment.

D) PREVEDERILE CODULUI DE ETICĂ

Capitolul X al **Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic** descrie situațiile de incompatibilitate a profesiunii de medic și de probabile conflicte de interese.

Lucrătorul medical sau farmaceutic nu trebuie să se folosească de un mandat, o funcție administrativă sau de alte circumstanțe pentru a-și spori numărul de pacienți. Nu este considerată etică înțelegerea dintre doi medici, dintre medic și farmacist sau dintre medic și un cadru auxiliar în vederea obținerii unor avantaje materiale.

Fiecare lucrător medical sau farmaceutic este obligat, din punct de vedere moral, să raporteze sau să declare benevol specialiștilor din domeniu despre comiterea unor greșeli (erori) proprii sau despre depistarea acestora în activitatea colegilor săi de breaslă, din moment ce pot fi afectate valorile vieții, sănătății și ale interesului pacientului. Depistarea greșelii, indiferent de omisiune sau comitere, rămâne un criteriu imperios necesar în aprecierea nivelului de responsabilitate a lucrătorului medical (raportul necesitate și libertate profesională). O atitudine competentă, onestă și interesată a colegilor va servi drept o reabilitare morală pentru lucrătorul medical sau pentru cel farmaceutic, care a comis eroarea depistată.

Capitolul XI al *Codului* descrie normele deontologice ale relațiilor colegiale și de colectiv ale lucrătorilor medicali și farmaceutici. Blamarea și defăimarea colegilor în prezența bolnavilor, a personalului sanitar etc., precum și orice expresie sau act capabil să compromită încrederea în medicul curant și autoritatea acestuia constituie o încălcare a regulilor etice.

Lucrătorul medical sau farmaceutic va cere părerea unui coleg sau va recomanda pacientului consultarea altor colegi în cazul când consideră că propriile abilități și cunoștințe sunt insuficiente.

În cazul când pacientul este consultat de un grup de specialiști, aceștia se vor retrage pentru a discuta cazul. După ce specialiștii vor ajunge la un consens, medicul curant va comunica bolnavului rezultatul consultului.

În cadrul consultului medical comun se va păstra atmosfera de stimă și respect reciproc și se va exclude orice manifestare de superioritate față de medicul curant. Cazul respectiv și observațiile critice nu se vor discuta în prezența bolnavului sau a altor persoane străine, chiar dacă este vorba de lucrători medicali sau farmaceutici ce se află în subordine.

Medicul care a fost invitat pentru consult nu va examina ulterior pacientul din proprie inițiativă și fără aprobarea medicului curant, cu excepția cazurilor de urgență. Dacă în urma consultului de către un grup de specialiști, avizul acestora diferă fundamental de cel al medicului curant, pacientul trebuie informat

despre acest fapt. Medicul curant este liber să se retragă în cazul când părerea medicilor care au participat la consult prevalează în opinia pacientului sau a rudelor acestuia.

Dacă propunerea pentru consult medical vine din partea pacientului sau a rudelor acestuia, medicul curant este obligat să organizeze consultul.

E) ALTE SURSE RELEVANTE

Nu au fost identificate alte surse relevante la acest capitol.

F) EXEMPLE DIN PRACTICĂ

1. Exemple de complianță

- ▶ Medicul D. în timpul consultației unui pacient a suspectat o greșeală în stabilirea diagnosticului pe baza interpretării eronate a datelor de laborator de către specialistul care a consultat anterior pacientul. Medicul D. a explicat pacientului că are nevoie să discute cu medicul care l-a consultat anterior, pentru a concretiza niște date despre diagnostic. Pacientul i-a oferit datele de contact ale medicului. Medicul D. a contactat colegul de breaslă și, împreună, au discutat rezultatele de laborator și diagnosticul final. Ulterior, pacientul a fost informat despre decizia la care au ajuns, de comun acord, medicii asupra diagnosticului (**exemplu ipotetic**).

2. Exemple de încălcare

- ▶ Pacientul L. se află internat, în stare gravă, în spital. Rudele pacientului pun la îndoială conduita terapeutică care a fost stabilită de către medicul curant. Rudele invită un specialist renumit în domeniu pentru consultarea pacientului. La sosirea specialistului, medicul din secție a manifestat revoltă și a expus supărat familiei pacientului că, odată ce a fost solicitată consultația altui medic, el refuză să mai trateze în continuare acest pacient și îl externează imediat (**caz din practica autorului**).
- ▶ Soții A. s-au adresat la spitalul raional cu copilul de 5 ani care avea fractură a femurului. Chirurgul de serviciu a făcut intervenția, a fixat atelele. Însă, după operație, copilul avea dureri foarte intense. Părinții s-au adresat pentru sfat către un alt chirurg din secție, fiind nedumeriți de cauza durerilor atât de intense. Medicul le-a răspuns ca "probabil a fost făcută greșit intervenția", dar el pleacă acasă și nu se implică, deoarece acesta nu este pacientul lui. Fiind alarmați de așa răspuns, părinții au externat forțat copilul și l-au transportat de sine stătător la spitalul din capitală, unde copilului i-au făcut de urgență intervenție repetată, pentru a corecta greșeala comisă la prima intervenție (**caz din practica autorului**).
- ▶ Pentru a atrage mai mulți pacienți, medicul L. răspândește bârfe și minciuni despre incompetența colegului său (**caz ipotetic**).

3. Caz actual

- ▶ Nu au fost identificate careva cazuri relevante acestui capitol.

G) NOTE PRACTICE PENTRU JURISTI

Deoarece se atestă o experiență insuficientă în acest domeniu, nu putem oferi juriștilor careva sfaturi practice la acest capitol.



8.1 MECANISMELE PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR ÎN INSTANȚĂ

8.2 PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV

8.3 PROCEDURA CIVILĂ

8.4 PROCEDURA PENALĂ

8.5 OFICIUL OMBUDSPERSON-UL (AVOCATUL POPORULUI)

8

PROCEDURI NAȚIONALE

8.1 MECANISMELE PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR ÎN INSTANȚĂ

CARE SUNT MECANISMELE NAȚIONALE DE APĂRAREA A DREPTURILOR PACIENȚILOR ȘI DE REMEDIERE A VIOLĂRILOR?

Există două căi pentru protecția legală a drepturilor pacientului la nivel național: protecția extra-judiciară (sau administrativă) și protecția judiciară.

Protecția extrajudiciară

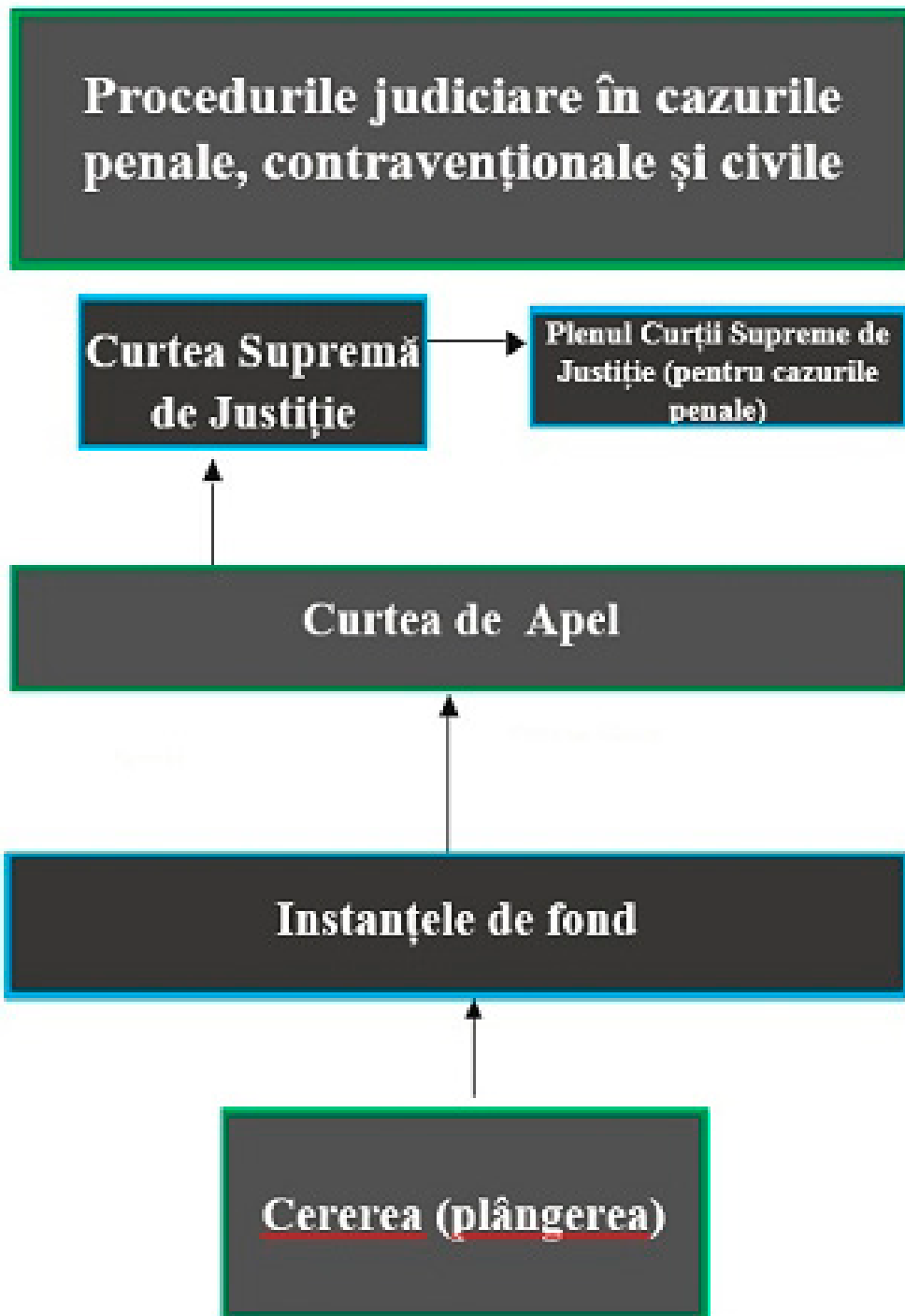
Conform Articolului 52 din **Constituția Republicii Moldova**, oricare cetățean are dreptul să depună o sesizare sau petiție la autoritatea publică, pentru a se expune pe marginea violărilor drepturilor sale, personal sau prin reprezentant.

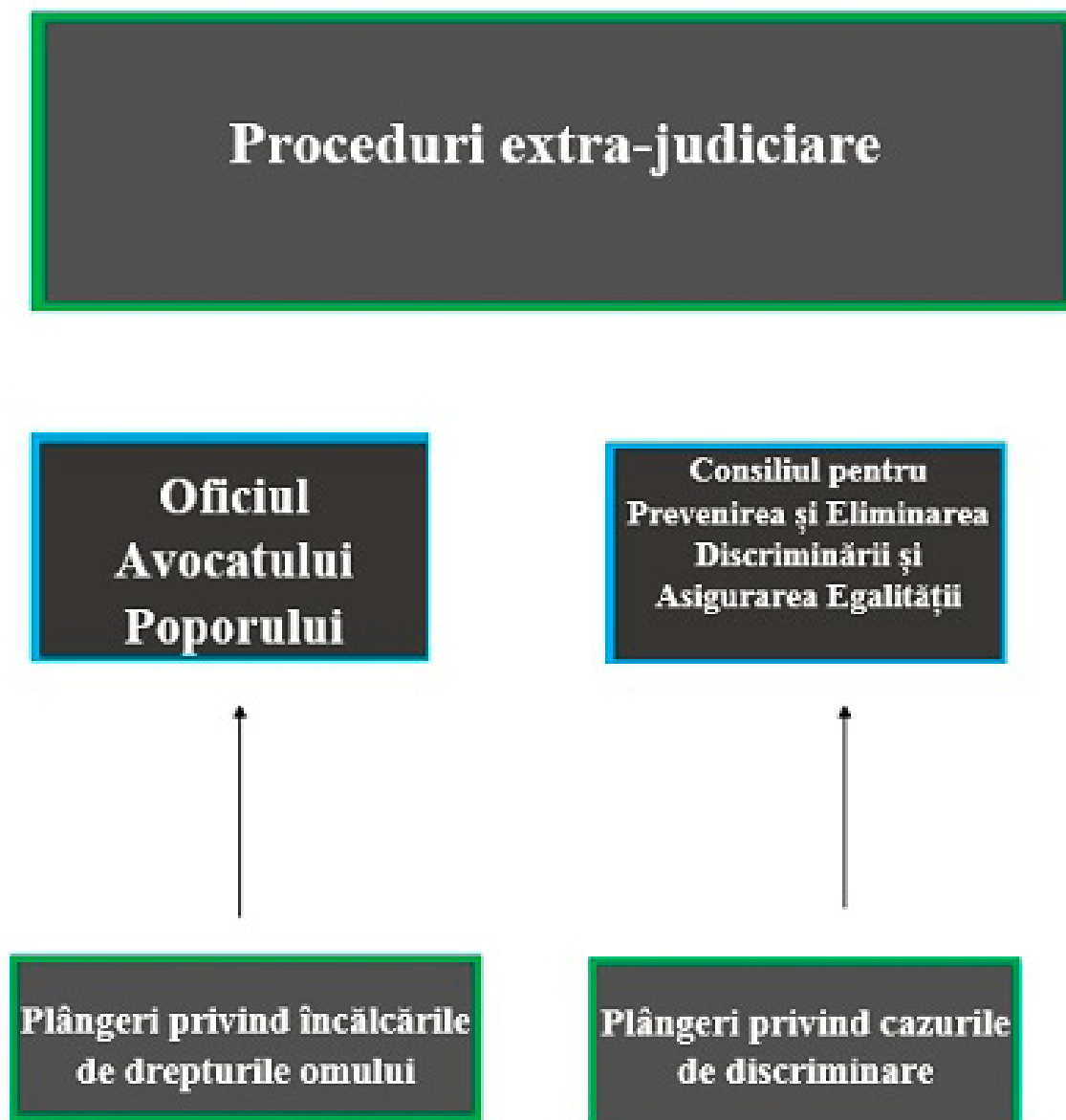
În Articolul 16 din **Legea cu privire la drepturile și obligațiile pacientului nr. 263-XV din 27.10.2005** (în continuarea Legea nr. 263-XV), protecția drepturilor pacientului, pe cale extrajudiciară, are loc prin depunerea sesizării/petiției la una din următoarele instituții:

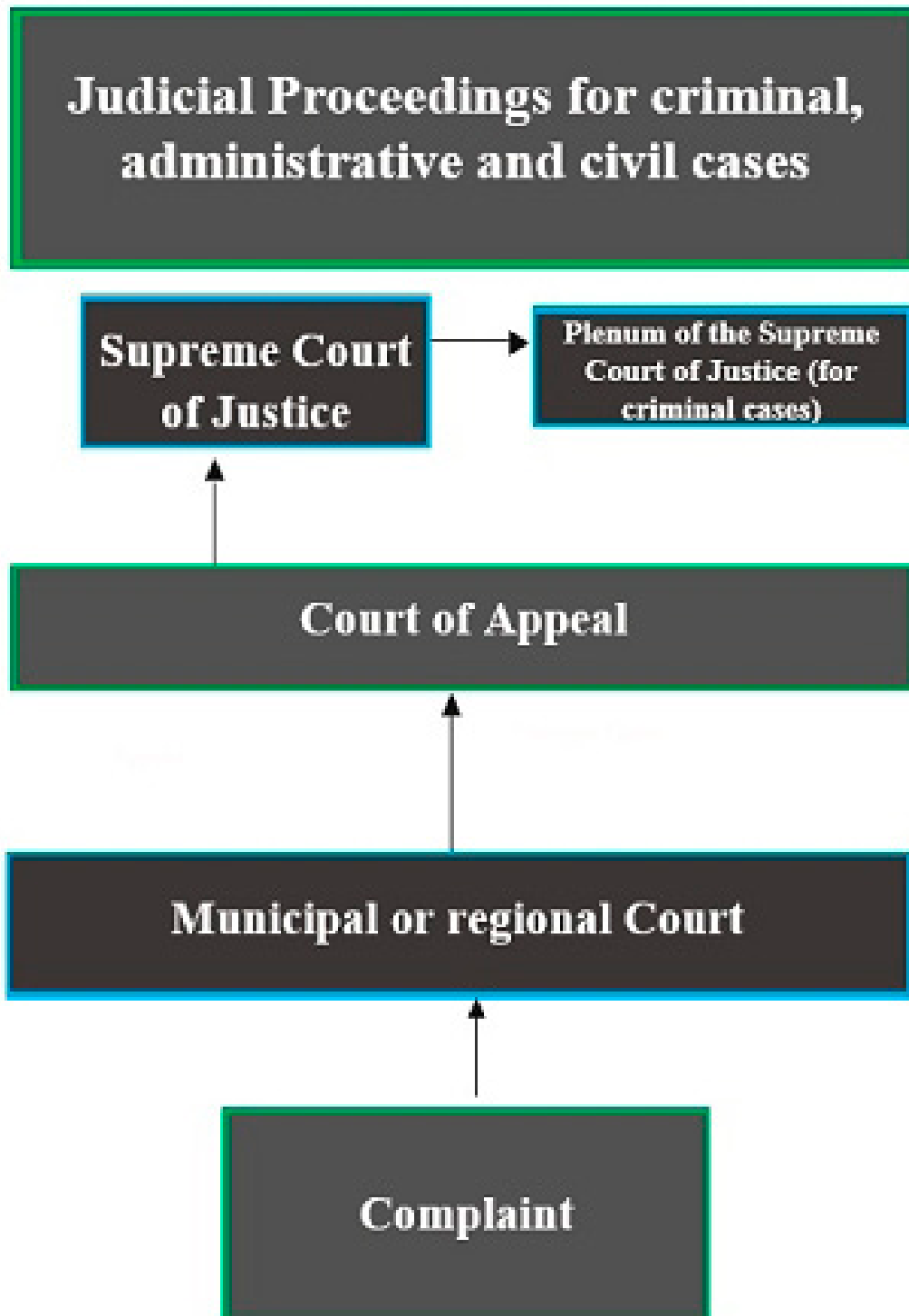
- a) Ministerul Sănătății;
- b) direcțiile teritoriale de sănătate;
- c) instituțiile medico-sanitare și farmaceutice;
- d) organizațiile de asigurări de sănătate;
- e) organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile pacienților, asociațiile obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate.

Protecția Judiciară

Protecția judiciară a drepturilor pacientului, conform Articolului 17 din **Legea nr. 263-XV**, permite persoanei depunerea unei cereri de chemare în judecată **în instanța judiciară competentă** în apărarea drepturilor sale și remedierea violărilor. O cerere de chemare în judecată poate fi depusă atât prin procedura civilă cât și prin procedura contenciosului administrativ.







Procedura Extrajudiciară

din *Legea privind drepturile și obligațiile pacientului*

Capitolul 4

PROTECȚIA DREPTURILOR PACIENTULUI

- ▶ **Articolul 15. Asigurarea dreptului pacientului de a ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate**
 - (1) *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.*
 - (2) *Pacientul are dreptul la o examinare și rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă.*
 - (3) *Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația.*
- ▶ **Articolul 16. Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului**
 - (1) *Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului se realizează, după 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 consumatorilor de servicii de sănătate;*
 - f) *alte structuri, create și acreditate în conformitate cu legislația.*
 - (2) *Fiecare instituție medico-sanitară este obligată să afișeze într-un loc accesibil pentru public informația cu privire la drepturile pacienților, modul și termenele de depunere a petițiilor și sugestiilor.*
 - (3) *Cererile sau reclamațiile pacienților adresate organelor menționate la alin.(1) se examinează în temeiul Legii nr. 190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare și al altor acte legislative. Despre rezultatele examinării și decizia luată sunt informați pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și prestatorul de servicii de sănătate pe a cărui adresă a fost depusă reclamația.*
 - (4) *În caz de dezacord al pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) cu rezultatele examinării și decizia luată, aceștia pot apela la comisia independentă de expertiză profesională medicală, care se creează și activează în conformitate cu un regulament aprobat de Ministerul Sănătății.*
- ▶ **Articolul 17. Protecția judiciară a drepturilor pacientului**
 - (1) *Orice persoană care consideră că i-au fost lezate drepturile și interesele legitime prevăzute de prezenta lege este în drept, în vederea protejării lor, să se adreseze în instanța judecătorească competentă.*
 - (2) *Adresarea în instanțele judecătorești se face conform prevederilor legislației.*
- ▶ **Articolul 18. Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor pacientului**
 - (1) *Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor individuale, stipulate de prezenta lege - prestatorii de servicii de sănătate.*
 - (2) *Persoanele vinovate de încălcarea drepturilor pacientului stipulate de prezenta lege poartă răspundere în conformitate cu legislația.*

ACTELE LEGISLATIVE CARE REGLEMENTEAZĂ MECANISMELE DE PROTECȚIE EXTRAJUDICIARĂ A DREPTURILOR PACIENȚILOR.

Mecanismele extrajudiciare pentru protecția drepturilor pacienților sunt reglementate în primul rând de **Legea nr. 263-XV cu privire la drepturile și obligațiile pacienților**, aceasta fiind *lex specialis*⁷²⁷ pentru domeniul sănătății publice. Aplicabilă este și **Legea nr. 190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare** (în continuare Legea nr. 190-XIII) și **Legea contenciosului administrativ nr. 793-XIV** din 10 februarie 2000 (în continuare Legea nr. 793-XIV).

Atenție!!!

Mecanismele extrajudiciare ar putea rezolva limitarea nejustificată și abuzivă a drepturilor pacienților, nu și repunerea în drepturile încălcate și compensarea prejudiciului material și moral adus pacientului. De aceea, luați în considerare utilizarea acestor proceduri extrajudiciare pentru a aduna probe și să se estimeze poziția instituției medicale implicate. Pentru probleme mai simple, cum ar fi accesul clientului la propriul dosar medical și de diagnostic, este posibil să se adreseze șefului instituției medicale cu o scrisoare oficială și discutați cu medicul care refuză accesul la informație. Trimiterea la un posibil proces, de obicei, are un efect de "apel de trezire" asupra personalului medical și cu mai puțin stres clientul poate primi informațiile necesare.

CUM SE FORMULEAZĂ PLÂNGEREA ȘI PROCEDURA DE DEPUNERE A EI

Persoanele care consideră că le-au fost încălcate drepturile, de către prestatorii de servicii de sănătate, pot adresa o plângere în formă scrisă personal sau prin reprezentant/avocat.

!!! IMPORTANT

Conform modificărilor recente (din iulie 2010) la *Legea cu privire la avocatură nr. 1260* și la Articolul 80, 81 din *Codul de Procedură Civilă*, instituția reprezentării prin procură este interzisă persoanelor care nu au licența de avocat. Această interdicție intră în vigoare începând cu 01.01.2012, de aceea e recomandabil participarea unui avocat.

E important de reținut de asemenea, că plângerea trebuie adresată șefului instituției sau chiar Ministerului Sănătății pentru a implica în rezolvarea situației persoana ierarhic superioară celui care acționează ilegal.

Persoana poate deplânge atât încălcarea drepturilor sale individuale (dreptul la informare, dreptul la confidențialitatea datelor cu caracter medical ș.a.), cât și să atace acțiunile și/sau deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere care au condus la lezarea drepturilor lui.

După cum se explică în Articolul 15 din Legea nr. 263-XV persoana are dreptul la o examinare și rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă. Asta înseamnă că autoritățile publice sunt obligate să dea răspuns la plângerea persoanei în termeni stabiliți de lege, iar răspunsul trebuie să fie un rezultat al examinării multilaterale și obiective a plângerii.

Articolul 16 alin. 3, indică că *cererile sau reclamațiile pacienților adresate organelor menționate la alin. (1) se examinează în temeiul Legii nr. 190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare*. Respectiv, la depunerea și examinarea cererii/reclamației trebuie să se țină cont atât de prevederile Legii nr. 263-XV cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului cât și cele ale Legii nr. 190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare. Prin reclamație, în sensul Art. 4 din Legea nr. 190-XIII, se înțelege orice cerere, reclamație, propunere, sesizare, adresată organelor de resort, inclusiv cererea prealabilă prin care se contestă un act administrativ sau nesoluționarea în termenul stabilit de lege a unei cereri.

⁷²⁷. *Lex specialis* – lege cu prevederi specifice unui domeniu.

Adresarea cu o reclamație către autoritățile publice indicate în Articolul 16, alin. 1 din Legea nr. 263-XV este importantă atât pentru soluționarea extrajudiciară a problemei, care nu implică costuri mari și nici mult timp, cât și dacă persoana intenționează ulterior să depună o acțiune de chemare în judecată în procedura contenciosului administrativ, care presupune epuizarea procedurii prealabile de soluționare a problemei anterior adresării în instanța de judecată.

Reclamația se adresează organului emitent, a cărui decizie sau acțiune se contestă. În cazul în care organul emitent are un organ ierarhic superior, reclamația poate fi adresată, la alegerea persoanei, organului emitent sau organului ierarhic superior. Persoana, care nu este satisfăcută de răspunsul primit la reclamație sau nu a primit un răspuns în termenul stabilit de lege, este în drept să sesizeze instanța de contencios administrativ competentă (vezi *Capitolul 2 de mai jos*).

Reclamația se depune în scris, sau în formă electronică când e posibil, conform Articolul 5 din Legea nr. 190-XIII, în limba de stat sau în limba rusă în conformitate cu Legea cu privire la funcționarea limbilor vorbite pe teritoriul Republicii Moldova. Reclamația în formă electronică trebuie să corespundă cerințelor față de documentul electronic, inclusiv aplicarea semnăturii digitale, în conformitate cu legislația în vigoare.

Reclamația trebuie să conțină:

- a) Date de identificare a petiționarului, cum sunt: numele, prenumele, adresa de la domiciliu și/sau adresa de corespondență, datele de contact ale reprezentantului/avocatului dacă e cazul.
- b) Date de identificare a prestatorului de servicii de sănătate a cărui acțiuni sau decizie sunt deplânse în cerere/reclamație.
- c) Denumirea autorității publice către care se adresează cererea/reclamația.
- d) Descrierea faptelor deprimse și formularea reclamației.
- e) Atașarea copiilor documentelor relevante în susținerea cererii/reclamației.
- f) Indicarea datei depunerii și semnătura autorului.

Dacă cererea/reclamația este depusă de reprezentantul/avocatul persoanei, atunci este obligatorie atașarea procurii.

!!! IMPORTANT

La cerere se atașează doar copiile documentelor, niciodată originalele pentru că există șanse să nu le obțineți înapoi. Documentele originale pot fi arătate la solicitare, dar întotdeauna să rămână la păstrarea petiționarului. Dacă cererea este depusă din numele clientului, nu uitați să atașați copia certificată a mandatului. Avocații au dreptul să certifice copiile documentelor ca fiind conforme originalelor.

CE SE ÎNTÂMPLĂ DACĂ PERSOANA A COMIS ERORI SAU INEXACTITĂȚI ÎN TEXTUL PLÂNGERII?

Erorile sau inexactitățile minore, admise din necunoașterea de către petiționar a unor fapte sau prevederi în legislație și care nu pot influența esențial la soluția dată de organul competent sesizat, nu are o importanță majoră pentru autoritatea publică care examinează plângerea. Dacă însă plângerea conține inexactități și erori esențiale pentru examinarea promptă, justă și eficientă a cererii, după cum cere Articolul 15 din Legea nr. 263-XV, atunci riscul e că persoana nu va primi răspunsul așteptat, iar însăși examinarea cererii va fi lipsită de eficiență. În cel din urmă caz, o nouă plângere/reclamație va trebui să fie depusă, pentru că fără un răspuns clar la reclamația înaintată nu se poate aștepta o soluționare efectivă a problemei.

Articolul 9, alin. 1, din Legea nr. 190-XIII prevede că reclamațiile trebuie să fie semnate de autor, indicându-se numele, prenumele și domiciliul. Reclamațiile în formă electronică trebuie să conțină informații privind numele, prenumele, domiciliul și adresa electronică a persoanei. Reclamațiile ce nu întrunesc condițiile prevăzute la alin. 1 al Art. 10 se consideră anonime și nu vor fi examinate.

CĂTRE CARE DIN AUTORITĂȚILE MENȚIONATE ÎN ARTICOLUL 16, AL. 1 DIN LEGEA NR. 263-XV TREBUIE ÎNDREPTATĂ PLÂNGEREA?

Plângerile/reclamațiile se adresează organelor sau persoanelor oficiale, de a căror competență nemijlocită ține soluționarea lor. Plângerile/reclamațiile, în care este atacat un act, o decizie, o acțiune ori inacțiune a unui organ administrativ sau persoană cu funcție de răspundere, care au lezat drepturile și interesele legitime ale petiționarilor, se adresează organului ierarhic superior.

Autoritățile publice locale și centrale sunt indicate în Articolul 16 alin. 1 din Legea nr. 263-XV, după cum sunt plasate pe scară ierarhică, unde Ministerul Sănătății este organul ierarhic superior celorlalte instituții, iar organizațiile de asigurări de sănătate - cel mai inferior. Organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile pacienților, asociațiile obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate nu fac parte din sistemul instituțional, ele existând în mod independent, de aceea o plângere/reclamație către ele poate avea drept scop doar solicitarea de asistență în rezolvarea problemei, nu și însăși rezolvarea ei. Astfel dacă plângerea/reclamația se referă la încălcarea drepturilor sau contestarea deciziei luate de, spre exemplu vreo, instituție medico-sanitară și farmaceutică, atunci cererea va fi adresată organului ierarhic superior care e direcția teritorială de sănătate.

Plângerile/reclamațiile în care sunt atacate deciziile organizațiilor care nu au organele ierarhic superioare, precum și deciziile organelor executive raionale, primăriilor orașelor de subordonare republicană, se adresează instanței de contencios administrativ.

CE SE ÎNTÂMPLĂ DACĂ PLÂNGEREA/RECLAMAȚIA NU ESTE ADRESATĂ ORGANULUI COMPETENT?

Dacă plângerea/reclamația este depusă sau adresată unei autorități publice neîmputernicită să se expună asupra ei, persoana fie va fi informată unde să se adreseze fie însăși autoritatea publică o va expedia, conform Articolului 9, alin. 1, din Legea nr. 190-XIII, organului competent în termen de 3 zile lucrătoare de la data înregistrării plângerii/reclamației, fapt despre care este informată persoana. Legea interzice expedierea petițiilor/reclamațiilor către organele sau persoanele cu funcții de răspundere, acțiunile ori deciziile cărora sunt atacate în plângerea/reclamația depusă de persoană.

RECLAMAȚIE VERBALĂ SAU SCRISĂ?

Fiecare din autoritățile publice competente să examineze plângerea/reclamația, menționate în Articolul 16, alin. 1, din Legea nr. 263-XV, este obligată să afișeze orarul de primire a cetățenilor și modalitatea de depunere a plângerilor/reclamațiilor de cei care consideră că le-au fost limitate sau încălcate drepturile. Persoana este liberă să decidă în dependență de situația concretă și complexitatea faptelor, dacă va depune o reclamație verbală în timpul orelor de audiere a cetățenilor sau va adresa o reclamație scrisă. Evident în cazuri urgente persoanele își exprimă verbal dezacordul cu acțiunea, decizia sau încălcarea drepturilor sale astfel ca situația să fie soluționată imediat. În cazurile în care soluția nu este imediat evidentă sau soluționarea problemei se târăgănează, preferabil e depunerea unei cereri scrise pentru a primi un răspuns în scris care să permită persoanei să se adreseze ulterior în judecată, dacă nu va fi satisfăcută cu răspunsul primit.

PERIOADA DE TIMP NECESARĂ PENTRU EXAMINAREA PLÂNGERII/RECLAMAȚIEI

Conform prevederilor Articolului 8 din Legea nr. 190-XIII, plângerile/reclamațiile se examinează de către organele competente în termen de 30 de zile de la înregistrarea adresării, iar cele care nu necesită o stu-

diere și examinare suplimentară - fără întârziere sau în termen de 15 zile de la data înregistrării. În cazuri deosebite, termenul de examinare poate fi prelungit de către conducătorul organului corespunzător cu cel mult o lună, fapt despre care este informată persoana. Cererea prealabilă se examinează de către organul emitent sau ierarhic superior în termen de 30 de zile de la data înregistrării ei, decizia urmând a fi comunicată de îndată persoanei.

CARE SUNT OBLIGAȚIILE AUTORITĂȚILOR PUBLICE ȘI PROCEDURA DE EXAMINARE?

Organul sau persoana oficială cărora le-au fost adresate plângerile/reclamațiile sunt obligate:

- să examineze plângerile/reclamațiile, inclusiv cererile prelabile, în termenul stabilit de lege;
- să asigure restabilirea drepturilor lezate și recuperarea, în condițiile legii, a prejudiciului cauzat;
- să asigure executarea deciziilor adoptate în urma examinării petițiilor.

Organul emitent este în drept să respingă plângerea/reclamația sau cererea prealabilă ori să o accepte și, după caz, să anuleze sau să modifice decizia contestată (în continuare actul administrativ). În cazul în care se recunoaște încălcarea dreptului deplâns de petiționar și în dependență de gravitatea încălcării, petiționarul va fi restabilit în drepturi, iar persoana responsabilă de încălcare poate fi sancționată disciplinar. Organul ierarhic superior este în drept să anuleze actul administrativ, în întregime sau în parte, să oblige organul ierarhic inferior să repună în drepturi persoana respectivă ori, după caz, să anuleze actul administrativ emis.

În procesul examinării petiției/reclamației nu se admite divulgarea informațiilor privind viața personală a persoanei contrar voinței sale sau a altor informații personale, pentru că acest fapt ar aduce atingere drepturilor și intereselor legitime ale persoanei. La fel, este interzisă elucidarea unor informații despre personalitatea persoanei, dacă acestea nu se referă la conținutul plângerii/reclamației.

În fiecare instituție sunt persoane special desemnate pentru organizarea lucrului cu plângerile/reclamațiile, precum și pentru ducerea evidenței, păstrării lor. Pentru încălcarea procedurii de examinare și păstrare a petițiilor/reclamațiilor, persoana poartă răspundere disciplinară, iar în lipsa persoanelor indicate, răspunderea disciplinară o poartă conducătorul organului respectiv. De aceea, înregistrarea plângerii/reclamației scrise la autoritatea competentă să se expună pe marginea ei, garantează cel puțin primirea unui răspuns oficial cu poziția instituției asupra problemei.

Refuzul neîntemeiat de a examina plângerea/reclamația sau tărgănarea examinării ei cu încălcarea termenilor prescriși în lege, adoptarea unor decizii ce contravin legislației, divulgarea informațiilor privind viața personală a persoanei contrar voinței sale, poate atrage și răspundere contravențională.

Atenție!!!

Articolul 75 al Codului Contravențional prevede expres răspunderea personalului medical privind divulgarea datelor cu caracter medical. Este recomandabil să cereți întocmirea procesului-verbal contravențional și aplicarea sancțiunii în cazul în care divulgarea datelor este evidentă. O eventuală sancțiune contravențională va face mai ușoară sarcina probei în acțiunea privind recuperarea prejudiciului moral și material.

Persecutarea persoanei în legătură cu înaintarea reclamației ori pentru exprimarea unor opinii critice ce se conțin în ea, precum și refuzul neîntemeiat de a examina petiția sau tărgănarea examinării ei, adoptarea unor decizii ce contravin legislației, divulgarea informațiilor privind viața personală a petiționarului contra voinței lui, dacă acestea au fost însoțite de abuz de putere sau abuz de serviciu, exces de putere sau depășire a atribuțiilor de serviciu, de atitudine neglijentă față de îndatoririle sale din partea persoanelor cu funcții de răspundere, în urma cărora au fost prejudiciate considerabil drepturile petiționarului, poate atrage și răspundere penală.

Atenție!!!

Art. 8, lit.c, al Legii cu privire la libertatea de exprimare oferă imunitate persoanelor împotriva acțiunilor de defăimare pentru declarația făcută de persoana în cererile, scrisorile sau plângerile cu privire la încălcarea drepturilor și a intereselor legitime, expediate autorităților publice pentru examinare.

CE FORMĂ IA RĂSPUNSUL ȘI CARE SUNT POSIBILITĂȚILE PERSOANEI DACĂ NU ESTE DE ACORD CU RĂSPUNSUL PRIMIT?

Rezultatul examinării se aduce la cunoștință, în mod obligatoriu, petiționarului în scris sau în formă electronică, iar cu consimțământul lui - oral. Răspunsul trebuie să fie bazat pe materialele examinării și să conțină trimiteri la legislație, cu explicarea dreptului de a ataca răspunsul sau decizia la organul ierarhic superior sau în instanța de judecată.

Atunci când cerințele expuse în petiție/reclamație sunt recunoscute ca fiind legale, organul împuternicit sau persoana cu funcții de răspundere, care au adoptat decizia despre satisfacerea lor, sunt obligate să ia măsuri în vederea compensării prejudiciilor materiale, în condițiile legii, și să soluționeze problema responsabilității persoanelor vinovate de încălcarea legii și a drepturilor petiționarului.

Plângerile/reclamațiile cu același conținut, adresate a doua oară, care nu conțin argumente ori informații noi, nu se reexaminează, fapt despre care este informat în scris sau în formă electronică petiționarul.

CUM POATE FI CONTESTAT RĂSPUNSUL LA PLÂNGERE/RECLAMAȚIE?

Persoana, care consideră că drepturile ei sunt lezate și nu este de acord cu deciziile organului sau persoanei oficiale care au examinat plângerea/reclamația, au dreptul de a se adresa în instanța de contencios administrativ în termen de 30 de zile. Instanța de contencios administrativ examinează cererea conform prevederilor Legii contenciosului administrativ nr. 793-XIV din 10 februarie 2000 (în continuarea Legea nr. 793-XIV).

8.2 PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV

Contenciosul administrativ este o procedură specială care oferă posibilitate petiționarului să-și exercite dreptul consfințit în Articolul 53 din Constituție de a depune plângere împotriva acțiunilor nelegitime ale organelor administrației publice, instituțiilor și organizațiilor și ale persoanelor cu funcții de răspundere din cadrul acestora care îngădesc sau încalcă drepturile și interesele legitime ale persoanei.

Odată ce prestatorii de servicii de sănătate, în marea parte, sunt instituții și organizații de stat, pacienții care consideră că le-au fost încălcate drepturile garantate de Legea nr. 263-XV, pot face uz de procedura contenciosului administrativ pentru a contesta decizia sau acțiunile nelegitime ale funcționarilor și ale instituțiilor în cauză.

Procedura contenciosului administrativ este reglementată de Legea nr. 793-XIV, ca fiind *lex specialis*, și în lumina prevederilor Capitolului 24 din Codul de Procedură Civilă, se desfășoară conform regulilor generale pentru procedura civilă cu respectarea prevederilor Legii nr. 793-XIV.

CARE ESTE OBIECTUL ACȚIUNII ÎN CONTENCIOS ADMINISTRATIV?

Obiect al acțiunii în procedura contenciosului administrativ îl constituie actele administrative, cu caracter normativ și individual, prin care este vătămat un drept recunoscut de lege al unei persoane, inclusiv al unui terț, emise de:

- autoritățile publice și autoritățile asimilate acestora;
- subdiviziunile autorităților publice;
- funcționarii din structurile specificate la lit. a) și b).

Obiect al acțiunii în contenciosul administrativ poate fi și nesoluționarea în termenul legal a unei cereri referitoare la un drept recunoscut de lege.

Atenție!!!

Este important să se facă clar în cererea de contencios administrativ care drepturi ale clientului au fost încălcate și care decizii sau acțiuni au stat la baza acestei încălcări, acesta fiind obiectul procedurii contenciosului administrativ.

ÎN CE TERMEN SE POATE DEPUNE CEREREA DE CHEMARE ÎN JUDECATĂ ÎN PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV?

Cererea, prin care se solicită anularea unui act administrativ sau recunoașterea dreptului pretins a fi încălcat, poate fi înaintată în termen de 30 de zile. Termenul de 30 de zile este termen de prescripție, ceea ce înseamnă că cererea trebuie să fie depusă până la expirarea acestui termen și omiterea lui lipsește persoana de posibilitatea de a-și apăra drepturile în această procedură.

Termenul de 30 de zile curge de la:

- data primirii răspunsului la cererea prealabilă sau data expirării termenului prevăzut de lege pentru soluționarea acesteia;
- data comunicării refuzului de soluționare a unei plângeri/reclamații prin care se solicită recunoașterea dreptului pretins sau data expirării termenului prevăzut de lege pentru soluționarea unei astfel de plângeri/reclamații;
- data comunicării actului administrativ, în cazul în care legea nu prevede procedura prealabilă.

!!! IMPORTANT

În cazul în care persoana vătămată într-un drept al său a depus cererea de chemare în judecată fără a cere și despăgubiri, termenul de prescripție pentru cererea de despăgubiri curge de la data la care persoana în cauză a cunoscut sau trebuia să cunoască întinderea pagubei. În cazul în care adjudecarea pagubei nu a fost solicitată concomitent cu anularea actului administrativ, cererea de despăgubiri este adresată instanței de drept comun competente în termenul general de prescripție, prevăzut de Codul civil.

FORMA ȘI CONȚINUTUL CERERII DE CHEMARE ÎN JUDECATĂ ÎN PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV

Cererea de chemare în instanța de contenciosul administrativ se depune în scris în condițiile Codului de Procedură Civilă. În cerere se va indica:

- instanța căreia îi este adresată;
- numele sau denumirea reclamantului, domiciliul;

- c) numele sau denumirea pârâtului, domiciliul ori sediul lui;
- d) esența încălcării și pretențiile reclamantului;
- e) circumstanțele de fapt și de drept pe care reclamantul își întemeiază pretențiile;
- f) probele care confirmă circumstanțele;
- g) pretențiile reclamantului către pârât;
- h) date despre respectarea procedurii de soluționare prealabilă a litigiului pe cale extrajudiciară;
- i) documentele anexate la cerere.

Cererea de chemare în judecată poate cuprinde și alte date, importante pentru soluționarea pricinii, precum și demersurile reclamantului. Cererea de chemare în judecată se semnează de reclamant sau de avocatul său.

!!! IMPORTANT

Cererea de chemare în judecată în procedura contenciosului administrativ nu se impune cu taxa de stat.

La cererea de chemare în judecată se anexează:

- a) copiile de pe cererea de chemare în judecată și de pe înscrisuri, în atâtea copii câți pârâți sunt;
- b) documentele care confirmă respectarea procedurii de soluționare prealabilă a litigiului, adică copia cererii prealabile cu dovada expedierii sau primirii acesteia de către organul respectiv, actul administrativ contestat ori, după caz, răspunsul autorității publice sau avizul de respingere a cererii prealabile sau a plângerii/reclamației.
- c) procura, mandatul avocatului.

PROCEDURA DE EXAMINARE A CERERII ÎN PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV

Judecătorul decide primirea cererii de chemare în judecată sau respingerea acesteia în termen de 3 zile de la data depunerii. Prin data depunerii se înțelege fie data la care a fost expediată cererea prin poștă recomandată cu aviz de primire, și atunci ne interesează data și semnătura expedierii nu a recepționării de destinatar, fie data înregistrării cererii în cancelaria instanței de judecată și atunci pe copia cererii la reclamant se pune numărul de intrare a documentului în judecătorie. Important e ca această dată să fie cel târziu ultima zi a termenului de prescripție – 30 de zile.

Atenție!!!

Nu uitați în procedura contenciosului administrativ la depunerea cererii de chemare în judecată puteți solicita suspendarea actului administrativ contestat până la soluționarea cauzei în fond. Așadar, dacă violarea drepturilor clientului reiese dintr-un act administrativ sau decizie, suspendarea executării poate fi soluția rapidă și efectivă în stoparea încălcării.

Instanța de contencios administrativ poate judeca pricina în fond în prima zi de înfățișare dacă părțile declară că sunt pregătite pentru dezbaterile judiciare. În celelalte cazuri, instanța fixează data judecării pricinii în fond în termen rezonabil.

Atenție!!!

Conform Legii nr. 87 privind repararea de către stat a prejudiciului cauzat prin încălcarea dreptului la judecarea în termen rezonabil a cauzei sau a dreptului la executarea în termen rezonabil a hotărârii judecătorești, în vigoare din 1 iulie 2011, pentru aprecierea termenului rezonabil ținem cont de: comportamentul părților în proces și a instanței de judecată, de durata procesului, de complexitatea cazului, de numărul participanților în proces și de importanța cauzei pentru reclamant.

PROCEDURA DE EXAMINARE A CERERII ÎN PROCEDURA CONTENCIOSULUI ADMINISTRATIV

Instanța de contencios administrativ examinează cererea cu participarea reclamantului și pârâtului, și în prezența reprezentanților acestora dacă e cazul.

Atenție!!!

Este foarte important să se identifice corect instituția medicală care urmează a fi atrasă în calitate de pârât în proces. O acțiune civilă scrisă bine și probată nu este suficient. Ea trebuie îndreptată împotriva pârâtului a cărui acțiuni au dus la violarea drepturilor clientului. De exemplu, Dna E. Josu în cererea de chemare în judecată indică ca pârâți Instituția medico-sanitară Publică Dispensarul Republican de Narcologie și Ministerul Finanțelor de la care cere repararea prejudiciului material și moral. Parcurgând toate etapele procesului civil, abia prin decizia Curții Supreme de Justiție din 23 februarie 2011 s-a constatat că medicul Andrei Banu nu este angajat al Dispensarului Narcologic și astfel instituția nu poartă răspundere pentru acțiunile medicului.

Evitați îndreptarea cererii de chemare în judecată contra mai multor pârâți, când acest lucru nu este strict necesar. În primul rând, probabilitatea tergiversării examinării cazului din absența căreiva părți crește.

Sarcina probațiunii este pusă pe seama pârâtului, iar în materie de despăgubire a daunei cauzate prin decizia sau acțiunea ilegală, sarcina probațiunii revine ambelor părți. Acest lucru înseamnă că pârâtul (prestatorul de servicii de sănătate publică) va avea sarcina să demonstreze că pretențiile reclamantului sunt neîntemeiate și că decizia sau acțiunea deplânsă sunt legale, și atât reclamantul cât și pârâtul au sarcina să prezinte dovezi care arată sau neagă întinderea prejudiciului material și moral, precum și legătura cauzală între acțiunea ilegală și prejudiciu.

Instanța de contencios administrativ este în drept să se pronunțe, din oficiu sau la cerere, și asupra legalității actelor sau acțiunilor care au stat la baza emiterii actului administrativ contestat. În cazurile în care controlul legalității acestor acte sau acțiuni ține de competența instanței de contencios administrativ ierarhic superioare, urmează a fi ridicată excepția de ilegalitate în fața acestei instanțe în condițiile prezentei legi.

În cazul admiterii acțiunii, instanța de contencios administrativ se pronunță, la cerere, și asupra reparării prejudiciului material și moral cauzat prin actul administrativ ilegal sau prin neexaminarea în termenul legal a cererii prealabile.

Mărimea prejudiciului moral se stabilește de instanța de contencios administrativ, independent de prejudiciul material, în funcție de caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice cauzate, de gradul de vinovăție a pârâtului, dacă vinovăția este o condiție a răspunderii, luându-se în considerare circumstanțele în care a fost cauzat prejudiciul, precum și statutul social al persoanei vătămate.

Atenție!!!

Evitați inițierea unui proces de contencios administrativ atunci când la baza acestuia stau doar emoțiile pacientului și neîncrederea lui în personalul medical. De exemplu, dna T.R., fiind invalid de gr.2 din copilărie și suportând mai multe intervenții chirurgicale cu aparatul Ilizarov a cerut Ministerului Sănătății îndreptare la spitalul din or. Kurgan Federația Rusă unde să fie operată cu același aparat, dar în opinia pacientei mai bun. Expertiza medico-legală nr. 430 asupra stării sănătății pacientei urmare a intervențiilor chirurgicale arată că agravarea sănătății rezultă din avansarea fiziologică a maladiei și nu datorează intervențiilor chirurgicale. Contestarea actului administrativ al Ministerului Sănătății prin care i s-a refuzat eliberarea îndreptării a durat între 21.04.2009 și 02.03.2011 și pacientul a rămas tot acolo de unde a început.

Identificați corect obiectul litigiului – dreptul încălcat, dar și soluția corectă pentru remedierea dreptului. Utilizați mecanisme procesuale potrivite situației pacientului.

HOTĂRÂREA INSTANȚEI DE CONTENCIOS ADMINISTRATIV

Instanța de contencios administrativ adoptă hotărârea în condițiile Codului de procedură Civilă.

Actul administrativ anulat, în tot sau în parte, încetează a produce efecte juridice din momentul în care hotărârea instanței de contencios administrativ devine irevocabilă.

Ținând cont de unele circumstanțe concrete și de eventualitatea survenirii unor urmări juridice negative, instanța de contencios administrativ poate stabili, prin hotărârea sa, că normele declarate nule nu vor produce efecte juridice de la data adoptării actului administrativ.

Hotărârea instanței de contencios administrativ asupra acțiunii judecate în fond poate fi atacată cu apel, în termen de 15 zile de la data pronunțării sau de la data comunicării hotărârii integrale, în cazul în care acțiunea este judecată în lipsa părții.

CARE ESTE CALEA DE ATAC A HOTĂRÂRILOR INSTANȚELOR DE CONTENCIOS ADMINISTRATIV - APELUL?

Hotărârile instanței de contencios administrativ se atacă cu apel. Temeiurile pentru declararea apelului sunt următoarele:

- a) nu au fost constatate și elucidate pe deplin circumstanțele care au importanță pentru soluționarea pricinii în fond;
- b) nu au fost dovedite circumstanțele considerate de prima instanță ca fiind stabilite;
- c) concluziile primei instanțe, expuse în hotărâre, sunt în contradicție cu circumstanțele pricinii;
- d) au fost încălcate sau aplicate greșit normele de drept material sau normele de drept procedural.

Oricare din aceste temeiuri, indică și asupra calității hotărârii pe care instanța judiciară urmează să o emită. Respectiv, se consideră că normele de drept material sunt încălcate sau aplicate eronat în cazul în care instanța judecătorească: nu a aplicat legea care trebuia să fie aplicată acestei spețe sau litigiu, ori a aplicat o lege care nu trebuia să fie aplicată în cauza dată, ori a interpretat eronat legea.

În toate cazurile, rămâne la discreția instanței ierarhic superioare de a se expune dacă au fost sau nu comise aceste încălcări la examinarea cauzei în primă instanță, deși aceste temeiuri permit persoanei să invoce argumentele despre calitatea și claritatea legii.

Termenul de declarare a apelului

Apelul se declară în termen de 30 zile de la data comunicării hotărârii sau deciziei motivate. Pentru participării la proces, termenul de declarare a apelului începe să curgă de la data comunicării hotărârii sau deciziei motivate, chiar dacă apelul a fost făcut anterior. Apelul suspendă executarea hotărârii.

La cererea de apel se anexează lista noilor înscrisuri. Apelul în procedura contenciosului administrativ nu se impune cu taxă de stat. Dacă cererea de apel se depune de un reprezentant, la ea se anexează documentul, legalizat în modul stabilit, care atestă împuternicirile acestuia dacă în dosar lipsește o astfel de împuternicire.

Președintele instanței a cărei hotărâre este atacată cu apel, după ce primește apelul și înscrisurile alăturate, care nu au fost prezentate primei instanțe, dispune înregistrarea apelului cel târziu a doua zi de la primirea lui.

8.3 PROCEDURA CIVILĂ

CARE ESTE TEMEIUL INIȚIERII PROCEDURII CIVILE?

Spre deosebire de procedura contenciosului administrativ, descrisă mai sus (vezi *Capitolul 2*), procedura civilă cuprinde un spectru mult mai larg de temeuri în baza cărora se poate depune o cerere de chemare în judecată către prestatorii de servicii de sănătate publică.

Legea nr. 263-XV garantează dreptul persoanei (pacientului), fie personal, fie prin avocatul său, să atace 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. Astfel, orice încălcare sau limitare nejustificată a drepturilor garantate de Legea nr. 263-XV poate da temei pentru acțiune civilă, a cărei întindere nu este limitată la un obiect concret cum e în procedura contenciosului administrativ.

ÎMPOTRIVA CUI SE DEPUNE ACȚIUNEA CIVILĂ?

Conform Articol 18 din Legea nr. 263-XV, responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor individuale, stipulate de prezenta lege - prestatorii de servicii de sănătate.

Astfel acțiunea civilă trebuie să indice în calitate de pârât acea autoritate publică care la direct a comis încălcarea sau limitarea drepturilor pacientului, dând temei pentru adresare în instanța de judecată.

ESTE SAU NU OBLIGATORIE DEPUNEREA RECLAMAȚIEI ANTERIOR DEPUNERII CERERII DE CHEMARE ÎN JUDECATĂ ÎN PROCEDURA CIVILĂ?

Deși în Articolul 16 din Legea nr. 263-XV este descrisă procedura de depunere a reclamației (*la fel descrisă mai sus, vezi Capitolul 1*), aceasta nu este o fază obligatorie și premergătoare adresării cu acțiune civilă în judecată. Fiecare persoană este liberă să decidă în lumina circumstanțelor cauzei sale calea cea mai eficientă de rezolvare a problemei apărute. Dacă prin reclamație se poate obține soluția rapidă atunci aceasta din urmă este preferabilă în locul procedurilor judiciare care sunt mai costisitoare.

Totodată, e important de diferențiat între: 1) reclamația depusă în scopul epuizării procedurii de soluționare prealabilă a cauzei, urmată de cererea depusă în instanța de contencios administrativ și 2) reclamația depusă în încercarea de a soluționa problema, evitând costurile unei proceduri civile. În primul caz, persoana din start înțelege că încălcarea sau limitarea drepturilor decurge dintr-un act administrativ sau acțiune ilegală a unei autorități publice și pentru a-l anula în procedura contencioasă e nevoie de a depune o cerere prealabilă/reclamație. La fel, posibilitățile în procedura contenciosului administrativ sunt foarte limitate. Instanța poate doar să anuleze actul administrativ ca fiind emis contrar legii, cu încălcarea procedurii sau competenței, achitând și prejudiciul moral și material. În cea de a doua situație, când încălcarea sau limitarea drepturilor persoanei nu reiese dintr-un act administrativ, depunerea reclamației nu este obligatorie. Această cale poate fi folosită doar pentru a afla poziția și reacția pârâtului la problemă pentru a decide poziția ce urmează să o adopte persoana în acțiunea civilă. Instanța civilă, în rezultatul examinării acțiunii, poate constata violarea drepturilor, răspunderea pârâtului (prestator de servicii de sănătate), interzice anumite acțiuni sau comportament și repara prejudiciul moral și material.

CARE ESTE FORMA ȘI CONȚINUTUL CERERII DE CHEMARE ÎN JUDECATĂ?

Articolul 17 din Legea nr. 263-XV recunoaște dreptul oricărei persoane (pacient), care consideră că i-au fost lezate drepturile și interesele legitime prevăzute de prezenta lege, să se adreseze în instanța judecătorească competentă în vederea protejării lor.

Articolele 166 și 167 din Codul de Procedură Civilă stipulează cerințele înaintate față de cererile de chemare în judecată în procedura civilă.

CARE ESTE INSTANȚA COMPETENTĂ SĂ EXAMINEZE ACȚIUNEA CIVILĂ?

Potrivit Art. 30 din Codul de Procedură Civilă acțiunea se intentează în instanța de la domiciliul sau de la locul de afare a pârâtului. Dacă acțiunea este depusă împotriva unei persoane juridice, cum sunt prestatorii de servicii de sănătate, organizațiile de asigurări de sănătate, instituțiile medico-sanitare și farmaceutice sau împotriva autorităților publice locale și centrale, cum sunt direcțiile teritoriale de sănătate și Ministerul Sănătății, procedura se intentează în instanța de la sediul ei sau al organului ei de administrație.

Art. 39 din Codul de Procedură Civilă stabilește și opțiunea de a adresa acțiunea civilă în instanța judiciară cu competența la alegerea reclamantului. Astfel, acțiunea care izvorăște din activitatea unei filiale sau reprezentanțe a unei persoane juridice sau a unei alte organizații poate fi intentată și în instanța de la locul unde filiala sau reprezentanța își are sediul.

!!! IMPORTANT

Așadar, deși spitalul raional se află în subordinea Ministerului Sănătății, acțiunea civilă împotriva spitalului se va depune la judecătoria raională unde își are sediul spitalul nu la sediul Ministerului Sănătății. Acțiunile în reparare a prejudiciului cauzat prin vătămare a integrității corporale ori prin altă vătămare a sănătății sau prin deces pot fi intentate și în instanța de la domiciliul reclamantului ori în instanța de la locul prejudiciului.

!!! IMPORTANT

Acțiunea reconvențională, precum și cea a intervenientului principal întotdeauna se intentează, indiferent de instanța competentă să o judece, în instanța care judecă acțiunea inițială.

CARE ESTE TERMENUL DE EXAMINARE A ACȚIUNII CIVILE?

Codul de Procedură Civilă nu stabilește un termen fix pentru examinarea acțiunii civile, dar obligă instanțele să se pronunțe într-un termen rezonabil. Criteriile de determinare a termenului rezonabil sunt: complexitatea pricinii, comportamentul părților în proces, conduita instanței judecătorești, durata procedurilor și importanța cauzei pentru reclamant. Respectarea termenului rezonabil de judecare a pricinii se asigură prin prisma Legii nr. 87 privind repararea de către stat a prejudiciului cauzat prin încălcarea dreptului la judecarea în termen rezonabil a cauzei sau a dreptului la executarea în termen rezonabil a hotărârii judecătorești, în vigoare din 1 iulie 2011.

!!! IMPORTANT

Pricinile privind apărarea drepturilor și intereselor minorului, repararea prejudiciului cauzat prin vătămare a integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății ori prin deces, contestarea hotărârilor, acțiunilor sau inacțiunilor autorităților publice, ale altor organe și organizații, ale persoanelor oficiale și funcționarilor publici se judecă de urgență și în mod prioritar.

Particularitățile examinării cauzelor ce reies din încălcarea drepturilor pacienților în procedură specială:

Conform Art. 279 și 280 a Titlului C procedură specială a Codului de Procedură Civilă, instanța judecătorească examinează în procedură specială mai multe pricini, printre care, cu relevanță domeniului de sănătate publică, sunt și cele privind: a) încuviințarea spitalizării forțate și tratamentului forțat și b) încuviințarea examenului psihiatric sau spitalizării în staționarul de psihiatrie.

În procedura specială, instanța examinează pricinile cu participarea petiționarului, altor persoane interesate, precum și a reprezentanților instituțiilor medico-sanitare.

!!! IMPORTANT

În cauza David v. Moldova, pl. 41578/05 hotărârea din 27.11.2007, Curtea Europeană a reamintit că o persoană nu poate fi considerată „alienată”, în sensul articolului 5 § 1 al Convenției, și privată de libertatea sa, decât dacă sunt întrunite cel puțin următoarele trei condiții: trebuie demonstrat în mod credibil că persoana este alienată; tulburarea mintală trebuie să fie de o așa natură sau grad încât să justifice detenția obligatorie; și valabilitatea detenției continue depinde de persistența unei asemenea tulburări. Din circumstanțele acestei cauze rezultă că niciuna din condițiile de mai sus nu a fost întrunită. Încheierea judecătorească din 14 martie 2004, în temeiul căreia reclamantul a fost internat în spitalul de psihiatrie, avea exclusiv scopul de a stabili capacitatea reclamantului de a depune acțiunea pe care a înaintat-o împotriva statului, dar nu de a-l proteja pe el sau pe alții. Prin urmare, detenția sa forțată din momentul în care el și-a exprimat dorința de a părăsi spitalul a fost contrară însăși esenței excepției prevăzute de sub-paragraful (e) al articolului 5 § 1 al Convenției. A se vedea de asemenea și cauza Shtukaturiv v. Russia, pl. 44009/05 hotărârea din 27.03.2008, unde Curtea a reiterat că în momentul când se decide spitalizarea forțată a persoanei în spitalul de psihiatrie, persoana are dreptul să apară în fața judecătorului și să se adreseze instanței, care trebuie să aibă oportunitatea să-i adreseze întrebări, ori dreptul persoanei la proces echitabil conform Art. 6 §1 al Convenției va fi încălcat.

Încuviințarea spitalizării forțate și a tratamentului forțat**PREVEDERILE LEGISLATIVE CARE REGLEMENTEAZĂ SPITALIZAREA ȘI TRATAMENTUL FORȚAT**

Capitolul 29, din Titlul C procedură specială a Codului de Procedură Civilă, reglementează particularitățile procedurii de încuviințare a spitalizării și a tratamentului forțat a persoanei în vreo instituție medico-sanitară.

În primul rând trebuie de reținut că spitalizarea forțată și tratamentul forțat al persoanei poate fi dispusă doar de către instanța judiciară și doar în temeiul unei hotărâri judecătorești. De aceea legea obligă instituția medico-sanitară să depună o cerere la instanța de la domiciliul persoanei sau de la locul ei de aflare.

Legea nr. 713 din 06.12.2001 privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope (în continuare *Legea nr. 713*) stipulează procedura de obligare a persoanei la tratament forțat în staționar sau ambulatoriu.

CINE POATE FI SUPUS SPITALIZĂRII ȘI TRATAMENTULUI FORȚAT?

Astfel, Articolul 11 stipulează că **persoanele care consumă abuziv** băuturi alcoolice sau consumă ilicit droguri și alte substanțe psihotrope, inclusiv persoanele bolnave de alcoolism cronic, de narcomanie și toxicomanie **pot beneficia, la alegere, de tratament în instituții narcologice ambulatorii sau staționare de stat ori în clinici private speciale**, precum și de tratament de scurtă durată în instituții curativ-profilactice teritoriale. **Tratamentul narcologic este benevol, la dorință anonim**, cu excepția cazurilor prevăzute de Legea nr. 713.

Excepția este stipulată în Articolul 13 din Legea nr. 713, care indică câteva condiții pe care persoana trebuie să le cuprindă cumulativ anterior depunerii unei cereri în judecată pentru internare forțată din partea instituției medico-sanitare. Astfel, persoana trebuie:

- să consume abuziv băuturi alcoolice ori să consume ilicit droguri sau alte substanțe psihotrope;
- să creeze, prin consumul abuziv sau ilicit, familiei greutăți materiale sau provocând, în stare de ebrietate ori fără discernământ, situații conflictuale în familie sau în locuri publice; și
- să fi fost avertizată ori sancționată repetat de factorii organelor de drept; și
- a evita să solicite benevol asistență consultativă sau curativă în instituții medicale teritoriale.

CUM SE ÎNIIȚIAZĂ PROCEDURA JUDICIARĂ?

Acțiunea civilă este intentată la cererea comisiei pentru problemele sociale sau la cererea procurorului. În cererea de spitalizare forțată și tratament forțat, instituția medico-sanitară urmează să argumenteze legitimitatea acestor măsuri. La cerere în mod obligatoriu se anexează avizul comisiei medicale a instituției medico-sanitare asupra necesității spitalizării forțate și a tratamentului forțat, inclusiv avizul comisiei narcologice, în cazul când s-a efectuat o atare expertiză.

!!! IMPORTANT

Deși în lege se referă la "comisia pentru probleme sociale" aceasta din urmă nu este definită de alte acte normative și de regulă prezumă a fi organul teritorial de asistența socială.

MODUL DE TRIMITERE LA TRATAMENT OBLIGATORIU ȘI DE EXECUTARE A ACESTUIA

În 3 zile de la data depunerii, instanța judecătorească examinează cererea de spitalizare forțată și tratament forțat. Participarea în ședința de judecată a persoanei a cărei spitalizare se solicită și a reprezentantului instituției medico-sanitare, din a cărei inițiativă a fost pornit procesul, este obligatorie. În cazul în care sănătatea persoanei nu-i permite să se prezinte în ședința de judecată, examinarea pricinii privind spitalizarea forțată și tratamentul forțat al persoanei are loc în absența ei.

Cererea de a fi trimis la tratament narcologic obligatoriu trebuie să fie examinat în instanța de judecată în termen de o lună din data depunerii cererii. După examinarea cererii în fond, instanța judecătorească pronunță o hotărâre motivată prin care admite sau respinge cererea de spitalizare forțată și tratament forțat. Hotărârea prin care s-a admis cererea constituie temeiul spitalizării forțate și tratamentului forțat al persoanei pe parcursul termenului stabilit de lege.

Instanța de judecată, după ce emite o hotărâre privind supunerea la tratament narcologic obligatoriu, poate stabili pe durata lui un curator din rândul rudelor apropiate ale pacientului. Astfel cererea de internare forțată va fi examinată cumulativ cu procedura de limitare a capacității de exercițiu a persoanei conform Codului Civil.

ÎNCETAREA ȘI PRELUNGIREA TRATAMENTULUI SAU A SPITALIZĂRII FORȚATE

Tratamentul narcologic obligatoriu încetează:

- la expirarea termenului stabilit de instanța de judecată;
- în baza unei hotărâri judecătorești privind reducerea duratei lui;
- în cazul unor situații care fac imposibilă continuarea tratamentului obligatoriu, fapt constatat de comisia narcologică și adus de aceasta la cunoștința instanței de judecată.

Instanța de judecată poate emite o hotărâre privind aplicarea repetată a tratamentului narcologic obligatoriu numai după cel puțin 3 luni de la expirarea ultimului tratament obligatoriu. În cazul când constată pierderea capacității de exercițiu a persoanei și a legăturilor ei sociale, instanța de judecată emite o hotărâre privind plasarea acesteia într-o casă-internat a Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei.

Încuviințarea examenului psihiatric sau spitalizării în staționarul de psihiatrie

Capitolului 30, din Titlul C procedură specială a Codului de Procedură Civilă, reglementează particularitățile procedurii de încuviințare a examenului psihiatric și de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei, care se aplică prin prisma prevederilor Legii nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mintală (*în continuare Legea nr. 1402*).

CÂND ESTE NECESARĂ EXAMINAREA PSIHIATRICĂ A PERSOANEI?

Articolul 22, al. 1 și al. 4 și 4¹, din Legea nr. 1402 explică că examenul psihiatric e necesar pentru a se constata existența unor tulburări psihice, a necesității de a acorda asistență psihiatrică și determinarea tipului acesteia. Examenul psihiatric poate fi efectuat fără consimțământul persoanei sau al reprezentantului ei legal în cazul în care aceasta săvârșește acțiuni ce servesc drept teme pentru presupunerea unor tulburări psihice grave, care condiționează:

- pericolul nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur;
- prejudiciul grav sănătății sale, dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică.

În cel de al doilea caz, medicul psihiatru, doar în temeiul hotărârii judecătorești, decide efectuarea examenului psihiatric fără consimțământul persoanei sau al reprezentantului ei legal.

PROCEDURA DE ÎNȚIERE A ÎNCUVIINȚĂRII EXAMENULUI PSIHIATRIC

Cererea privind efectuarea examenului psihiatric poate fi depusă de oricare din rudele persoanei, de oricare medic, de factori de decizie (organul abilitat al administrației publice locale, procuratură, poliție, serviciul de pompieri).

Cererea trebuie să fie motivată. În cazul inexistenței unui pericol nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur, cererea scrisă de efectuare a examenului psihiatric trebuie să conțină date amănunțite care să argumenteze necesitatea unui astfel de examen, precum și dovezi că persoana sau reprezentantul ei legal refuză asistența medicului psihiatru. Constatând că cererea de efectuare a examenului psihiatric, fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal, este întemeiată, medicul psihiatru înaintează instanței judecătorești, în a cărei rază se află staționarul medical, un avis scris în care motivează necesitatea unui astfel de examen, cererea de efectuare a examenului psihiatric și alte materiale. În termen de 3 zile de la data primirii cererii corespunzătoare, instanța judecătorească decide asupra efectuării examenului psihiatric.

DEPUNEREA CERERII ÎN INSTANȚA JUDICIARĂ

Cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal se depune la instanța judecătorească de la domiciliul acesteia. Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei se depune la instanța de la locul de aflare a staționarului de psihiatrie în care este spitalizată persoana.

Instanța pornește procesul privind încuviințarea examenului psihiatric fără liberul consimțământ la cererea medicului psihiatru. Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ se depune în instanță de către instituția de psihiatrie în care este spitalizată persoana.

CUPRINSUL ȘI TERMENUL DE EXAMINARE A CERERII DE CĂTRE INSTANȚĂ

În **cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei** sau al reprezentantului ei legal se expun circumstanțele care demonstrează necesitatea efectuării examenului psihiatric. La cererea adresată instanței judecătorești se anexează în mod obligatoriu avizul scris al medicului psihiatru și, după caz, alte materiale, inclusiv demersul, adresat medicului psihiatru de rudele persoanei sau de orice medic, de factorii de decizie ori de alte persoane, care confirmă necesitatea unui astfel de examen.

În **cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei** sau al reprezentantului ei legal trebuie să se indice legitimitatea spitalizării și circumstanțele care demonstrează conduita neadecvată a acesteia. La cerere se anexează avizul argumentat al comisiei de medici psihiatri, încheiat în modul stabilit, asupra necesității persoanei de a se afla mai departe în staționarul de psihiatrie.

EXAMINAREA CERERII DE CĂTRE INSTANȚĂ

Cererea de efectuare a examenului psihiatric sau de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ se examinează de judecător în decursul a 5 zile de la data pornirii procesului. Instanța judecătorească examinează cererea cu participarea medicului psihiatru care a depus cererea, a reprezentantului legal al persoanei și a altor persoane interesate. Persoana a cărei stare psihică se cere constatată este în drept să participe la examinarea pricinii dacă medicul psihiatru consideră că sănătatea îi permite.

PARTICIPAREA OBLIGATORIE A AVOCATULUI

Dacă persoana a cărei spitalizare în staționarul de psihiatrie se cere nu este reprezentată în judecată de avocat, judecătorul solicită coordonatorului oficiului teritorial al Consiliului Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat desemnarea unui avocat pentru a-i apăra interesele. În conformitate cu legislația privind asistența juridică garantată de stat, asistența juridică în cazul dat se acordă gratuit.

!!! IMPORTANT

Art. 7 din Legea nr. 1402 indică că apărarea drepturilor și intereselor legitime ale persoanei cărei se acordă asistență psihiatrică poate să o exercite avocatul, iar administrația instituției care acordă asistență psihiatrică asigură posibilitatea invitării avocatului. Pentru că Legea conferă dreptului la asistență juridică un caracter opțional și nu obligă medicii psihiatri de a informa Consiliul Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat când este o solicitare pentru avocat, realizarea dreptului în practică se egalizează cu inexistența acestuia și creșterea vulnerabilității pacienților.

HOTĂRÂREA JUDECĂTOREASCĂ

Hotărârea judecătorească prin care se admite cererea de efectuare a examenului psihiatric sau de spitalizare în staționarul de psihiatrie constituie temeiul efectuării examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal. Hotărârea judecătorească poate fi atacată în modul stabilit de prezentul cod.

!!! IMPORTANT

Pacienții internați în Spitalul de Psihiatrie se află sub supravegherea acestei instituții care răspunde pentru bunăstarea lor și acțiunile pacienților. Așadar, dacă pacientul suferă de agravarea stării sănătății sau decedează, fie datorită acțiunilor personalului medical sau a altor pacienți, răspunderea penală și delictuală este pusă pe umerii Spitalului de Psihiatrie. Conform art. 1408, alin. 1, din Codul Civil pentru prejudiciul cauzat de o persoană lipsită de capacitatea de exercițiu răspunde tutorele sau instituția obligată să o supravegheze. La această concluzie a ajuns și Curtea Supremă de Justiție când prin decizia sa din 19 mai 2010 a admis integral acțiunea civilă a dnei S.L. și a obligat Instituția medico-sanitară Publică Spitalul Clinic de Psihiatrie la plata prejudiciului material în sumă de 54 039, 60 lei și prejudiciul moral în sumă de 100 000 lei pentru că nu a preîntâmpinat decesul pacientului ca urmare a loviturilor aplicate de alt pacient.

CALEA DE ATAC A HOTĂRÂRILOR INSTANȚELOR JUDECĂTOREȘTI CIVILE - APELUL

Hotărârile emise de prima instanță pot fi atacate în apel, până a rămâne definitive. Instanță de apel, în baza materialelor din dosar și a celor prezentate suplimentar, verifică corectitudinea constatării circumstanțelor de fapt ale pricinii, a aplicării și interpretării normelor de drept material, precum și respectarea normelor de drept procedural, la judecarea pricinii în primă instanță.

Apelul poate fi declarat în termen de 20 de zile de la data comunicării hotărârii motivate și el suspendă executarea hotărârii pronunțate în primă instanță. Dacă persoana renunță expres la apel în privința unei hotărâri, ea nu va mai avea dreptul să declare apel.

Cererea de apel se depune în scris la instanța judecătorească a cărei hotărâre se atacă, cu dovada plății taxei de stat în cazul în care apelul se impune cu taxă. Cererea de apel și înscrisurile noi care nu au fost prezentate în primă instanță se depun cu atâtea copii câți participanți la proces sunt, plus câte o copie pentru instanța de apel. Copiile de pe înscrisuri se legalizează în modul stabilit de lege.

Termenul și procedura de examinare a cauzei în apel

Instanța de apel, în termen de 30 de zile de la data primirii dosarului spre examinare, pregătește pricina către dezbateri în ședință de judecată. Instanța de apel expediază participanților la proces copii de pe cererea de apel și de pe înscrisurile care nu au fost prezentate primei instanțe, citează părțile și alți participanți la proces, propunându-le să depună, cu cel puțin 3 zile înainte de judecarea apelului, noi referințe și înscrisuri la dosar. Referințele și înscrisurile se depun cu atâtea copii câți participanți la proces sunt, plus câte o copie pentru instanța de apel.

Sarcina probațiunii în apel

Părțile și alți participanți la proces sunt în drept să refacă ori să completeze probele administrate în primă instanță, să prezinte noi probe, în condițiile prezentului cod, iar instanța de apel este obligată să administreze noi probe și să constate noi circumstanțe dacă este necesar pentru soluționarea justă a pricinii.

Pot fi citați în instanță de apel martorii audiați în primă instanță dacă în cererea de apel se contestă pozițiile lor. În apel nu se poate schimba calitatea procedurală a părților, temeiul sau obiectul acțiunii și nici nu pot fi înaintate noi pretenții. Se pot cere însă dobânzi, rate, venituri ajunse la termen și orice alte despăgubiri apărute după emiterea hotărârii în primă instanță, se poate solicita o compensație legală.

Instanța de apel verifică, în limitele cererii de apel, ale referințelor și obiecțiilor înaintate, legalitatea și temeinicia hotărârii atacate în ceea ce privește constatarea circumstanțelor de fapt și aplicarea legii în primă instanță. În limitele apelului, instanța de apel verifică circumstanțele și raporturile juridice stabilite în hotărârea primei instanțe, precum și cele care nu au fost stabilite, dar care au importanță pentru soluționarea pricinii, apreciază probele din dosar și cele prezentate suplimentar în instanță de apel de către participanții la proces. În cazul în care apelul nu este motivat ori motivația nu cuprinde argumente sau dovezi noi, instanța de apel se pronunță în fond, numai în temeiul celor invocate în primă instanță.

CALEA DE ATAC A HOTĂRÂRILOR INSTANȚELOR JUDECĂTOREȘTI CIVILE - RECURSUL

Pot fi atacate cu recurs deciziile pronunțate de curțile de apel în calitate de instanță de apel, precum și încheierile date în apel pot fi atacate cu recurs numai o dată cu decizia, cu excepția cazurilor când, potrivit legii, pot fi atacate separat cu recurs și când încheierea face imposibilă desfășurarea de mai departe a procesului. Recursul împotriva deciziei se consideră declarat și împotriva încheierilor, chiar dacă acestea au fost emise după pronunțarea hotărârii atacate cu recurs.

Examinarea recursului împotriva deciziilor instanțelor de apel ține de competența Curții Supreme de Justiție. Asupra admisibilității recursului decide un complet din 3 judecători desemnați de președintele colegiului respectiv al Curții Supreme de Justiție. Examinarea recursului admisibil se efectuează de colegiul lărgit al Curții Supreme de Justiție, format din 5 judecători, care se constituie de președintele sau, după caz, de vicepreședintele Curții Supreme de Justiție, de regulă din rândul judecătorilor colegiului respectiv. Președintele Curții Supreme de Justiție, președintele și, după caz, vicepreședintele colegiului respectiv sunt de drept președinți ai colegiului lărgit. În cazul în care aceștia sunt în imposibilitatea de a participa la judecarea cauzei, președintele sau vicepreședintele Curții Supreme de Justiție desemnează președintele colegiului lărgit.

Temeiurile declarării recursului

Persoana poate declara recurs în cazul în care se invocă încălcarea esențială sau aplicarea eronată a normelor de drept material sau a normelor de drept procedural, conform prevederilor Codului de Procedură Civilă.

!!! IMPORTANT

Un exemplu elocvent în acest sens este cauza lui I.B. către Aparatul Guvernului de la care a solicitat repararea prejudiciului moral și material pentru efectuarea necalitativă a unei operații chirurgicale asupra sa care a pus viața lui în pericol. Deși instanța de fond și de apel i-au respins acțiunea ca nemotivată, Curtea Supremă de Justiție în baza probatoriului adunat de dl. I.B. a dispus rejudecarea. Curtea Supremă a notat că instanțele inferioare nu au dat apreciere probelor, nu au ținut cont de expertizele medico-legale care stabilesc legătura de cauzalitate și eronat au aplicat normele dreptului material. Regretabil este că erorile instanțelor în cauza dlui I.B. a dus la tergiversarea nejustificată a procesului civil început la 3 august 2004 și încă nefinisat.

Termenul de declarare a recursului

Recursul se declară în termen de 2 luni de la data pronunțării deciziei, iar în cazul redactării acesteia - de la data înștiințării scrise a părților despre semnarea hotărârii redactate. Termenul de 2 luni este termen de decădere și nu poate fi restabilit.

Depunerea recursului

Recursul se depune de persoană la Curtea Supremă de Justiție, însoțit de atâtea copii câți participanți la proces sunt, plătind taxă de stat în cazurile prevăzute de lege. La cererea de recurs trebuie să se anexeze dovada de plată a taxei de stat, dacă cererea de recurs se impune cu taxă. În cazul când recursul este declarat prin reprezentant, la cererea de recurs se anexează și documentul, legalizat în modul stabilit, care atestă împuternicirile acestuia dacă în dosar lipsește o astfel de împuternicire.

Cererea de recurs se înregistrează la serviciul grefă al Curții Supreme de Justiție.

Dacă cererea de recurs nu corespunde prevederilor art. 437 CPC, instanța, printr-o încheiere semnată de președintele sau vicepreședintele colegiului respectiv, o restituie în termen de 5 zile. Încheierea nu poate fi atacată. Restituirea cererii de recurs nu împiedică declararea repetată a recursului după lichidarea neajunsurilor și respectarea celorlalte reguli stabilite de lege pentru declararea lui. Dacă cererea de recurs corespunde prevederilor art. 437, serviciul grefă al Curții Supreme de Justiție remite recursul cancelariei colegiului respectiv, care va înregistra intentarea procedurii în recurs.

Procedura examinării admisibilității recursului

Completul din 3 judecători decide, printr-o decizie motivată irevocabilă, asupra inadmisibilității recursului. Asupra admisibilității recursului se decide fără citarea părților.

Judecând recursul declarat împotriva deciziei date în apel, instanța verifică, pe baza actelor din dosar, în limitele invocate în recurs, legalitatea hotărârii atacate, fără a administra noi dovezi. Instanța de recurs este obligată să se pronunțe asupra tuturor motivelor invocate în recurs. În cazul în care, la judecarea recursului, se constată că soluționarea cauzei poate conduce la o contradicție față de o hotărâre anterioară a Curții Supreme de Justiție sau că se ridică o problemă importantă de drept, precum și în cazul când soluționarea pricinii prezintă un interes deosebit pentru practica judiciară sau pentru evaluarea dreptului, colegiul largit al Curții Supreme de Justiție se desesizează în favoarea Plenului Curții Supreme de Justiție, care va judeca recursul. Desesizarea se efectuează printr-o încheiere nemotivată, care nu este susceptibilă de atac.

Hotărârea sau decizia casată nu are nici o putere legală. Actele de asigurare sau de executare făcute în temeiul unei astfel de hotărâri sau decizii își pierd puterea legală dacă instanța de recurs nu dispune altfel. În urma examinării recursului, instanța de recurs emite decizii și încheieri, cu excepția Plenului Curții Supreme de Justiție care emite hotărâri. Actele de dispoziție ale instanței de recurs devin irevocabile în momentul pronunțării. În urma judecării recursului, instanța este în drept să pronunțe dispozitivul deciziei sau a hotărârii, care urmează să fie redactate în termen de o lună.

8.4 PROCEDURA PENALĂ

Procedurile disciplinare intentate personalului medical, dat fiind consecințele negative care pot urma (retragerea licenței, constatarea neglijenței sau a culpei), cad sub incidența Articolului 6 al Convenției Europene ca "litigiu civil" dar obligă asigurarea garanțiilor procedural prevăzute de § 2 și 3 (Albert and Le Compte v. Belgia, pl. 7299/75, 7496/76 hotărârea din 10 februarie, 1983). Prin consecință, garanțiile oferite unui bănuț în cadrul procesului penal sunt aplicabile procedurilor disciplinare când obiectul lor este strâns legat de dreptul de a practica medicina. Imparțialitatea și obiectivitatea Consiliului Medical, chemat să adjuce în procedura disciplinară acțiunile personalului medical, se supun aceluiași rigor impuse unui complet de judecată (Gubler v. Franța, pl. 69742/01, hotărârea din 27 iulie, 2006), sau trebuie să fie disponibilă contestarea deciziei Consiliului Medical în procedură judiciară (Defalque v. Belgium, pl. 37330/02 hotărârea din 20 aprilie, 2006).

!!! IMPORTANT

Aplicarea sancțiunii disciplinare personalului medical dă dreptul pacientului să pretindă și repararea prejudiciului moral și material de la instituția medicală care a permis încălcarea instrucțiunilor de aplicare a tratamentului medical. De exemplu, dna N.O. a primit 6 000 lei de la Instituția medico-sanitară Publică Spitalul raional Ceadâr-Lunga pentru chiuretaj incorect care a dus la endometrită ca urmare a sancțiunilor disciplinare aplicate ginecologului Lidia Gagauz și moașei Antonina Manastîrlî.

ORGANELE ÎMPUTERNICITE SĂ PORNEASCĂ URMĂRIREA PENALĂ

În dependență de caracterul și gravitatea faptei care face obiect al plângerii penale, persoana poate depune o plângere, un denunț la organele de poliție sau la procuratură. Art. 262 al Codului de Procedură Penală stabilește că în cazurile indicate în lege, când pornirea urmăririi penale se face numai la plângerea prealabilă ori cu acordul organului prevăzut de lege, urmărirea penală nu poate începe în lipsa acestora. În cazul când organul de urmărire penală depistează nemijlocit infracțiunea, el întocmește un raport în care expune circumstanțele depistate și dispune înregistrarea infracțiunii. În orice caz de deces al persoanei aflate în custodia statului în legătură cu urmărirea penală sau executarea pedepsei, procurorul se autosesizează.

CONȚINUTUL CERERII PRIN CARE ESTE SESIZAT ORGANUL DE URMĂRIRE PENALĂ

Organul de urmărire penală, sau după caz procurorul, poate fi sesizat prin plângere sau denunț. **Plângerea** este înștiințarea făcută de o persoană fizică sau de o persoană juridică căreia i s-a cauzat un prejudiciu prin infracțiune. **Denunțul** este înștiințarea făcută de o persoană fizică sau de o persoană juridică despre săvârșirea unei infracțiuni.

Plângerea sau, după caz, denunțul trebuie să cuprindă:

- numele, prenumele, calitatea și domiciliul petiționarului;
- descrierea faptei care formează obiectul plângerii sau denunțului;
- indicarea făptuitorului, dacă acesta este cunoscut; și
- a mijloacelor de probă.

Plângerile și denunțurile anonime nu pot servi temei pentru pornirea urmăririi penale, însă, în urma controlului efectuat în temeiul acestor plângeri sau denunțuri, organul de urmărire penală se poate autosesiza în vederea urmăririi penale.

PROCEDURA ȘI TERMENUL DE EXAMINARE

Art. 274 al Codului de Procedură Penală indică că organul de urmărire penală sesizat dispune, prin ordonanță, începerea urmăririi penale în cazul în care, din cuprinsul actului de sesizare sau al actelor de constatare, rezultă o bănuială rezonabilă că a fost săvârșită o infracțiune și nu există vreuna din circumstanțele care exclud urmărirea penală, informând despre aceasta persoana care a înaintat sesizarea sau organul respectiv.

Ordonanța de începere a urmăririi penale se supune confirmării de către procurorul care efectuează conducerea activității de urmărire penală și fixează termenul de urmărire. Dacă din cuprinsul actului de sesizare rezultă vreunul din cazurile care împiedică pornirea urmăririi penale, cum sunt de exemplu: nu există fapta infracțiunii, fapta nu constituie infracțiune și altele (vezi art. 275 al Codului de Procedură

Penală), organul de urmărire penală înaintează procurorului actele întocmite cu propunerea de a nu porni urmărirea penală.

În cazul în care procurorul refuză pornirea urmăririi penale, el confirmă faptul prin ordonanță motivată și anunță despre aceasta persoana care a înaintat sesizarea.

CUM POATE FI CONTESTATĂ ORDONAȚA DE NEÎNCEPERE A URMĂRII PENALE?

Ordonanța de refuz în începerea urmăririi penale poate fi atacată, prin plângere, mai întâi procurorului ierarhic superior conform art. 299¹ Cod de Procedură Penală care are obligația în 72 de ore să examineze și să dea răspuns. Dacă persoana nu este de acord cu soluția procurorului ierarhic superior, el contestă ordonanța judecătorului de instrucție, în condițiile art. 313 al Codului de Procedură Penală.

!!! IMPORTANT

Pentru a avea o examinare cât mai rapidă a plângerii împotriva ordonanței de neîncepere a urmăririi penale, sugerăm să depuneți plângerea la judecătorul de instrucție imediat ce au expirat 72 de ore de la sesizarea procurorului ierarhic superior.

Art. 313 al Codului de Procedură Penală reglementează procedura de depunere și examinare a plângerilor împotriva acțiunilor și actelor ilegale ale organului de urmărire penală și ale organului care exercită activitate operativă de investigații, care cuprinde și plângerea împotriva ordonanței de refuz în pornirea urmăririi penale, dar și alte acțiuni care afectează drepturile și libertățile constituționale ale persoanei. Plângerea poate fi înaintată, în termen de 10 zile, judecătorului de instrucție de la sediul organului care a admis încălcarea și se examinează de către judecătorul de instrucție în termen de 10 zile.

Încheierea judecătorului de instrucție poate fi contestată cu recurs în 15 zile la Curtea de Apel. Decizia instanței de apel va deveni irevocabilă.

CE STATUT POATE AVEA PACIENTUL ÎN CAUZA PENALĂ ȘI CUM ÎL OBTINE?

Codul de Procedură Penală face distincție între victimă și parte vătămată, oferind un spectru diferit de drepturi și obligații procedurale.

Victima

Se consideră victimă orice persoană fizică căreia prin infracțiune i-au fost aduse daune morale, fizice sau materiale. Victima are dreptul ca cererea sa să fie înregistrată imediat în modul stabilit, să fie soluționată de organul de urmărire penală, iar după aceasta să fie informată despre rezultatele soluționării. Drepturile și obligațiile victimei sunt reglementate de art. 58 al Codului de Procedură Penală.

Victima întotdeauna este prevenită de către organul de urmărire penală în scris despre răspunderea penală pentru denunțare calomnioasă, aceasta însă nu trebuie să ia forma unei amenințări sau intimidări a victimei pentru a o face să-și retragă plângerea sau denunțul. Victima beneficiază de drepturile sale și își exercită obligațiile personal sau, dacă legea permite, prin reprezentanți. În cazul în care victimă este un minor sau o persoană iresponsabilă, drepturile acesteia sunt exercitate de reprezentanții ei legali în modul prevăzut de Codul de Procedură Penală.

Partea vătămată

Parte vătămată este considerată persoana fizică căreia i s-a cauzat prin infracțiune un prejudiciu moral, fizic sau material, recunoscută în această calitate, conform legii, cu acordul victimei. Minorul căruia i s-a

cauzat prejudiciu prin infracțiune va fi considerat parte vătămată fără acordul său. Astfel prima diferențiere între statutul de victimă și parte vătămată este acordul victimei de a fi recunoscută ca parte vătămată. Recunoașterea persoanei în calitate de parte vătămată se efectuează prin ordonanța organului de urmărire penală, imediat după stabilirea temeiurilor de atribuire a unei asemenea calități procesuale. Art. 61 din Codul de procedură penală îi permite organului de urmărire penală să înceteze participarea persoanei ca parte vătămată în procedura penală, prin ordonanță motivată, în cazul în care, după recunoașterea persoanei ca parte vătămată, s-au constatat circumstanțe care atestă lipsa cauzării prejudiciului. Art. 60 al Codului de Procedură Penală reglementează drepturile și obligațiile părții vătămate.

Partea vătămată, la fel ca și victima, își poate exercita drepturile de sine stătător sau prin reprezentanți, avocați. În cazul în care parte vătămată este un minor sau o persoană iresponsabilă, drepturile acesteia sunt exercitate de reprezentanții ei legali în modul prevăzut de Codul de Procedură Penală.

INSTITUȚIA REPREZENTĂRII ȘI A SUCCESIUNII ÎN PROCEDURA PENALĂ

Persoanele declarate incapabile, precum și minorii, își exercită drepturile prin reprezentanții săi legali. Conform Art. 75 al Codului de Procedură Penală, incapabili în procesul penal sunt considerate:

- 1) persoanele recunoscute astfel potrivit procedurii civile sau penale;
- 2) partea vătămată, partea civilă care nu au împlinit vârsta de 14 ani.

Organul de urmărire penală sau, după caz, instanța, prin hotărâre motivată, va admite în calitate de reprezentanți legali pe unul din părinți, înfietori, tutori sau curatorii. Nu se admite în procesul penal în calitate de reprezentant legal al victimei, părții vătămate și părții civile - persoana căreia i se incumbă cauzarea, prin infracțiune, a prejudiciului moral, fizic sau material părții vătămate sau a prejudiciului material părții civile. Calitatea de reprezentant legal încetează o dată cu atingerea majoratului de către partea vătămată, partea civilă, bănuț, învinuit, inculpat și dobândirea de către aceștia a capacității depline de exercițiu.

Succesorul părții vătămate sau al părții civile

În procesul penal, succesor al părții vătămate sau al părții civile este recunoscută una din rudele ei apropiate care a manifestat dorința să exercite drepturile și obligațiile părții vătămate decedate sau care, în urma infracțiunii, a pierdut capacitatea de a-și exprima conștient voința. Succesor al părții vătămate sau al părții civile nu poate fi recunoscută ruda ei apropiată căreia i se incumbă cauzarea de prejudiciu material, fizic sau moral părții vătămate.

Recunoașterea rudei apropiate ca succesor al părții vătămate sau al părții civile o decide procurorul care conduce urmărirea penală sau, după caz, instanța de judecată, cu condiția că ruda apropiată solicită această calitate. În cazul în care mai multe rude apropiate solicită această calitate, decizia de a alege succesorul îi revine procurorului sau instanței de judecată. Dacă, la momentul solicitării respective, lipsesc temeiuri suficiente pentru recunoașterea persoanei ca succesor al părții vătămate sau al părții civile, hotărârea în cauză se ia imediat după constatarea acestor temeiuri.

Succesorul părții vătămate sau al părții civile participă la procesul penal în locul părții vătămate sau părții civile, este citat și audiat în calitate de martor.

ACȚIUNEA CIVILĂ ÎN PROCEDURA PENALĂ

Pe lângă statutul de parte vătămată, persoana poate fi recunoscută de asemenea în calitatea de parte civilă. Art. 61 al Codului de Procedură Penală definește ca fiind parte civilă persoana fizică în privința căreia există suficiente temeiuri de a considera că în urma infracțiunii i-a fost cauzat un prejudiciu material

sau moral, care a depus la organul de urmărire penală sau la instanța de judecată o cerere de chemare în judecată a bănuțitului, învinuitului, inculpatului sau a persoanelor care poartă răspundere patrimonială pentru faptele acestuia. Acțiunea civilă se judecă de către instanță în cadrul procesului penal dacă volumul prejudiciului este incontestabil. Art. 62 al Codului de Procedură Penală enumeră un șir de drepturi și obligații a părții civile care în esență se referă la depunerea și examinarea acțiunii civile în cadrul procesului penal.

Acțiunea civilă poate fi înaintată în orice moment de la pornirea procesului penal până la terminarea cercetării judecătorești, din numele persoanei și de către reprezentanții acestora, prin avocat, sau de succesorii ei. Acțiunea civilă în procesul penal se soluționează în conformitate cu prevederile Capitolului 1 al Titlului VII din Codul de Procedură Penală și cu normele procedurii civile dacă nu contravin principiilor procesului penal.

!!! IMPORTANT

Dacă acțiunea civilă a fost respinsă în cadrul procesului penal, reclamantul nu este în drept să înainteze aceeași acțiune în ordinea procedurii civile.

Judecarea acțiunii civile în procesul penal, indiferent de valoarea acțiunii, se efectuează de către instanța de competență căreia este cauza penală. La adoptarea sentinței de acuzare sau de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical, instanța soluționează și acțiunea civilă prin admiterea ei, totală sau parțială, ori prin respingere. Dacă la soluționarea acțiunii civile, pentru a stabili suma despăgubirilor cuvenite părții civile, apare necesitatea de a amâna judecarea cauzei pentru a se administra probe suplimentare, instanța poate să admită în principiu acțiunea civilă, urmând ca asupra cuantumului despăgubirilor să se pronunțe instanța în ordinea procedurii civile.

!!! IMPORTANT

Dacă instanța de judecată lasă acțiunea civilă fără soluționare în procesul penal în cazul adoptării sentinței de încetare a urmăririi penale pentru expirarea termenului de prescripție sau de achitare din motivul lipsei componentei infracțiunii, nu împiedică persoana care a inițiat acțiunea civilă de a o intenta în ordinea procedurii civile. De exemplu, în cauza B.G. și B.R către Spitalul raional Ștefan Vodă, intervenient Bujujan Andrei care a fost eliberată de răspundere penală în temeiul art. 213, lit.a, Cod Penal pentru expirarea termenului de prescripție, Curtea de Apel Chișinău la 24 ianuarie 2008 a obligat spitalul la plata prejudiciului moral în sumă de 10 000 de lei, să o asigure pe doamnă cu medicamente până 2020 și la plata cheltuielilor de judecată în sumă de 1237 de lei și 21 de bani. Decizie menținută de Curtea Supremă de Justiție în virtutea art. 1418 Cod Civil.

CINE ESTE ÎN DREPT SĂ DEPUĂ APEL ÎMPOTRIVA SENTINȚEI?

Apel împotriva sentinței pot declara:

- Procurorul și inculpatul, în ce privește latura penală și latura civilă;
- Partea vătămată în ce privește latura civilă;
- Partea civilă și partea civilmente responsabilă doar pe latura civilă a sentinței; și
- Oricare persoană ale cărei interese legitime au fost prejudiciate printr-o măsură sau printr-un act al instanței.

Apelul poate fi declarat în numele persoanelor menționate și de către avocat sau reprezentantul lor legal.

CONȚINUTUL CERERII DE APEL ȘI TERMENUL DE DEPUNERE

Termenul de depunere a apelului este de 15 zile de la data pronunțării sentinței integrale sau, în cazul înaintării cererii de a primi sentința redactată, de la data înmânării copiei de pe sentința redactată, dacă legea nu dispune altfel. Apelul declarat după expirarea termenului prevăzut de lege este considerat ca fiind făcut în termen dacă instanța de apel constată că întârzierea a fost determinată de motive întemeiate, iar apelul a fost declarat în cel mult 15 zile de la începerea executării pedepsei sau încasării despăgubirilor materiale. Până la soluționarea repunerii în termen, instanța de apel poate suspenda executarea hotărârii.

Cererea de apel se depune la instanța a cărei sentință se atacă, cu atâtea copii câți participanți la proces sunt. Persoana arestată poate depune cererea de apel la administrația locului de deținere, fără a anexa copii. După expirarea termenului stabilit pentru declararea apelului, instanța de judecată care a pronunțat sentința trimite, în termen de 5 zile, dosarul penal împreună cu apelul și cu copiile acestuia în instanța de apel despre ce informează părțile.

TERMENUL ȘI PROCEDURA DE EXAMINARE

În termen de până la 10 zile de la data de la care i-a fost repartizată, președintele completului de judecată, căruia i-a fost repartizată cauza, fixează termenul de judecată a apelului, iar dacă este necesar, fixează termen pentru ședința preliminară. Judecarea apelului se face cu citarea părților și înmânarea copiilor de pe apel.

Neprezentarea părților legal citate în instanța de apel nu împiedică examinarea cauzei. Dacă este necesar, instanța de apel poate recunoaște prezența părților obligatorie și ia măsurile corespunzătoare pentru asigurarea prezenței lor. La judecarea apelului, participarea procurorului, precum și a apărătorului, dacă interesele justiției o cer, este obligatorie. Apelul poate fi judecat în lipsa nemotivată a avocatului în măsura în care nu se încalcă dreptul la apărare.

Instanța de apel, judecând apelul, verifică legalitatea și temeinicia hotărârii atacate pe baza probelor examinate de prima instanță, conform materialelor din dosar, și oricăror probe noi prezentate instanței de apel sau cercetează suplimentar probele administrate de instanța de fond.

Instanța de apel poate da o nouă apreciere probelor din dosar și poate administra, la cererea părților, orice probe noi pe care le consideră necesare. Instanța de apel este obligată să se pronunțe asupra tuturor motivelor invocate în apel. În cazul sesizării de către părți a nerespectării termenului rezonabil de judecare a cauzei de către instanța de fond, instanța de apel se expune și asupra nerespectării acestui termen.

HOTĂRÂREA EMISĂ DE INSTANȚA DE APEL

Sentința poate fi casată numai cu privire la unele fapte sau persoane ori numai în ce privește latura penală sau latura civilă, dacă aceasta nu împiedică soluționarea justă a cauzei. Decizia instanței de apel este susceptibilă de a fi pusă în executare din momentul adoptării.

Instanța de apel, deliberând asupra apelului, dacă este necesar, poate hotărî reluarea cercetării judecătorești, aplicarea dispozițiilor privitoare la repararea pagubei, la măsurile preventive, la cheltuielile judiciare și la orice alte chestiuni de care depinde soluționarea completă a apelului.

8.5 MECANISME ALTERNATIVE PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR

8.5.1 OFICIUL OMBUDSPERSON-UL (AVOCATUL POPORULUI)

CINE POATE SESIZA AVOCATUL PARLAMENTAR?

Cetățenii Republicii Moldova, cetățenii străini și apatrizii care locuiesc permanent sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova, ale căror drepturi și libertăți au fost încălcate pot sesiza avocații parlamentari cu o petiție care va fi examinată în baza Legii nr. 1349 din 17 octombrie 1997 cu privire la avocații parlamentari.

Avocatul parlamentar pentru protecția drepturilor copilului examinează petiții privind protecția drepturilor copilului și, în limitele competenței, este în drept să acționeze din proprie inițiativă.

Cererile sunt prezentate avocatului parlamentar în scris în limba de stat sau într-o altă limbă, în conformitate cu Legea cu privire la funcționarea limbilor vorbite pe teritoriul Republicii Moldova, și sunt scutite de taxa de stat.

Avocații parlamentari examinează, de asemenea, cererile remise de către deputații Parlamentului, în cazul când subiectul sesizării ține de competența lor.

Cererea adresată avocatului parlamentar se depune până la expirarea unui an din ziua încălcării presupuse a drepturilor și libertăților constituționale ale petiționarului sau din ziua când petiționarul a aflat despre presupusa încălcare. Ea trebuie să fie semnată de petiționar, indicându-se numele, prenumele (prenumele și patronimicul), domiciliul acestuia. În cazul în care aceste date lipsesc, cererea se consideră anonimă și nu se examinează.

PROCEDURA DE EXAMINARE A PETIȚIEI

După primirea cererii, avocatul parlamentar este în drept:

- să accepte cererea spre examinare;
- să respingă cererea, explicând petiționarului procedura pe care acesta este în drept să o folosească pentru a-și apăra drepturile și libertățile;
- să remită cererea organelor competente pentru a fi examinată în conformitate cu Legea cu privire la petiționare.

În termen de 10 zile, avocatul parlamentar înștiințează petiționarul că cererea lui este acceptată spre examinare, este remisă organelor competente sau este respinsă, indicând motivele respingerii.

CARE E REZULTATUL EXAMINĂRII PETIȚIEI DE AVOCATUL PARLAMENTAR?

Refuzul de a accepta cererea spre examinare nu poate fi atacat. Sesizarea repetată se acceptă spre examinare numai în cazul apariției unor circumstanțe noi.

În cazul când există informații veridice privind încălcarea în masă sau gravă a drepturilor și libertăților constituționale ale cetățenilor, în cazurile de o importanță socială deosebită sau în cazul când este necesar de a apăra interesele unor persoane ce nu pot folosi de sine stătător mijloacele juridice de apărare,

avocatul parlamentar este în drept să acționeze din proprie inițiativă, luând, în limitele competenței sale, măsurile corespunzătoare.

Avocatul parlamentar este în drept să deschidă din proprie inițiativă un proces în legătură cu faptele depistate de încălcare a drepturilor și libertăților omului.

Primind cererea spre examinare, avocatul parlamentar este în drept să solicite concursul organelor și persoanelor cu funcții de răspundere respective în organizarea controlului circumstanțelor care urmează a fi elucidate și să controleze faptele expuse în cerere.

COMPETENȚA AVOCATULUI PARLAMENTAR ÎN SOLUȚIONAREA PETIȚIILOR PRIVIND DREPTURILE PACIENTULUI

Legea nr. 1349 stabilește patru mandate de avocați parlamentari, egali în drepturi, dintre care doar unul dintre ei este specializat. Specializarea ține de protecția drepturilor copilului. Legea nu are nici o prevedere expresă privind soluționarea petițiilor care privesc drepturile pacientului. La rândul său Legea nr. 263 cu privire la drepturile și obligațiile pacientului nu face referire la avocați parlamentari.

De aceea, orice petiție care se referă la încălcarea sau limitarea drepturilor pacientului va fi examinată conform aceleiași proceduri, căreia îi sunt supuse și celelalte petiții.



ANEXE



DOCUMENTE ȘI FORME

FORMULAR DE CERERE

Către _____
(denumirea instituției și numele persoanei responsabile)

Adresa _____
(adresa instituției)

De la _____
(numele solicitantului sau reprezentantului legal)

Adresa _____
(adresa de domiciliu)

În conformitate cu Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație a Republicii Moldova, în timp ce am apelat la serviciile de sănătate furnizate de instituția dumneavoastră, am suferit pagube din cauza încălcării dreptului meu la sănătate garantat de articolul 36 din Constituția Republicii Moldova, precum și de articolul 5 și 8 ale Legii nr. 263/2005 a Republicii Moldova cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.

Ca o consecință, pentru rezolvarea în continuare a cazului am nevoie de informații specifice cu privire la serviciile care mi-au fost furnizate. Conform articolului 11 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, instituția medicală este obligată să furnizeze toate informațiile solicitate privind serviciile de sănătate furnizate și alte date relevante.

În conformitate cu articolele 6-8, 10, 11, 12 din Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație și cu articolele 5, 8, 11 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului

SOLICIT

1. Să îmi fie acceptată această petiție spre examinare.
2. Să mi se ofere materiale referitoare la ancheta internă efectuată asupra mea.
3. Să mi se ofere o copie a următoarelor documente:
 - a) [Exemplu] Copia din registrul pacienților;
 - b) [Exemplu] Copia fișei de examinare.

Data:

Semnătura:

FORMULAR DE PLÂNGERE ÎN CAZ CIVIL

Pârâtul: Ministerul _____
(Numele instituției pe care se înaintează plângere)

Adresa _____
(Adresa instituției)

Index poștal: _____

Reclamant: Dl /Dna _____
(Numele reclamantului sau al reprezentantului legal)

Adresa _____
(adresa de domiciliu)

Index poștal: _____

Adresa alternativă: _____

Număr de telefon: _____

E-mail: _____

RECLAMAȚIE

Fapta reclamației: [Exemplu]

În perioada 15-21 ianuarie 2015 am fost internat în spitalul municipal nr. 21 din Chișinău pentru tratament pulmonar. Am fost examinat de către medic, doamna E.V. care m-a diagnosticat cu pneumonie și a prescris 7 zile de tratament staționar în spitalul municipal nr. 21.

Am primit zilnic medicamente, injecții și perfuzii. În ciuda tratamentului primit, mă simțeam tot mai rău cu fiecare zi. Am descris durerile și îngrijorările mele asistentei medicale și medicului, d-nei E.V. De fiecare dată ea mă calma, spunând că aceasta este o situație normală pentru acest tip de tratamente.

La 21 ianuarie am fost externat din spitalul nr. 21 cu o durere imensă în cutia toracică. Mă simțeam epuizat și îmi era dificil să respir. Dna E.V. m-a asigurat că, în câteva zile, mă voi simți mai bine și durerile vor dispărea.

A doua zi, la 22 ianuarie 2015, am fost luat de către paramedici cu ambulanța, care m-a transportat la Institutul de Ftiziopneumologie. Am fost diagnosticat cu astm sever. În urma investigațiilor medicale, medicii de la Institutul de Ftiziopneumologie au ajuns la concluzia că, din cauza unui diagnostic și tratament greșit, plămânii mei au fost lezați semnificativ. A trebuit să trec un nou tratament, care a durat de la 22 ianuarie până la 21 februarie 2015 și nu au putut fi acoperit de asigurarea medicală.

Drept consecință a tratamentului și diagnosticului greșit sănătatea mea a avut de suferit simțitor și a fost nevoie să suport cheltuieli în mărime de 55 000 de lei pentru tratamentul suplimentar.

Cadru legal: [Exemplu]

Am suferit pagube din cauza încălcării dreptului meu la sănătate asigurat de articolul 36 din Constituția Republicii Moldova, care afirmă că dreptul la sănătate este garantat.

Din cauza eșecului Spitalului municipal nr. 21 de a asigura un diagnostic și tratament corect a fost încălcat dreptul meu la asistență medicală adecvată asigurată de articolele 5 și 8 ale Legii nr. 263/2005 "cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului".

Drept consecință, am suferit daune fizice și psihice care s-au referit, în principal, la dureri pulmonare mari, dificultăți de respirație, sufocare, dezamăgire în sistemul sănătății și depresie.

Dreptul la daune morale este reglementat de articolele 1422 - 1423 ale Codului Civil al Republicii Moldova.

În conformitate cu articolele 6 - 8 din Legea nr. 263/2005 "cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului", articolele 5, 6, 166, 167 din Codul de Procedură Civilă, articolul 1422, 1423 din Codul Civil, articolul 36 din Constituție

SOLICIT

1. Să îmi fie acceptată pentru examinare această reclamație;
2. Să se susțină că a existat o încălcare a dreptului la sănătate;
3. A susține că pârâtul trebuie să plătească reclamantului 55 000 de lei cu titlu de daune morale;
4. A susține că pârâtul trebuie să plătească reclamantului 100 000 de lei cu titlu de daune morale.

Anexe:

- a) *[Exemplu] Copia buletinului de identitate a reclamantului;*
- b) *[Exemplu] Copia fișei de examinare din spitalul municipal nr. 21;*
- c) *[Exemplu] Copia formei de examinare eliberată de Spitalul Republican de Pulmunologie.*

Data:

Semnătura:

Notă: Plângerea trebuie să conțină, în conformitate cu articolul 166 din Codul de Procedură Civilă al Republicii Moldova următoarele informații:

1. Datele de identificare a petiționarului, cum ar fi: numele, prenumele, adresa de domiciliu și/sau adresa poștală, numărul de telefon, adresa de e-mail și datele de contact pentru reprezentantul său/avocat, dacă este cazul.
2. Date de identificare a furnizorului de servicii de sănătate ale căror acțiuni sau decizii sunt reclamate în cerere/plângere, cum ar fi: numele instituției, adresa și/sau adresa poștală, numărul de telefon, adresa de e-mail (dacă este disponibilă).
3. Denumirea autorității publice către care se adresează cererea/reclamația și adresa și/sau adresa poștală, numărul de telefon, adresa de e-mail (dacă este disponibilă) a autorității.
4. Dreptul/-rile care au fost încălcate și descrierea faptelor pe care se bazează plângerea.
5. Descrierea probelor pe care se bazează plângerea.
6. Revendicarea.
7. Anexe cu copiile documentelor relevante care susțin plângerea.
8. Data depunerii și semnătura autorului.

Drepturile omului în îngrijirea pacienților este un manual practic, cu instrucțiuni, pentru avocații care se ocupă de cazuri ce implică drepturile omului în contextul îngrijirilor medicale. Fiecare volum din serie conține informații privind drepturile și responsabilitățile atât ale pacienților cât și ale furnizorilor, precum și proceduri pentru asigurarea protecției și aplicării acestor drepturi la nivel internațional, european și național. Aceasta este prima antologie de prevederi constituționale, legislative și administrative, organizate în funcție de drepturi și responsabilități, alături de exemple practice de conformare, încălcare și aplicare a normelor. Ghidul explorează litigarea și metodele alternative de soluționare a diferendelor, cum ar fi instituția Avocatului Poporului sau comisiile de disciplină. Ghidul pentru practicieni este o referință utilă pentru avocați și alți profesioniști care lucrează într-o regiune în care cadrul juridic este deseori supus schimbărilor. Seria completă de ghiduri din fiecare țară este disponibilă la www.health-rights.org.



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

