



AUTORITATEA
DE SUPRAVEGHERE
FINANCIARĂ

Ghid de **RECOMANDĂRI**
PRIVIND
ASIGURAREA
DE MALPRAXIS MEDICAL

Ghid de RECOMANDĂRI privind Asigurarea de malpraxis medical aplicabil condițiilor generale și speciale în asigurarea de răspundere civilă a personalului medical

Autoritatea de Supraveghere Financiară are atribuții pentru autorizarea, reglementarea, supravegherea activității atât a societăților de asigurare, reasigurare, cât și a celei desfășurate de intermediarii în asigurări. În România, activitatea de asigurare se desfășoară sub forma asigurărilor de viață și a celor generale, facultative sau obligatorii, conform reglementărilor legale în vigoare. În cadrul asigurărilor generale, secțiunea B clasa 13, se regăsesc asigurările de răspundere civilă ce cuprind toate tipurile de tratamente medicale ce se efectuează în specialitatea și competența profesională a asiguratului și în gama de servicii medicale oferite de unitățile de profil (art. 668 alin. (3) din Legea nr. 95/2006) și care acoperă daune produse terților.

La baza asistenței de sănătate publică (componentă a sistemului de sănătate publică) se regăsesc principii precum: responsabilitatea societății pentru sănătatea publică; abordarea multidisciplinară și intersectorială; parteneriat activ cu populația și cu autoritățile publice centrale și locale; abordarea intersectorială pentru sănătate prin acțiunea coordonată a tuturor instituțiilor în vederea îmbunătățirii sănătății populației.

Impunerea unor astfel de principii presupune corecta evaluare a impactului asupra sănătății în relație cu programele, strategiile, politicile ale altor sectoare de activitate cu efecte conexe asupra sănătății populației. Astfel, Autoritatea de Supraveghere Financiară în baza atribuțiilor conferite urmărește, prin Direcția Relații cu Publicul, Petiții și Educație Financiară, asigurarea protecției și drepturilor consumatorilor de servicii financiare nebancale.



Condiții impuse profesiei de medic

Profesia de medic este exercitată pe teritoriul României, în baza Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, de către persoanele fizice posesoare ale unui titlu oficial de calificare în medicină. Monitorizarea și controlul exercitării profesiei de medic se realizează de către cele două autorități competente: Ministerul Sănătății și Colegiul Medicilor din România. Medicul are ca scop principal asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnăvirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității.

Conform art. 390 alin. (1) din legea mai sus menționată, medicii care întrunesc condițiile prevăzute la art. 376 exercită profesia pe baza certificatului de membru al CMR, avizat anual pe baza asigurării de răspundere civilă, pentru greșeli în activitatea profesională valabilă pentru anul respectiv.

Prin urmare, încheierea unui contract de muncă în domeniul medical presupune în mod obligatoriu încheierea unei asigurări de răspundere civilă profesională pentru personalul medical, născându-se astfel o dublă protecție financiară (a cadrelor medicale și a pacienților). Inexistența acestei asigurări poate conduce la suportarea tuturor costurilor legate de despăgubiri cu întregul patrimoniu al cadrului medical aflat în culpă. Orice act medical,

indiferent de experiența și vârsta personalului medical, poate fi purtător al unui risc.

Totodată, conform prevederilor legale sus amintite, lipsa asigurării sau asigurarea sub limita legală constituie abatere disciplinară și se sancționează cu suspendarea dreptului de practică/autorizarea de funcționare.



Asigurarea de malpraxis

Asigurarea de malpraxis a cadrului medical se constituie în acel tip de asigurare prin care asigurătorul, în baza încasării unei prime de asigurare, se obligă să acopere acele daune/prejudicii ce au rezultat în urma actului medical sau dacă se impunea acordarea asistenței medicale și acest lucru nu s-a efectuat, cât și pentru cheltuielile de judecată ale persoanei prejudiciate de malpraxis. Acest tip de asigurare are în primul rând rolul de a proteja asiguratul (consumator și beneficiar indirect al acestui produs de asigurare).



Totodată, având în vedere că, la încheierea unei noi polițe, se solicită ca anterior să nu fi existat vreo dezdăunare majoră, putem spune că au și rolul de a-l responsabiliza pe asigurat (cadrul medical). Concret, la încheierea unei polițe de asigurare, asigurătorii solicită asiguratului să declare dacă a mai avut vreo dezdăunare anterioară, caz în care există posibilitatea ca asigurătorul să refuze încheierea unei noi polițe sau să majoreze foarte mult primele de asigurare, astfel putându-se ajunge în situația în care asiguratul să nu mai poată profesa datorită imposibilității de a încheia o poliță de asigurare.

Conform definiției dată de Legea nr. 95/2006, titlul XVI, Cap. 1 art. 653 alin. (1) lit. b), malpraxis-ul este eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

Această eroare poate apare atât ca urmare a acțiunii sau inacțiunii cadrului medical, dar și din neglijență, imprudență, cunoștințe medicale insuficiente, depășirea limitelor de competență, nerespectarea confidențialității.

Persoanelor implicate în actul medical a căror acțiune se finalizează cu realizarea unui prejudiciu asupra pacientului, li se va putea atrage răspunderea civilă. În cazul în care fapta ce a cauzat prejudiciul se constituie, conform legii, drept o infracțiune, atunci va putea fi angajată și răspunderea penală. Exonerarea de răspundere a cadrului medical apare atunci când daunele/prejudiciile se pot datora condițiilor de lucru, dotărilor insuficiente, infecțiilor nosocomiale, complicațiilor datorate metodelor de investigație și tratament, vicii ascunse ale materialelor sanitare etc. În această situație, răspunderea cade în sarcina instituției medicale. Totuși, instituția poate întreprinde o acțiune de regres în vederea recuperării daunelor realizate de personalul medical.



Un asigurat are dreptul să încheie mai multe contracte de asigurare urmând ca despăgubirea să fie acordată în mod proporțional cu suma asigurată de fiecare dintre asiguratori. Acesta are în schimb obligația pe tot parcursul valabilității poliței să-și înștiințeze asiguratorii atât cu

privire la încheierea și a altor contracte, cu alți asiguratori (art. 671 din Legea nr. 95/2006), cât și asupra oricăror alte modificări ce apar. În cadrul oricărui contract este necesar să fie cunoscute condițiile de asigurare: limitele de despăgubire, riscurile acoperite, excluderile, existența/inexistența unei perioade retroactive sau a clauzelor suplimentare, teritorialitate etc.

Aceste condiții sunt prezentate a fi de tip revendicare – claims made – întrucât despăgubirile se acordă în baza unei cereri de despăgubire înaintată de către asigurat, în perioada de valabilitate a poliței ca urmare a existenței unui act de malpraxis.

Stabilirea cazurilor de răspundere civilă profesională este realizată de către Comisia de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis în a cărei componență intră experți medicali pe specialități. Comisia este sesizată fie de partea (reprezentantul legal al acesteia) ce se consideră lezată în urma unui act medical deficitar (malpraxis) sau de către succesorii ei în cazul în care a intervenit decesul persoanei. Prin decizie, în baza raportului întocmit de experți, Comisia hotărăște în maximum 3 luni de zile de la sesizare, dacă a fost sau nu un caz de malpraxis. Această procedură nu împiedică însă accesul la justiție. Ea este confidențială până la momentul acțiunii în instanță. Dreptul la acțiune pentru actele de malpraxis se prescrie în termen de 3 ani de la producerea prejudiciului, cu excepția faptelor ce constituie infracțiuni.

Ghidul de recomandări

Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF) are printre obiectivele sale conferite prin lege protecția consumatorului, funcție cheie în buna dezvoltare a piețelor financiare și în menținerea stabilității financiare.

Direcția Relații cu Publicul, Petiții și Educație Financiară monitorizează continuu entitățile care își desfășoară activitatea în piața financiară nebanară la nivel de practici, comportamente, produse, clauze contractuale, precum și în ceea ce privește aspecte legate de transparență sau activități neautorizate, în contextul asigurării unei protecții adecvate a consumatorilor. Asigurarea unei piețe stabile și dezvoltarea acesteia se bazează pe gradul de încredere manifestat de consumatori, la rândul său acesta fiind definit de nivelul de asimetrie de informații, comportamentul entităților, hazardul moral, nevoile reale și posibilitățile financiare, nivelul de educație financiară atât al consumatorilor, cât și al vânzătorilor de produse și servicii financiare etc.

ASF a analizat toate asigurările de malpraxis medical puse la dispoziție de asigurători în România personalului medical care are obligația încheierii unei astfel de asigurări. În analiza clauzelor contractuale a fost avut în vedere cadrul legal aplicabil atât pieței asigurărilor, cât și cel aferent protecției consumatorilor, respectiv cel aplicabil

sistemului medical, pentru a observa aplicabilitatea unui nivel cât mai ridicat de protecție pentru consumatorii direcți și indirecti ai acestei asigurări.

Prezentul Ghid conține o listă de recomandări a celor mai bune practici pentru încheierea asigurărilor de malpraxis medical în scopul protejării drepturilor tuturor consumatorilor de servicii de asigurare, neavând un caracter obligatoriu.



RECOMANDAREA 1



Rolul acestui Ghid privind Recomandări de bune practici este de a susține și a oferi îndrumare societăților de asigurare în vederea prevenirii prejudiciilor aduse consumatorilor și a susținerii unei bune gestionări a conflictelor de interpretare sau de interese astfel încât să se asigure că obiectivele, interesele și nevoile consumatorilor de servicii de asigurare sunt luate în considerare.

Scopul Ghidului Recomandări de bune practici este de a îmbunătăți protecția consumatorilor de asigurări prin crearea unui cadru unitar la nivelul pieței de asigurări de malpraxis medical pentru creșterea eficacității acestui tip de asigurare, respectiv protecția oferită să ajungă în mod real atât la asigurat (cadru medical), cât și la beneficiarul asigurării (pacient). Totodată, Ghidul abordează asigurarea accesului la informații de interes pentru adoptarea unei decizii raționale, astfel încât consumatorul să poată fi informat concis, corect, fără a necesita cunoștințe de specialitate, în procesul informării, instrucției și/sau consilierii acordate în mod obiectiv de către societățile de asigurare.

Astfel, în relația cu consumatorii, societățile de asigurare trebuie să promoveze produse și servicii în condiții de transparență și corectitudine, astfel încât aceștia să poată înțelege caracteristicile produselor și să poată asimila corect condițiile contractuale, cunoscând atât drepturile, cât și obligațiile ce le revin.

În cazul contractelor de malpraxis medical în care acoperirea teritorială prevede repararea prejudiciilor persoanelor vătămate sau decedate ce nu au domiciliul sau reședința în România, cu excepția cetățenilor din Statele Unite ale Americii, Canada și Australia, RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să revizuiască modul de interpretare al acestor clauze, astfel încât să fie eliminat posibilul caracter discriminatoriu atunci când se realizează interpretarea contractului și instrumentarea dosarului de daună. Astfel, în cazul în care o persoană deține dublă cetățenie, pe de o parte a unei țări excluse din asigurare iar pe de altă parte, a unei țări cuprinse în condițiile contractuale, să se specifice clar faptul că acea persoană beneficiază în integralitate de condițiile asigurării, calitatea de dublă cetățenie neafectându-i drepturile conferite de contractul de asigurare.

Considerăm esențială respectarea principiului referitor la apărarea drepturilor de despăgubire a părților vătămate (beneficiarul asigurării – așa cum este cuprins în spiritul dat de legiuitor prin impunerea acestor asigurări obligatorii).

RECOMANDAREA 2



În cazul contractelor de malpraxis medical în care la capitolul Excluderi se fac referiri cu privire la: pretenții pentru repararea prejudiciului moral, daune morale, prețul durerii, contravaloarea pecuniară a traumei psihice cauzată ca urmare a vătămărilor corporale, alte prejudicii personale nepatrimoniale etc., considerăm că acestea pot conduce la prejudicierea interesului pacientului, beneficiar al acestei asigurări, așa cum legiuitorul a prevăzut în spiritul legislației care a condus la obligativitatea acestei polițe de asigurare. Malpraxis-ul medical este în fapt un eveniment care, în multe dintre cazuri, nu poate fi reparat – nu există modalități de a repune bolnavul/pacientul în starea de dinainte de producerea culpei medicale. Excluzând partea de daunalitate morală, în astfel de cazuri asigurarea este golită de conținut (beneficiu) pentru pacient (beneficiarul real al asigurării, motivul pentru care legiuitorul a instituit obligația acestei asigurări).

Totodată, regăsim formularea potrivit căreia asigurarea nu se aplică prejudiciilor așteptate sau intenționate ale asiguratului din punctul de vedere al asiguratului. În cazul celor așteptate trebuie să luăm în calcul faptul că asiguratul trebuie să anunțe asigurătorul imediat, în scris, cu privire la orice eveniment care poate avea drept consecință o cerere de despăgubire, prin urmare trebuie

să anunțe un prejudiciu așteptat.

Pentru claritate recomandăm ca în chestionarul obligatoriu (coroborat cu condițiile de asigurare) de completat de către asigurat, înaintea reînnoirii poliței de asigurare, să existe un punct care să prevadă posibilitatea producerii efectelor unui eventual prejudiciu produs anterior momentului reînnoirii poliței de asigurare.

Alte formulări prevăd excluderi precum prejudiciile ca urmare a contaminărilor biologice și/sau chimice sau cauzate de poluare din orice cauză, inclusiv contaminare, infiltrații, deversări sau degajări gazoase sau de fumigene sau cauzate de azbest, inclusiv de substanțe sau produse ce conțin azbest, cauzate de silica sau bioxid de siliciu. Aceste excluderi pot fi considerate viabile cu excepția cazurilor în care o asemenea intoxicare se produce din neglijența sau intenția asiguratului, scopul acestei asigurări de malpraxis fiind tocmai cel de a acoperi culpa medicală.

Regăsim de asemenea și unele clauze care intră sub incidența altora – personalul medical nu este răspunzător pentru daunele și prejudiciile produse în exercitarea profesiei sau asigurătorul nu datorează despăgubire din asigurare dacă riscul asigurat a fost produs cu intenție. Prevederile acestui tip de clauză fac obiectul unor excluderi, sens în care arătăm că inserarea lor este în mod implicit aferentă excluderilor, fiind necesară denumirea și includerea corespunzătoare a acestora în capitolul de Excluderi.

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere în formularea clauzelor contractuale interesul suprem al pacientului, acela de a-i fi reparată suferința. Astfel, contractele dintre asigurător și asigurați nu trebuie să conțină modalități prin care încălcarea acestora de către semnatar, să conducă la neplata despăgubirilor către pacient.

Este recomandat ca orice contract de asigurare să fie cât mai clar, atât în ceea ce privește obiectul acestuia, cât și în ceea ce privește orice excludere.

RECOMANDAREA 3



Din analiza contractelor de malpraxis medical reiese că, în unele cazuri, asigurarea nu acoperă prejudiciile cauzate de personalul medical pentru care există litigii/reclamații/ plângeri în curs de soluționare la data încheierii poliței - pretenții de despăgubiri pentru prejudicii cauzate pacienților de către personalul medical, pentru care există litigii/reclamații/plângeri în curs de soluționare la data încheierii poliței de asigurare precum și orice solicitări de despăgubiri în legătură cu circumstanțe cunoscute de asigurat la data încheierii poliței de asigurare, indiferent dacă au fost declarate sau nu de către acesta în cererea- chestionar.

Concret, o obligație la încheierea polițelor este aceea de a fi completate în mod corect chestionarele ce se referă la activitatea asiguratului. Asigurătorii includ câteodată în contracte, drept clauză de nulitate a acestora, inexistența sau completarea deficitară/mincinoasă, a acestor chestionare. Astfel, recomandăm a fi luate în calcul doar cazurile în care poate fi dovedit caracterul mincinos sau reaua-credință a asiguratului.

Așadar, se creează premisa că o greșeală a asigurătorului și/sau a asiguratului (cadru medical) poate să conducă la o lezare gravă a pacientului (beneficiarul real al acestei asigurări). Cu alte cuvinte, greșeala de a nu verifica existența chestionarului sau aceea de a fi fost completat deficitar (fapt ce vizează elemente de formă ale chestionarului) poate conduce la neplata către pacientul lezat, asigurarea devenind practic inoperantă.

Contractul de asigurare este nul de drept în cazul declarațiilor inexacte făcute cu rea-credință de către Asigurat ori Contractantul asigurării cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarațiile nu au avut influență asupra producerii riscului asigurat – concret, ar trebui ca un astfel de contract de asigurare stabilit de lege pentru protecția inclusiv a pacientului afectat de malpraxis să prevadă apărarea drepturilor acestora din urmă, asigurarea putând să își îndeplinească rolul său real

(plata daunei cauzată de malpraxis), chiar dacă ulterior se întoarce împotriva prepușilor săi și/sau a asiguratului, printr-o acțiune în regres.

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere la încheierea poliței completarea obligatorie a cererii-chestionar în mod corect și asigurarea suportului de specialitate pentru ca asigurații (cadrele medicale) să înțeleagă și să conștientizeze faptul că răspunsurile trebuie să fie corecte, adevărate întrucât ele reprezintă condiții ce preced răspunderii asigurătorului.

Totodată, este important a fi avut în vedere faptul că o eventuală reziliere a contractului cauzată de lipsa acestei cereri chestionar nu trebuie să lezeze dreptul pacientului de a primi despăgubiri.

Faptul că rezolvarea unui caz de malpraxis presupune o perioadă de soluționare administrativă deja mare de timp, iar cu tot cu judecarea în instanță se ajunge la perioade foarte mari până la acordarea despăgubirilor, considerăm că ar trebui să se găsească și o modalitate de soluționare administrativă cu celeritate (scurtarea drastică a termenelor administrative) pentru a nu se mai ajunge în situația în care un pacient căruia i s-au produs vătămări, să nu mai poată fi expertizat deoarece între timp s-a vindecat.

RECOMANDAREA 4

Este important ca orice contract de asigurare pentru malpraxis medical să precizeze clar modalitatea de calcul a diferențelor de prime de restituit sau de încasat în cazul denunțării/rezilierii poliței de asigurare. Astfel, referirile de tipul prin reziliere, asigurătorul va returna asiguratului prima de asigurare corespunzătoare perioadei neefectuate, calculată prorata temporis, prin folosirea unui termen specific fără explicitarea sa, pot crea confuzie cu privire la dreptul asupra denunțării contractului.

Tot în ceea ce privește încetarea contractului de asigurare, sunt situații în care se stipulează în contract că în cazul în care asiguratului i se suspendă sau retrage autorizația de practicare a profesiei asigurate ori certificatul de atestare tehnico-profesională corespunzător profesiei asigurate, respectiv autorizația de funcționare în domeniul profesional pentru care se încheie asigurarea, asigurarea își suspendă de drept efectele juridice de la data suspendării sau retragerii autorizației ori certificatului, iar răspunderea încetează, fără a fi necesară nicio notificare scrisă din partea acestuia. Față de aceste prevederi, opinăm că ar trebui prevăzut mai clar, expres, faptul că ele nu afectează acordarea de despăgubiri dacă asiguratului (cadrul medical) i se suspendă sau retrage autorizația de practicare a profesiei ori certificatul de atestare tehnico-

profesională corespunzător profesiei, datorită unui caz de malpraxis, decât de la data aplicării efective a sancțiunii prevăzute. Cu alte cuvinte, să se stipuleze clar că sunt acordate despăgubirile pentru prejudiciile produse în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

În termen de 20 zile calendaristice după producerea evenimentului asigurat, Societatea poate să denunțe contractul de asigurare dacă acesta a rămas în vigoare, prin scrisoare recomandată. Unele contracte au astfel de prevederi, care însă vin în contradicție cu legislația aferentă drepturilor consumatorilor, deoarece asiguratorul își rezervă practic un drept unilateral pentru un viciu pe care inițial îl acceptă și, cel mai important, prin exercitarea acestui drept lezează atât asiguratul, cât și pacientul (beneficiarul real al asigurării).

Formularea potrivit căreia asiguratul a furnizat declarații/informații false și/sau incomplete, în măsura în care acestea sunt esențiale pentru încheierea/derularea contractului de asigurare, Societatea are dreptul de a rezilia unilateral contractul, printr-o scrisoare recomandată, fără îndeplinirea vreunei alte formalități, somații sau proceduri și fără intervenția instanței judecătorești este neclară. Dacă momentul în care se solicită rezilierea contractului pentru orice motive, este același cu momentul în care este angajată obligația asiguratorului de despăgubire, este important a se avea în vedere în primul rând scopul asigurării, acela de a despăgubi pagubele produse de un

malpraxis medical (beneficiarul asigurării fiind pacientul afectat). Eventuala declarație inexactă, reticentă sau cu rea-credință din partea asiguratului trebuie să poată fi stabilită și dovedită. Relația contractuală a părților trebuie să fie una echilibrată (drepturi – obligații), în conformitate cu legislația din domeniul protecției consumatorilor.

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere precizarea mai clară a cazurilor în care se realizează încetarea asigurării sau rezilierea/denunțarea acesteia, astfel încât:

- asiguratul (cadru medical) să înțeleagă care sunt aceste situații și care sunt drepturile ce îi revin (inclusiv modalitatea de calcul a diferențelor de primă);
- beneficiarul (pacientul afectat de cazul de malpraxis) să nu fie obiectul unei aplicări retroactive a clauzei de reziliere/denunțare a poliței de asigurare;
- să nu fie pusă în pericol situația pacientului lezat.

RECOMANDAREA 5

Dreptul la apărare este un drept fundamental consacrat și în Convenția europeană a drepturilor omului, art. 6, alături de alte drepturi care, în ansamblu se subsumează conceptului de proces echitabil, dar nu este o obligație.

Mai mult, apărarea poate fi delegată unei persoane cu studii juridice a cărei desemnare, la fel, poate fi delegată altei persoane. Dar, subliniem, decizia îi aparține părții, în cazul nostru, asiguratului.

Drept urmare, acele prevederi contractuale care stabilesc că asiguratorul va avea dreptul, dar în nici un caz obligația, să preia și să conducă în numele asiguratului, apărarea împotriva oricărei cereri de despăgubire și va avea libertate totală în conducerea oricărei proceduri necesită reformulare, astfel încât asiguratorul să poată să preia și să conducă în numele asiguratului, apărarea împotriva oricărei cereri de despăgubire și să aibă libertate totală în conducerea oricărei proceduri, cu condiția unui acord prealabil, expres, din partea asiguratului. Dacă nu ar exista un acord expres dat de asigurat, ci o preluare de drept a cazului de către asigurator, apreciem că ar fi o încălcare a dreptului la o apărare corectă, întrucât interesele asiguratorului pot fi contrare cu cele ale asiguratului, față de pacient.

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere reformularea clauzelor contractuale aferente apărării în cadrul unor litigii, astfel încât asiguratului să i se dea dreptul de a alege cea mai bună apărare, iar conflictul de interese să fie evitat, în beneficiul pacientului.

RECOMANDAREA 6

În cazul asigurarilor multiple, a existenței mai multor asiguratori, se regăsesc clauze ce prevăd faptul că asiguratorul va acoperi prejudiciul în baza asigurării, însă asigurarea va fi suplimentară acelei alte asigurări, proporțional cu suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul produs, sau că societatea are obligația să plătească numai o parte a despăgubirii care rezultă din repartizarea proporțională a despăgubirilor datorate de către toți asiguratorii, fiind exclusă orice răspundere solidară, astfel încât, conform legii, despăgubirea totală să nu depășească valoarea pagubei.

Astfel de prevederi fără o reglementare clară care să fie aplicată de toți asiguratorii pot conduce la situații în care beneficiarul asigurării să fie prejudiciat. În vederea înțelegerii acestor aspecte este necesară stipularea clară atât a criteriilor proporționalității la plată, cât și a formulelor matematice de aplicare.

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere reglementarea clară a cotelor de participațiune a tuturor asiguratorilor la despăgubire, explicitarea formulelor matematice de aplicare.

RECOMANDAREA 7



În cazul contractelor de malpraxis medical în care se regăsesc formulări prin care se impune ca înștiințarea asigurătorului să includă elemente privind vătămarea potențială: numele și adresele oricăror persoane implicate în eveniment, inclusiv potențialii solicitanți de despăgubiri. Această clauză solicită o serie de informații pe care asiguratul nu le deține obligatoriu. În mod normal, în fișa pacientului apar elemente cu caracter informațional redus (doar nume și adresă), iar o asemenea prevedere ar pune în sarcina asiguratului (cadru medical) atribuții pe care să nu le poată îndeplini.

În același context se înscrie și clauza conform căreia, în prezentarea informațiilor referitoare la orice procedură de urmărire în justiție, asiguratul este obligat să păstreze starea de fapt existentă în momentul producerii evenimentului asigurat, pentru a permite Societății să determine cauzele acestuia și întinderea prejudiciului. Aceasta este în realitate o clauză neaplicabilă. În domeniul medical, interesul tuturor este acela de a se remedia starea de fapt prejudiciatoare (nu lăsăm pacientul cu infecții, să moară, până rezolvăm cine și cât plătește și nici nu putem permite închiderea unei săli spitalicești pentru a păstra ambientul aferent situației medicale). Se poate cere asiguratului să păstreze documentele, să nu se sustragă urmării

și/sau prezenței în instanță, să nu întrerupă dialogul cu asigurătorul, dar nu să păstreze starea de fapt!

RECOMANDĂM societăților de asigurare care oferă spre vânzare asigurare pentru malpraxis-ul medical să aibă în vedere reformularea clauzelor contractuale respective, o sintagmă de tipul „în măsura în care aceste informații sunt disponibile” este mult mai adecvată situațiilor reale. De asemenea, este necesară reformularea sintagmei referitoare la starea de fapt, astfel încât aceasta să fie adecvată mediului medical.

RECOMANDAREA 8



Pretenția de despăgubire formulată de pacient/moștenitorii pacientului să fie notificată de către asigurat asigurătorului, în perioada de asigurare sau în perioada extinsă de raportare, se constituie într-o clauză regăsită în unele contracte. Aceasta poate conduce la situația în care, printr-o simplă neglijență a asiguratului cu privire la notificarea asigurătorului, se creează un prejudiciu beneficiarului final (pacientul). Considerăm necesară clarificarea acestei clauze, astfel încât să se precizeze faptul că asiguratul este obligat să comunice asigurătorului producerea riscului asigurat în măsura în care această acțiune este posibilă. Concret, o neglijență din partea asiguratului nu trebuie să exonereze asigurătorul de răspunderea plății.

În cazul prejudiciilor produse cu intenție de către asigurat sau prejudicii ce au la bază cereri de despăgubire frauduloase sau cu rea credință formulate de pacient, ar trebui să se aplice aceleași reguli de despăgubire, rațiunea asigurării fiind aceea de a despăgubi pacientul. Totodată, instituția acțiunii în regres stă oricând la îndemâna asiguratului față de asigurat și instituția angajatoare a acestuia (bineînțeles pentru cazurile în care există și o răspundere a instituției).

Chiar dacă asiguratul se află sub influența băuturilor alcoolice, drogurilor/narcoticelor sau substanțelor halucinogene interzise de lege, ingerate în mod voluntar, pacientul în calitate sa de consumator de servicii medicale nu trebuie să poarte răspunderea încălcării deontologiei profesionale de către asigurat (scopul legiuitorului față de asigurarea de malpraxis medical).

În unele contracte, sunt considerate excluseri prejudiciile datorate conduitei necivilizate a pacientului în relațiile cu personalul medical. În primul rând, această excludere nu face obiectul activității de malpraxis care este o consecință a unei erori medicale produse de către asigurat. Mai mult, pacientul nu este parte a contractului, deci nu i se poate imputa niciun fel de comportament, acțiune și/sau inacțiune etc. Repararea prejudiciilor aduse pacientului reprezintă rațiunea asigurării, aceasta neputând deveni o modalitate de sancționare a pacientului!

Există contracte care stipulează că acțiunea de malpraxis soldată cu decesul pacientului va conduce din partea asiguratului la despăgubirea pentru veniturile nete nerealizate și eventualele alte cheltuieli făcute în perioada de la data producerii evenimentului și până la data decesului. Nu se face însă precizarea cu privire la perioada de timp și la pensiile de întreținere datorate. Considerăm că sunt necesare lămuriri.

Existența unor prevederi, potrivit cărora asiguratul renunță la dreptul de regres sau asiguratul se află în imposibilitatea exercitării acestui drept permite asiguratului să nu mai plătească despăgubiri până la limita sumei ce face obiectul dreptului de regres și, prin urmare, drepturile pacientului sunt afectate, putând crea acestuia prejudicii.

În cazul prevederii potrivit căreia limitarea răspunderii pentru daune morale este opțională și este egală cu limita răspunderii pentru daune materiale și/sau vătămări corporale, considerăm că necesită stipularea clară asupra faptului dacă despăgubirile se achită atât pentru daune morale, cât și pentru cele materiale în mod cumulativ sau poate exista o separare a acestor daune.

Plata despăgubirii va fi efectuată de Societate numai după ce asiguratul:

- va face dovada răspunderii sale și a obligației de despăgubire a prejudiciului produs persoanelor păgubite;

- va declara dacă și ce asigurări a mai încheiat cu același risc;
- va preda toată documentația cerută de Societate, inclusiv cea necesară pentru a exercita acțiunea de regres.

Din punctul de vedere al beneficiarului final al asigurării (pacientul), atâta timp cât asiguratul face dovada contractului de asigurare, asigurătorul are obligația contractuală referitoare la plata daunei, altfel poate fi analizată ca fiind o practică neloială față de pacient prin înțelegerea a două părți cu interese contrare lui.

Unele contracte de asigurare specifică faptul că asigurătorul are dreptul să amâne plata despăgubirii dacă în legătură cu evenimentul care a produs dauna a fost instituită împotriva asiguratului sau a prepușilor acestuia o anchetă sau o procedură penală până la finalizarea acesteia. Analizând această clauză, ne întoarcem la cele arătate cu privire la prevederile Legii nr. 95/2006 care nu fac distincție între a acorda sau nu despăgubiri pentru fapte de malpraxis ce reprezintă și fapte penale. În consecință, considerăm că adoptarea unei asemenea clauze de către părți ar aduce prejudicii pacientului, acesta fiind vătămat indiferent de clasificarea legală a faptei, în fapte prejudiciatoarele exclusiv civil (culpă) sau fapte penale (neglijență sau intenție).

RECOMANDĂM societăților de asigurare să aibă în

vedere în stabilirea clauzelor contractuale a poliței de asigurare de malpraxis medical că acest tip de asigurare vizează inclusiv protejarea pacienților de efectele unei astfel de situații de malpraxis. Drept urmare, acele clauze care permit excluderea de la plata despăgubirii, afectând direct pacientul lezat (sau moștenitorii acestuia), necesită reformulare pentru a fi în acord cu spiritul legii ce a stabilit acest tip de asigurare obligatorie.

Totodată, clauzele care fac referire la drepturile pacienților ca urmare a unui caz de malpraxis și modul în care este stabilită suma de despăgubire și efectuarea acestei plăți trebuie să fie clare, pentru eliminarea oricăror interpretări ce ar putea leza drepturile acestora.

RECOMANDAREA 9



Conform unor clauze contractuale regăsite în unele contracte, acordarea despăgubirilor presupune îndeplinirea cumulativă a mai multor condiții printre care: prejudiciul material să fie cert în ceea ce privește existența sa, cuantificabil la data formulării cererii de despăgubire, personal și direct. Considerăm că trebuie avute în vedere și situațiile în care tratamentele sunt de durată, iar gradul de invaliditate se stabilește mai târziu, întrucât pot exista înrăutățiri ale stării inițiale de sănătate. Așadar, avem:

- a) prejudiciu cert – un prejudiciu este cert atâta timp cât

ne referim la data stabilirii acestuia de către organele îndreptățite (comisie, instanță, organe de cercetare penală, medic legist etc.);

b) prejudiciu cuantificabil la data formulării cererii de despăgubire – aceasta prevedere este neclară și susceptibilă de a produce confuzii în aplicare/interpretare. Pe de o parte, orice prejudiciu este cuantificabil, indiferent de modalitatea de compensare ce se decide, iar pe de altă parte însă trebuie avut în vedere faptul că obligația formulării cererii de despăgubire este simultană cu depunerea plângerii, deci dacă vorbim și de o sumă certă (condițiile sunt cumulative!) este clar că în acel moment nu cunoaștem această sumă.

c) prejudiciu personal – prejudiciul poate fi și acela născut din vătămarea unei persoane de care partea prejudiciată este dependentă (vătămarea părintelui prejudiciază copilul în asigurarea școlarizării);

d) prejudiciu direct – similar cu motivele precizate la lit. c) de mai sus.

În concluzie, considerăm că pentru clarificare este necesară eliminarea sintagmei „cumulativ”.

În cazul plății unei despăgubiri asigurătorul are dreptul de a compensa ratele de primă ce i se datorează până la sfârșitul perioadei de asigurare prin scăderea acestora din valoarea despăgubirilor convenite. Acest tip de clauză se regăsește în unele contracte de asigurare de malpraxis. Față de această clauză reținem că:

a) la data la încheierii contractului s-a stabilit un anumit

mod de plată a primelor, deci o atare clauză ar fi o derogare de la cele stabilite inițial;

b) creează un dezechilibru evident între drepturile și obligațiile părților;

c) despăgubirile se plătesc pacientului, ori o diminuare a acestora cu orice quantum, provenit din orice cauză, ar prejudicia în final pacientul și, din nou, ar contraveni spiritului asigurărilor, și anume acela de a despăgubi pacientul pentru vătămările ce i-au fost aduse. De asemenea, reținem că asigurătorul se poate îndrepta împotriva asiguratului, cu o acțiune în regres.

În cazul în care contractul de asigurare este încheiat cu stabilirea unei sublimite pentru daune morale, despăgubirile acordate de asigurător pentru aceste daune care sunt consecința prejudiciilor materiale produse prin vătămări corporale/deces, considerăm că expresia folosită în unele contracte – „daune morale rezultate din prejudicii materiale” – nu explicitează la ce se referă exact, putând fi vorba despre acoperirea prejudiciilor indirecte cauzate colateralilor și astfel ar contraveni celor mai sus analizate (prejudicii directe ca și condiție de acordare a despăgubirilor), sau ar putea fi o derogare de la cele de mai sus (prejudiciu direct!). În consecință, considerăm necesară o detaliere exactă și clară a celor stipulate (chiar explicitate) în contract și, totodată, menționarea faptului că reprezintă o derogare de la regula mai sus analizată. Totodată, ar trebui făcută și precizarea cu privire la ce reprezintă sub-limita răspunderii asigurătorului.

În cazul clauzelor ce prevăd faptul că, pentru a fi îndreptățit la despăgubire, asiguratul este obligat să demonstreze că fapta sa, cauzatoare de prejudicii, a fost comisă fără intenție, fapt probat de comisia medicală desemnată să stabilească răspunderea civilă a asiguratului, recomandăm reformularea clauzei cu luarea în considerare a apărării drepturilor beneficiarilor asigurării.

Față de o astfel de clauză întâlnită în unele contracte de asigurare reținem următoarele:

- a) lipsa intenției se prezumă, întrucât prin însăși vocația de medic cadrele medicale trebuie să respecte jurământul depus, legile și regulamentele specifice privind exercitarea profesiei de medic, Codul de deontologie medicală.
- b) ce facem dacă vătămarea este produsă cu intenție, mai ales că fapta de malpraxis, conform Legii nr. 95/2006, poate avea caracter penal, fără a se preciza însă de către legiuitor că o astfel de situație ar exonera asigurătorul de plata despăgubirilor.

Recomandăm ca în cadrul formulării ce privește obligativitatea asiguratului de a comunica asigurătorului producerea evenimentului în termen de 3 zile de la data la care a luat cunoștință, aceasta să fie întregită de sintagma asupra deciziei pacientului de a depune o plângere deoarece, dacă nu se specifică cu exactitate momentul de la care curge termenul de anunțare a asigurătorului, asiguratul ar putea lua ca referință termenul de stabilire

a vinovăției, ceea ce ar crea un dezavantaj asigurătorului în sensul că acesta nu s-ar putea apăra și nu ar fi parte la ancheta administrativă.


Existența unei clauze potrivit căreia societatea nu va putea fi obligată să acorde nicio acoperire și nici să plătească vreo despăgubire ori beneficiu conform contractului de asigurare, în măsura în care o asemenea acoperire, plată a daunei sau beneficiu ar expune societatea oricărei sancțiuni, interdicții sau restricții potrivit sancțiunilor comerciale sau economice, legilor sau regulamentelor din orice jurisdicție aplicabilă cauzelor de judecată în care este implicată societatea, poate da naștere unor situații în care societatea de asigurare să nu își asume însuși propriul contract, încercând a se înlătura răspunderea de plată în eventualitatea unor clauze oneroase, indiferent dacă aceste clauze au fost acceptate cu bună știință sau reprezintă erori ale prepușilor asigurătorilor. Buna practică recomandă, pentru protecția consumatorilor, înlăturarea oricăror formulări care ar putea da naștere unor practici incorecte. Considerăm că, în cazul în care clauza se referă la altceva decât la propriile clauze din contract, ar trebui aduse precizări clare în sensul de a se explica la ce situații de referă. Mai mult, plata despăgubirilor se decide de către instanță, deci o clauză contractuală nu se poate opune unei decizii a instanței care poate decide chiar nulitatea clauzei. Practic, tot ce face această clauză este să împiedice o eventuală tranzacționare amiabilă a despăgubirilor cu pacientul.

RECOMANDĂM societăților de asigurare să acorde atenție acelor clauze contractuale care ar putea da naștere unor practici incorecte la momentul despăgubirii, practici care afectează deopotrivă asiguratul și pacientul afectat (beneficiarul asigurării). Clarificările conținutului clauzelor și simplificarea limbajului contractului sunt necesare pentru o mai bună transparență și corectitudine în relația asigurător-asigurat (inclusiv cu efect asupra beneficiarului real).

În ceea ce privește acțiunea în regres, având în vedere acest tip de acțiune legală permisă de contract, este important ca orice asigurat să cunoască drepturile și obligațiile sale ca urmare a regresului. Drept urmare, inserarea unui capitol intitulat „Regrese”, în care să se detalieze în mod clar și transparent toate situațiile în care asigurătorul sau asiguratul se pot întoarce unul împotriva altuia, este de natură a asigura:

- a) dezdăunarea pacientului, acest drept nefiindu-i lezat de eventualele nefuncționalități contractuale între asigurător și asigurat;
- b) repararea prejudiciului asigurătorului pentru o plată efectuată, dar dovedită mai apoi ca fiind nedatorată (chiar dacă este vorba despre o exonerare urmare a acțiunii/inacțiunii prepușilor săi sau a asiguratului);
- c) repararea prejudiciului asiguratului pentru cazul în care asigurătorul se eschivează de la plată și asiguratul este silit să plătească el.

RECOMANDAREA 10



Din analiza contractelor de asigurare pentru malpraxis medical, reținem că sunt cazuri în care se fac menționări cu privire la termeni al căror corespondent nu se regăsește definit în condiții și nu este nici explicat (de exemplu: dreptul la regres, reținere, excitante, substanțe intoxicante, personal auxiliar, organe specializate ale asigurătorului în stabilirea despăgubirii, sublimită, prorata temporis). Este important a se reține de către asigurător că asiguratul (cadru medical) sau beneficiarul (pacientul) sunt în situația în care este posibil a nu cunoaște acești termeni de specialitate.

În cazul prevederii potrivit căreia asigurătorul nu este obligat să reamintească asiguratului data scadentă a ratelor de primă, considerăm că furnizarea unei astfel de informații vine atât în sprijinul asigurătorului (nu pierde clientul), cât și al asiguratului (nu-și pierde asigurarea) și se poate încadra într-un cod de bune practici. Mai mult, simpla informare printr-un e-mail este extrem de facilă și necostisitoare.

O altă clauză ce se regăsește în unele contracte și care face referire la obligațiile asiguratului este următoarea: Toate comunicările cu privire la contractul de asigurare trebuie să fie efectuate în scris, prin scrisoare recomandată, cu

confirmare de primire, după cum urmează: cele destinate Societății, la sediul legal al acesteia așa cum rezultă din poliță sau din modificările succesive înscrise, conform legii, în Registrul Comerțului. O astfel de clauză poate crea un dezechilibru între obligațiile părților (dintre care asiguratul este obligat să se intereseze la Registrul Comerțului). Conform prevederilor dreptului comun, partea care își schimbă datele de comunicare are obligația de a informa părțile interesate. O asemenea clauză derogatoare de la dreptul comun poate crea în final dezavantaje, chiar prejudicii semnificative, pacientului. Recomandăm a nu fi stipulate asemenea clauze, derogări, înțelegeri între părți.

RECOMANDĂM societăților de asigurare, pentru claritate și transparență, definirea exactă a unor astfel de noțiuni tocmai pentru a nu se putea interpreta.

Este necesară specificarea clară a cel puțin următoarelor noțiuni:

- limitelor minime recomandate ale asigurării și a faptului că alegerea unei asigurări sub limită constituie o abatere disciplinară. Apreciem ca fiind importantă pentru pacienți (și asigurați) obținerea unei limite cât mai extinse;
- categoriei din care face parte personalul medical în vederea încadrării corecte (de exemplu: pentru medicii specialiști limita este de 37.000 euro, față de medicii de familie unde limita este de 12.000 euro sau cazul asistenților medicali și a moșelor unde putem avea limita de 4.000 euro dacă își desfășoară activitatea

în medicină primară etc. – conform Ordinului nr. 346/2006 pentru aprobarea Normelor privind stabilirea limitelor de asigurare pentru furnizorii care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate);

- faptului că daunele morale nu sunt acoperite de către asigurarea de bază sau limitele clare până unde pot urca acestea, astfel de daune având de multe ori (de exemplu, cazul invalidității temporare sau permanente sau suferința în cazul decesului pacientului) un quantum mult mai mare față de daunele materiale;
- clauzelor ce privesc excluderile (de exemplu: neobținerea consimțământului pacientului, depășirea competențelor medicale, contaminarea cu virusul HIV, prescrierea de rețete pentru scăderea în greutate, teste clinice cu substanțe noi, acte profesionale considerate prohibite etc). Aceste excluderi nu trebuie să fie discriminatorii și nici să prejudicieze interesul pacientului;
- modalităților prin care se pot acoperi riscuri suplimentare ca urmare a luării la cunoștință a condițiilor generale și a celor speciale de asigurare;
- a obligațiilor ce revin personalului medical în calitatea de asigurat pe întreaga perioadă de valabilitate a poliței sau atunci când se produce riscul asigurat, întrucât neîndeplinirea acestor obligații poate conduce asiguratul la refuzul plății despăgubirii și implicit la lezarea intereselor pacientului.

Totodată, în sprijinul asiguraților, recomandăm societăților de asigurare a acorda sprijin asiguraților pentru a le transmite informațiile necesare în vederea înțelegerii modului în care funcționează aceasta.

Nu în ultimul rând, recomandăm eliminarea din contractele de asigurare a acelor clauze care impun asiguratului acțiuni de informare disproporționate, care pot afecta buna desfășurare a contractului în detrimentul beneficiarului real (pacient afectat). Considerăm că modul de comunicare între părți trebuie agreat de ambele părți la contract, cu luare în considerare a posibilităților de accesare reală a informațiilor de către acestea.

RECOMANDAREA 11



În ceea ce privește comunicarea din mediul online, **RECOMANDĂM** societăților de asigurare care pun la dispoziție asigurarea de malpraxis medical a verifica pe pagina web proprie și pe paginile web ale intermediarilor informațiile disponibile, astfel încât:

- a) să fie eliminate referiri la faptul că societatea de asigurare poate modifica prețurile oricând și oricum, deoarece acest lucru este realizabil doar printr-o acceptare de către ambele părți la contractul de asigurare.
- b) Să existe precizări cu privire la perioada de valabilitate a polițelor.

c) Să se respecte principiile concurenței loiale, fără a se face promisiuni specifice publicității, care ar induce consumatorului o anumită alegere fără a i se pune la dispoziție, pentru adoptarea unei decizii raționale, de exemplu, istoricul societății sau valoarea serviciilor oferite.

d) Să se promoveze informația referitoare la faptul că limitele maxime ale despăgubirilor sunt stabilite de CNAS, astfel încât să se evite practicile neloiale și lezarea drepturilor asiguratului/beneficiarului.

RECOMANDAREA 12



În ceea ce privește vânzarea acestui produs de asigurare, **RECOMANDĂM** societăților de asigurare să asigure personalului care realizează această vânzare, fie că este vorba despre personalul propriu, fie că este vorba despre intermediari, cunoștințele de specialitate necesare explicării produsului către asigurați, astfel încât aceștia să ia o decizie de cumpărare în deplină cunoaștere a asigurării contractate și să o poată utiliza în scopul în care a fost stabilită de legiuitor.