

614.253.83:366.542

**ABORDĂRI DOCTRINARE
ÎN MATERIA DREPTURILOR
BENEFICIARILOR
DE SERVICII MEDICALE
ÎN RAPORT CU LEGISLAȚIA
CONSUMERISTĂ**

*Conf. univ. dr. hab. Olesia PLOTNIC,
profesor Jean Monnet,
Secretar general a AO „Henri Capiatant”,
plotnicolesea.aum@gmail.com,
Drd. Elena CIOCHINA, ASEM
ciochina.elena.law@gmail.com
Drd. Felicia Cătălina RĂCOARE (APETROI),
Universitatea din Sevilla, Spania
apetroifelicia@yahoo.com*

Este cert faptul că protecția sănătății omului constituie o problemă de maximă importanță a omenirii, de aici survenind și atenția cuvenită acordată pretutindeni, la etapa actuală, problemelor teoretice și practice, vizând drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului de servicii medicale. Abordarea doctrinară a problemei drepturilor consumatorului de servicii medicale presupune luarea în considerare a unui larg spectru de probleme și implicații de natură politică, economică, culturală, precum și a particularităților dezvoltării istorice și a stadiilor de dezvoltare. Raționamentul cu privire la aplicarea statutului de consumator în relația cu serviciile de sănătate derivă din două viziuni total opuse. În primul rând, dintr-o perspectivă protecționistă, care se referă la utilizarea legii consumeriste pentru a proteja pacienții, iar pe de altă parte, din perspectiva care vizează introducerea sectorului sănătății într-o logică de piață, prin aceeași concepție. Scopul cercetării îl constituie evidențierea mai multor teorii doctrinare, referitoare la statutul consumatorului în cadrul serviciilor medicale.

Cuvinte-cheie: *doctrină, sănătate, drepturi, consumatori, servicii medicale, legislație consumeristă.*

JEL: P 37, P 48, L 84.

614.253.83:366.542

**DOCTORAL APPROACHES
TO THE RIGHTS
OF MEDICAL SERVICE
BENEFITS IN RELATION
TO CONSUMER
LEGISLATION**

*Assoc. Prof. Hab. Dr. Olesia PLOTNIC,
Professor Jean Monnet,
General Secretary at PA “Henri Capiatant”
plotnicolesea.aum@gmail.com
PhD candidate Elena CIOCHINA, ASEM
ciochina.elena.law@gmail.com
PhD cand. Felicia Catalina RACOARE (APETROI),
University of Seville, Spain
apetroifelicia@yahoo.com*

The protection of human health is certainly a matter of the utmost importance to humanity, hence the due attention given everywhere at the current stage to theoretical and practical issues, aiming at the fundamental rights and freedoms of the beneficiary of medical services. The doctrinal approach to the issue of the rights of the consumer of medical services involves taking into account a wide range of issues and implications of a political, economic, cultural nature, as well as the particularities of historical development and stages of development. The reasoning regarding the application of consumer status concerning health services derives from two opposite views. Firstly from a protectionist perspective, which refers to the use of consumer law to protect patients, and secondly, from the perspective of introducing the health sector in a market logic, by the same conception. The purpose of the research is to highlight several doctrinal theories regarding the status of the consumer in medical services.

Keywords: *doctrine, health, rights, consumers, medical services, consumer legislation.*

JEL: P 37, P 48, L 84.

Introducere

Pentru a fi posibilă o amplă discuție despre ceea ce, de fapt, reprezintă drepturile beneficiarilor de servicii medicale, din punct de vedere juridic, dar și social, am considerat imperativ să facem apel la cele mai vechi acte normative, cu sorgintea încă în Antichitate, ce vizează domeniul medical, abordând normele care ofereau o garanție de protecție a celor care apelau la serviciile prestatorilor de servicii medicale, cunoscuți mai întâi ca șamani, preoți și, ulterior, medici.

Îngrijirea pacientului este un aspect discret și important al dreptului la sănătate, care merită atenție și examinare, ca un aspect principal al drepturilor omului. O gamă vastă și severă de încălcări ale drepturilor omului survine în contextul îngrijirii pacienților, atunci când li se încalcă atât dreptul la sănătate, cât și multe drepturi civile și politice. Ca răspuns la îngrijorarea, din ce în ce mai mare, cu privire la aceste abuzuri, în multe părți ale lumii, sintagma și conceptul „drepturile omului privind îngrijirea pacientului” au crescut recent, ca importanță, în cazul utilizării în calitate de cadru pentru monitorizarea, documentarea și analiza abuzurilor în timpul îngrijirii pacienților și responsabilizării guvernelor, a altor părți, pentru organizarea asistenței medicale.

Pacienții din multe regiuni, în loc de îngrijiri medicale adecvate și așteptate, se confruntă cu o varietate de abuzuri, care afectează demnitatea umană și pun în pericol rezultatele tratamentului. Aceste abuzuri variază de la încălcări ale drepturilor pacienților la consimțământul informat, confidențialitate și nediscriminare până la abuzuri mai grave, inclusiv tortură și tratament crud, inuman și degradant. De asemenea și furnizorii de servicii medicale se pot confrunta cu abuzuri, cum ar fi: condiții de muncă nesigure, sancțiuni pentru acordarea de asistență medicală bazată pe dovezi, limite privind libertatea lor de asociere și refuzul procesului convenit, atunci când pacienții fac plângeri împotriva acestora.

Metode aplicate în cadrul cercetării

Drepturile pacientului sunt oportunitățile legal stabilite pentru o persoană, care primește îngrijiri medicale, respectiv, trebuie făcută distincție între ele și noțiunea de „dreptul cetă-

Introduction

In order to be able to have a wide discussion about the rights of the beneficiaries of medical services represent from a legal and social point of view, we considered it imperative to appeal to the oldest normative acts, dating back to antiquity; the medical field, addressing the rules that offered a guarantee of protection to those who used the services of healthcare providers, first known as shamans, priests and later doctors.

Patient care is a discreet and important aspect of the right to health, which deserves attention and examination as a major aspect of human rights. A wide and severe range of human rights violations occur in the context of patient care that violates rights in addition to the right to health, including many civil and political rights. In response to growing concern about this abuse in many parts of the world, the phrase and concept of “human rights in patient care” has recently grown in use as a framework for monitoring, documenting and analysing abuse while taking care of the patient and accountability of governments and other parties for the organization of medical assistance.

Patients from many regions, instead of adequate and expected health care, face a variety of abuses that affect human dignity and jeopardize the outcomes of the health treatment. These abuses range from violations of patients’ rights to informed consent, confidentiality and non-discrimination to more serious abuses, including torture and cruel, inhuman and degrading treatment. Healthcare providers may also face abuse, such as: unsafe working conditions, sanctions for providing evidence-based healthcare, limits on their freedom of association, and denial of due process when patients make complaints against them.

Methods applied in the research

Patient rights are the legally established opportunities for a person receiving medical care, respectively they must be distinguished by the notion of “citizen’s right to health care”, the patient’s rights having a more limited meaning. These are the rights that arise in the very process of providing healthcare or that have a

țeanului la îngrijirea sănătății”, drepturile pacientului având o semnificație mai restrânsă. Acestea sunt drepturile care apar chiar în procesul de furnizare a îngrijirii medicale sau care manifestă o influență decisivă asupra întregului său context. În total, caracterul pacientului prefigurează cadrul general al situației și comportamentului său și impune anumite obligații celor care îi acordă asistență medicală acesteia.

Respectarea drepturilor omului nu este doar o cerință a eticii medicale, ci și o componentă esențială a moralei universale. Drepturile pacientului n-au apărut întâmplător în practica publică, dar au acumulat în sine o lungă evoluție a culturii și medicinei, afirmarea valorilor libertății și demnității unei persoane, principiilor imunității și autonomiei acesteia.

Așadar, metodologia de cercetare se bazează pe analiza principalelor surse istorice și doctrinare privind evoluția doctrinară a instituțiilor medicale și promovarea intereselor consumatorilor din cadrul sectorului medical. În acest context, au fost analizate izvoare istorice de drept din diferite state, care ne-au facilitat extinderea sferei de cercetare a subiectului analizat. În acest mod, am realizat o prezentare mult mai amplă, în ceea ce privește relația dintre medic și pacient, pe parcursul întregii evoluții istorice a serviciilor medicale. Analiza literaturii de specialitate privind serviciile medicale, valorificarea surselor alternative și a literaturii care promovează drepturile omului, a determinat esența, particularitățile și trăsăturile caracteristice ale instituției protecției consumatorilor, în raport cu drepturile pacientului. În acest sens, diversitatea metodelor, procedeele și tehnicilor utilizate conferă cercetării efectuate un caracter complex, deoarece, în contextul determinării importanței drepturilor consumatorului, versus obligațiile medicului și impactul reușitei serviciilor medicale asupra consumatorilor, au fost utilizate metodele științifice generale, care includ metoda logică, metoda sistematică și cea istorică, metodele juridice, care implică metoda formal juridică și juridico-comparativă.

Rezultate obținute

Cele mai vechi texte medicale, descoperite până în prezent, sunt tăblițele în scriere cuneiformă cunoscute drept cele mai vechi

decisive influence on its entire context. In total, the character of the patient outlines the general framework of his situation and behaviour and imposes certain obligations on those who provide medical care to the patient.

Respect for human rights is not only a requirement of medical ethics but also an essential component of universal morality. Patient rights have appeared in public practice, not by chance: they have accumulated in themselves a long evolution of culture and medicine, the assertion of the values of freedom and dignity of a person, the principles of immunity and autonomy of the person.

Therefore, the research methodology is based on the analysis of the main historical and doctrinal sources on the doctrinal evolution of medical institutions and the promotion of consumer interests in the medical sector. In this context, historical sources of law from different states were analysed, which helped us to expand the research scope of the analysed subject. In this way, we made a much broader presentation regarding the relationship between doctor and patient throughout the entire evolutionary history of medical services. The analysis of the specialized literature regarding the medical services, the capitalization of the alternative sources, and of the literature that promotes human rights, determined the essence, the particularities, and the characteristic features of the consumer protection institution concerning the patient's rights. In this respect, the diversity of methods, procedures, and techniques used to give the research conducted a complex character, because, in the context of determining the importance of consumer rights versus physician obligations and the impact of medical services on consumers, general scientific methods were used, including logical method, systematic method and the historical one, the legal methods of which the formal juridical and juridical-comparative methods.

Results obtained

The oldest medical records, discovered so far, are the cuneiform tablets known as the oldest medical books. It is believed that they were written by an anonymous doctor, who

cărți medicale. Se presupune că acestea au fost scrise de un medic anonim, care a trăit, probabil, la sfârșitul mileniului al III-lea î.Hr., înregistrând o colecție de rețete prețioase. Într-un scenariu cuneiform au fost scrise mai multe remedii preferate care au fost găsite sub ruinele Nippurului, fiind îngropate cu mai bine de 4000 de ani în urmă. În zorii civilizațiilor antice, adică civilizațiilor mesopotamiene, conceptul de boală s-a dovedit exclusiv religios. Astfel, vindecătorii preoți au pus diagnosticul fie prin interogarea rituală – în scopul căutării impurității morale drept cauză, fie prin divinizare – folosind astrologia [11, p.260]. Codul Hammurabi este încadrat în rădăcinile supraviețuirii acestei civilizații, fiind un text care conține prima mare compilare de legi scrise din istoria omenirii [8, p.221].

Este important să ne amintim că compilatorul obiectiv al Codului lui Hammurabi a urmărit omogenizarea și unificarea normativă a întregului teritoriu babilonian sub suveranitatea sa, pentru aceasta, punând în aplicare o cultură juridică comună în toate părțile imperiului. Spre deosebire de procesul de compilare și codare, care va avea loc în perioadele istorice ulterioare, de la Digest la codurile din secolul al XIX-lea, Codul lui Hammurabi s-a limitat la agregarea dreptului jurisprudențial și a deciziilor de justiție regală, cu absența totală sistematică și limitarea performanței sale la simpla enumerare a diferitelor presupuneri, de fapt, care a generat o consecință juridică. Cu toate acestea, s-a încetățenit ideea ca respectivul cod să fie considerat primul exemplu de text legal [5, p.15]. Totuși, organismul legislativ, care a reprezentat, fără îndoială, un avans important în exprimarea în scris a unui set de criterii, care trebuie aplicate în mod judiciar, este absolut lipsit de sistematizare minimă și de distincție între diferitele ramuri ale dreptului. Astfel, sistemul legislativ include aspecte ce țin atât de dreptul civil – reglementarea relațiilor comerciale și economice, chirii, moșteniri sau împrumuturi, cât și de dreptul penal – stabilirea diverselor pedepse pentru infracțiuni de furt sau omor [5]. În favoarea codului, trebuie menționat că legile acumulate stabileau un criteriu de proporționalitate juridică între vătămare și pedeapsă,

probably lived at the end of the third millennium BC, recording a collection of precious prescriptions. In a cuneiform script, were written dozens of favorite remedies, that were found buried in the ruins of Nippur for more than 4000 years ago. At the dawn of ancient civilizations, i.e. the Mesopotamian civilization, the concept of the disease proved to be exclusively religious. Thus, the priest healers made the diagnosis either by ritual interrogation – to search for moral impurity as a cause or by deification – using astrology [11, p.260]. The Hammurabi Code is framed in the roots of the survival of this civilization, is a text that contains the first great compilation of written laws in human history [8, p.221].

It is important to remember that the objective compiler of the Code of Hammurabi aimed at the homogenization and normative unification of the entire Babylonian territory under its sovereignty, implementing for it a common legal culture in all parts of the empire. Unlike the process of compilation and coding, which would take place in later historical periods, from Digest to XIX century codes, the Hammurabi Code was limited to the aggregation of jurisprudential law and royal court decisions, with a total systematic absence, and limiting its performance to simply listing the various assumptions to which a legal consequence had been linked. However, it is often regarded as the first example of a legal text [5, p.15]. However, the legislature, which has undoubtedly been an important step forward in expressing in writing a set of criteria to be applied in court, is completely devoid of minimal systematization and distinction between the various branches of law. Thus, the legislative system includes aspects related to both civil law – the regulation of trade and economic relations, rents, inheritances or loans, and criminal law – the establishment of various penalties for crimes of theft or murder [5]. In favour of the code, it should be noted that the collected laws established a criterion of legal proportionality between injury and punishment, taking into account the circumstances modulating liability, both intentionality and social

ținând cont de circumstanțele ce modulează responsabilitatea atât intenționalitatea, cât și clasa socială, din care făceau parte victima și agresorul, astfel încât aceștia nu aveau aceeași relevanță juridică, pe care o avea afrontul cauzat unui om liber, decât cel produs unui servitor sau unui sclav [12, p.89].

În ceea ce privește relația dintre medic și pacient, Codul lui Hammurabi, care nu face nicio distincție între diferitele ramuri ale Legii în vigoare, concentrează indistinct problemele raportate atât la responsabilitatea profesională, cât și la taxele medicale. Dintre cele 282 de precepte, pe care le conținea acest organism juridic, circa treisprezece articole sunt dedicate reglementării diferitelor aspecte ale profesiei medicale. Împreună cu articolele, ce se referă la reglementarea relației medic-pacient, activitatea medicilor veterinari și la taxe, acelea în care „sanctiunile”, la care ar putea fi supuși medicii în anumite cazuri [9, p.37], se stabilește o remunerație diferită în funcție de persoana ce se încadrează în practica de îngrijire, făcându-se, astfel, distincție între îngrijirea sănătății mai scumpă pentru a salva viața unui om liber, față de cea a unui individ comun sau a unui sclav (paragrafele 215 [„Dacă medicul face o incizie adâncă la un bărbat cu bisturiul din bronz și salvează viața omului sau dacă îi deschide tâmpla unui om cu bisturiul din bronz și salvează un ochi, va percepe 10 sicli de argint”], 216 [„Dacă este fiul unei persoane comune, el va primi 5 sicli de plată”] și 217 [„Dacă este sclavul unui om, va percepe 2 sicli de plată”]). Prin urmare, există o evaluare diferită a furnizării serviciului de sănătate – în funcție de subiectul servit. În orice caz, intervențiile medicale, de asemenea, erau de rang mai mic atunci când nu „produceau mântuirea vieții”, ci, pur și simplu, facilitau vindecarea, caz în care și costul lor scădea (paragrafele 221 [„Dacă medicul compune un os rupt unui bărbat sau vindecă un tendon bolnav, pacientul va plăti medicului 5 sicli de argint”], 222 [„Dacă este fiul unei persoane comune, va plăti 3 sicli de argint”] și 223 [„Dacă este sclavul unui bărbat, proprietarul sclavului va plăti medicului 2 sicli de argint”]).

Analizând modul doctrinar de formare a conceptului de pacient, se poate afirma cert că,

class of the victim and the aggressor, so it was not equally relevant that the affront caused to a free man was more than the one made to a servant or a slave [12, p.89].

Regarding the relationship between a doctor and patient, the Hammurabi Code, which makes no distinction between the various branches of the Law in force, indiscriminately collects issues related to both professional liability and medical fees. Of the 282 precepts contained in this legal body, about thirteen articles are dedicated to regulating various aspects of the medical profession. Together with the articles referring to the regulation of the doctor-patient relationship, the activity of veterinarians, and to fees, those in which the “sanctions” to which doctors could be subjected in certain cases [9, p. 37], which establishes a different remuneration depending on the person in whom the practice of care falls, thus making health care more expensive to save the life of a free man than that of a common individual or a slave (Paragraphs 215 [“If the doctor makes a deep incision in a man with a bronze scalpel and saves a man's life, or if he opens the temple of a man with a bronze scalpel and saves an eye, he will receive 10 shekels of silver”], 216 [“If he is the son of an ordinary person, he will receive 5 shekels of payment”] and 217 [“If he is a slave of a man, he will receive 2 shekels of payment”]). Therefore, there is a different assessment of the provision of the health service – depending on the subject served. In any case, medical interventions were also of a lower rank when they did not produce the salvation of life, but simply facilitated healing, in which case their cost also decreased (Paragraphs 221 [“If the doctor composes a broken bone to a man or heals a diseased tendon, the patient will pay the doctor 5 silver shekels”] 222 [“If he is the son of an ordinary person, he will pay 3 silver shekels”] and 223 [“If he is a man's slave, the slave owner will pay the doctor 2 silver shekels”]).

Analysing the doctrinal way of training the concept of patient, it can be firmly stated that, at present, we are witnessing a radical

în prezent, asistăm la o radicală transformare a modelului, care guvernează relațiile dintre prestatorul de servicii medicale și destinatarul acestora. Dintr-un subiect tradițional pasiv și, în mare parte, receptor al practicilor clinice, mișcările sociale contemporane („*revoluția pacienților*” [4, p.7]) au scos la lumină un nou model de îngrijire medicală prezidat de principiul autonomiei, înțeles ca o participare a pacientului la luarea deciziilor. Caracteristica cea mai evidentă, dar nu unică, a principiului autonomiei o constituie consimțământul informat, care necesită regândirea noțiunii de beneficiar al serviciului de sănătate pentru a construi un concept adecvat, menit să permită articularea noii situații de paritate pozitivă, în fața căreia se află prestatorul acestor servicii. Relația de asistență este de natură asimetrică, astfel, încât, dacă vrem să promovăm o nouă legătură orizontală însoțită de un catalog de drepturi, prima decizie, care trebuie luată, rezidă în determinarea celor mai adecvate instrumente juridice în acest scop. Astfel, existența relațiilor bilaterale asimetrice nu este nouă în sfera socială. Acesta este cazul domeniului relațiilor de muncă, în care necesitatea de a interveni în legătura juridică verticală dintre angajator și lucrător a condus la apariția unei noi discipline – „Dreptul muncii” – și a unui nou instrument juridic – contractul de muncă – pentru a scăpa de vechea concepție liberală din secolul al XIX-lea, prezidat de principiul egalității între părți.

Trebuie menționat că declarația, formulată pentru prima dată de filosoful-economist Adam Smith, la începutul sec. al XVIII-lea, potrivit căruia „*unicul scop final al produsului este consumul*”, producătorul, fiind subordonat cerințelor consumatorului, a suportat multe comentarii ce țin de politica consumeristă [13, p.26].

Într-o formulare modernă, se poate afirma că scopul activității economice constă în alocarea de resurse, cât mai eficient posibil, pentru a satisface nevoile consumatorilor. De altfel, în literatura de specialitate, autorii J. Calais-Auloy, J. Beauchard, J.L. Fagnart și A. Kassis afirmă că, precum în politică, democrația constă în asigurarea drepturilor alegătorilor, în economie – o asemenea democrație

transformation of the model that governs the relations between the medical service provider and the recipient. From a passive traditional subject and, to a large extent, a recipient of clinical practices, contemporary social movements (The “*patient revolution*” [4, p. 7]) have brought to light a new model of medical care presided over by the principle of participation of the patient in decision making. The most obvious, but not the only, feature of the principle of autonomy is the informed consent that requires rethinking the notion of the beneficiary of the health service to build a suitable concept that will allow the service to be provided by the new provider. The relationship of assistance is asymmetrical, so that, if we want to promote a new horizontal link accompanied by a catalog of rights, the first decision that must be taken is to determine the most appropriate legal instruments for this purpose. Thus, the existence of asymmetric bilateral relations is not new in the social sphere. This is the case in the field of labour relations in which the need to intervene in the vertical legal relationship between the employer and the worker has led to the emergence of a new discipline – “Labour Law” – and a new legal instrument – the employment contract – for the old liberal conception of the nineteenth century, presided over by the principle of equality between the parties.

It is worth mentioning that the statement “*the only final purpose of the product is consumption*”, formulated for the first time by the philosopher-economist Adam Smith, at the beginning of the XVIII century; is of interest from the position that the manufacturer, being subordinated to consumer requirements, has endured many comments related to consumer policy [13, p. 26].

In a modern formulation, it can be said that the purpose of economic activity is to allocate resources, as efficiently as possible, to meet the needs of consumers. Moreover, in literature, the authors J. Calais-Alloy, J. Beauchard, J.L. Fagnart, and A. Kassis state that, as in politics, democracy consists of ensuring the rights of voters, in the economy – such a demo-

înseamnă asigurarea drepturilor consumatorilor, posibilitatea acestora de a alege [1].

Din punct de vedere istoric, utilizarea noțiunii de consumator, totuși, este disputată între europeni și nord-americani. De exemplu, nord-americani afirmă că președintele american John Fitzgerald Kennedy a utilizat, pentru prima dată, această noțiune în fața Congresului, în 1962, rostind celebrele cuvinte: „*Consumers, by definition, include us all*” – *Consumatori, prin definiție, suntem noi toți*, iar europenii atribuie economiștilor folosirea termenului în timpul crizei economice din 1930 [14, p.19]. Totuși, pericolele generate de societatea de consum, au fost semnalate, mai întâi, în Statele Unite ale Americii, de către filosofi precum Marcuse, economiști precum John Galbraith și Vance Packard, pentru ca, în anul 1962, în mesajul său despre starea noțiunii, Președintele J.F. Kennedy să constate oficial că masa consumatorilor reprezintă, în plan economic, grupul cel mai important, dar și cel mai puțin ascultat.

Același proces de emancipare a trunchiului comun s-a regăsit și în sfera relațiilor dintre oamenii de afaceri și destinatarii de bunuri și servicii, astfel, a apărut Legea privind protecția consumatorilor, dincolo de faptul că autonomia sa științifică nu se dovedește a fi pașnică în doctrină [3, p.108]. Fără îndoială că configurația dreptului modern al consumatorilor, ca instrument de tutelă a celei mai slabe părți a relației juridice și a extinderii sale în diferitele sectoare ale activității sociale și economice, face ca dezbateră juridică privind transferul ei în domeniul relațiilor dintre furnizorul de servicii de sănătate și beneficiar să fie una necesară și stringentă, pentru a evalua aplicabilitatea acestuia ca instrument de reechilibrare a poziției publice.

Din acest punct de vedere, un sistem doctrinar avansat a subliniat modul în care, comparativ cu considerarea tradițională a pacientului ca simplu destinatar al produselor și serviciilor de sănătate, într-o relație supravegheată de medic și inspirată de principiile de bunăvoință și încredere, direcțiile moderne de cercetare juridică plasează pacientul ca beneficiar al serviciilor și un consumator de produse, motiv pentru care legislația privind pro-

cracy means ensuring the rights of consumers, their choice [1].

Historically, however, the use of the notion of the consumer is disputed between Europeans and North Americans. For example, North Americans claim that US President John Kennedy first used the notion before Congress in 1962, saying the famous words: “*Consumers, by definition, include us all*” – *Consumers, by definition, are all of us*, and Europeans put at the expense of economists the use of the term during the economic crisis of 1930 [14, p.19]. However, the dangers posed by the consumer society were first denounced in the United States by philosophers such as Marcuse, economists such as John Galbraith and Vance Packard, so that in 1962, in his message on the state of the notion, President J.F. Kennedy to officially state that the mass of consumers is, economically, the most important group, but also the least listened to.

The same process of emancipation of the common core was also found in the sphere of relations between business people and the recipients of goods and services, thus, the Law on Consumer Protection appeared, beyond the fact that it is self-evident to be self-sufficient. [3, p.108]. There is no doubt that the configuration of modern consumer law as a tool for the protection of the weakest part of the legal relationship and its expansion in the various sectors of social and economic activity makes the legal debate on the relationship between services and to be necessary and extinguishing one, to evaluate its applicability as a tool for rebalancing the public position.

From this point of view, an advanced doctrinal system has emphasized how, compared to the traditional consideration of the patient as a mere recipient of health products and services in a relationship supervised by physicians and good faith, modern and inspiring legal research places the patient as the recipient of services and a consumer of products, which is why consumer protection legislation would be applicable by extension [10, p. 169-170]. Therefore, it is appropriate to start by differentiating the concept of the consumer

tecția consumatorului ar fi aplicabilă prin extensie [10, p.169-170]. Prin urmare, este oportun să se înceapă prin diferențierea conceptului de consumator, în sens economic și în sens juridic, astfel, încât, odată definit, acesta din urmă și evidențiindu-i-se caracteristicile sale de bază, să se treacă la evaluarea ajustării sale translațoare asupra consumatorului serviciilor de sănătate.

Nu este de neglijat nici faptul că, dintr-o concepție economistă, considerarea pacientului drept consumator a făcut obiectul criticilor. Astfel, economiștii relevanți au ajuns să considere inadmisibilitatea calificării pacientului drept consumator sub titlul forțat și puțin nuanțat de „*patients are not consumers – pacienții nu sunt consumatori*”. De exemplu, economistul Krugman vede relația dintre pacient și medic ca fiind „*ceva special, aproape sacru*”, astfel, în opinia lui, este „o idee bolnavă”, ca medicii să fie considerați simpli „furnizori”, care vând servicii pentru „consumatori”. Krugman, de asemenea, menționează că: „*Medicii au fost considerați, în mod obișnuit, ca fiind persoane speciale și, din partea acestora, se așteaptă un comportament conform unor standarde mai înalte decât media profesională. Există un motiv pentru care avem seriale de televiziune despre medici eroi, în timp ce nu avem seriale de televiziune despre manageri eroi de nivel mediu. Ideea că toate acestea pot fi reduse la bani – că medicii sunt doar „furnizori”, care vând servicii „consumatorilor” sănătății – poartă un caracter nefavorabil. Totodată, și prevalența acestui tip de limbaj este un semn că ceva a mers foarte greșit nu doar cu această discuție, ci și cu valorile societății noastre*” [26]. În mod similar, Meil și Ericson, mai puțin radicali, prezintă dezavantajele acestei considerații pe baza unui raționament triplu: caracterul involuntar al beneficiului, pretinsa lipsă de pregătire a pacientului pentru luarea deciziilor și pluralitatea de persoane implicate în procesul de îngrijire. Meil și Ericson explică acest inconvenient în trei moduri: „*Vedem trei motive principale de ce tratarea pacienților drept consumatori poate crea probleme. 1. Pacienții nu doresc să fie acolo: Oamenii nu caută asistență medicală fără un motiv. Ceva nu este în regulă și*

in an economic and legal sense, so that, once the latter has been defined and its basic characteristics highlighted, it would be necessary to move towards the assessment of adjustment of health services.

Nor is it negligible that, from an economist's point of view, the patient's consideration as a consumer has been criticized. Thus, the relevant economists have come to consider the inadmissibility of the patient's qualification as a consumer under the forced and slightly nuanced title of “*patients are not consumers*”. For example, economist Krugman sees the relationship between patient and physician as “*something special, almost sacred*” so that, in his opinion, it is a “*sick idea*” for physicians to be considered mere “*providers*” who sell services to “*consumers*”. Krugman also notes: “*Doctors were usually considered to be something special and expected to behave to higher standards than the professional average. There is a reason why we have television series about heroic doctors, while we do not have television series about middle-level heroic managers. The idea that all this can be reduced to money – that doctors are just “providers” who sell services to “consumers” of health – is unfavourable. At the same time, the prevalence of this type of language is a sign that something went very wrong not only with this discussion but also with the values of our society*” [26]. Similarly, Meil and Ericson, who are less radical, present the disadvantages of this consideration based on threefold reasoning: the involuntary character of the benefit, the alleged lack of preparation of the patient for the decision-making process, and the involvement of the patient. Meil and Ericson explain this inconvenience in three ways: “*We see three main reasons why treating patients that consumers can cause problems. 1. Patients do not want to be there: People do not seek medical attention for no reason. Something is wrong, and patients want to resolve and return to normal. When patients need to be proactive decision-makers, the healthcare system often throws a very reluctant hero in this role. 2. Patients are not equipped to be there: Even when*

pacienții doresc să rezolve și să revină la normal. Atunci, când pacienții trebuie să fie factori decizionali proactivi, sistemul de sănătate devine un subiect tăcut și pasiv în acest rol. 2. Pacienții nu sunt înarmați cu cunoștințele necesare pentru a fi acolo: Chiar și atunci când pacienții sunt dispuși să fie factori de decizie, este posibil să nu aibă instrumentele necesare. Într-o perioadă de stres neobișnuit, sistemul le cere să absoarbă informații tehnice și să ia decizii dificile, care necesită expertiză specializată. 3. Pacienții nu sunt singuri. Pentru a proiecta doar pentru pacienți trebuie să uiți că fac parte dintr-un sistem complex și, deseori, nu sunt factori de decizie independenți. Deciziile sunt formulate de alte părți interesate: prietenii și familia, care susțin pacientul, compania de asigurări, practicienii și specialiștii care oferă îngrijire, administratorii spitalelor ș.a.m.d.”

Alți autori au susținut că termenul „consumator” ar veni să introducă în domeniul sanitar logica pieței, care nu este adecvată pentru desemnarea pacienților. De exemplu, George Annas critică termenul „consumator” raportat la pacient, menționând că transformarea drepturilor pacienților în drepturile consumatorilor este inadecvată. Pacienții, conform autorului, nu ar fi consumatori, deoarece nu aleg furnizorii medicali pe baza calității și a prețului, întrucât sunt „persoane bolnave și vulnerabile, care nu reușesc să obțină cel mai bun tratament”. În plus, pentru autor, „limbajul contează”. Astfel, atunci când piața este impusă sistemului de sănătate, pare natural să transformăm pacienții în consumatori, iar drepturile pacienților în drepturile consumatorilor. Dar pacienții nu sunt cei care aleg medicii și tratamentele pe baza prețului și a calității. Pacienții sunt oameni bolnavi și vulnerabili, care nu sunt cu adevărat sinceri și nu sunt capabili să facă cumpărături pentru a obține cea mai bună afacere [16, p.137].

De asemenea, din punct de vedere biotic, această considerare a pacientului în calitate de consumator a fost criticată sub diferite argumente, cum ar fi: presupusul reduționism al relației medic-pacient, de exemplu, mai mulți specialiști în domeniu, precum Krugman, Hartzband și alții critică reduționismul

patients are willing to be decision-makers, they may not have the necessary tools. In a period of unusual stress, the system requires him to absorb technical information and make difficult decisions that require specialized expertise. 3. Patients are not alone. To design only for patients you need to remember that they are part of a complex system and are not often independent decision-makers. Decisions are made by other stakeholders: friends and family who support the patient, the insurance company, the practitioners and specialists who provide care, hospital administrators, and so on”.

Other authors have argued that the term “consumer” would introduce in the healthcare field the logic of the market, which is not suitable for the designation of patients. For example, George Annas criticizes the term “consumer” for referring to the patient, noting that the transformation of patients' rights into consumer rights is inappropriate. Patients, according to the author, would not be consumers, because they do not choose medical providers based on quality and price, because they are “sick and vulnerable people who fail to get the best treatment”. Besides, for the author, “language matters”. Thus, when the market is imposed on the health system, it seems natural to transform patients into consumers and the rights of patients into the rights of consumers. But patients are not the ones who choose doctors and treatments based on the price and quality. Patients are sick and vulnerable people who are not sincere and are not able to shop to get the best deal [16, p. 137].

Also, from a bioethical point of view, this consideration of the patient as a consumer has been criticized under various arguments, such as the supposed reductionism and the doctor-patient relationship, for example, a number of specialists such as Krugman, Hartzband and others criticize the reductionism of the words consumer and supplier because it presupposes the ignorance of the psychological, spiritual and humanistic dimensions of the doctor-patient relationship, aspects which, traditionally, made medicine a vocation to the other. Another reason for the criticism mentio-

cuvintelor consumator și furnizor, pentru că presupune ignorarea dimensiunilor psihologice, spirituale și umaniste ale relației medic-pacient, aspecte care, în mod tradițional, făceau din medicină o vocație în care altruismul a eclipsat câștigul personal al medicului [7, p.137]; eliminarea principiului de încredere în relația clinică [17, p.32-34]; sau presupusa comercializare a serviciilor de sănătate pacientului [18, p. 298-302].

Pozițiile indicate par a fi bine intenționate, dar reducționiste științifice și paternaliste bioetic. În fapt, ei nu sunt conștienți de sensul diferit al conceptului juridic și al conceptului economic al consumatorului, limitându-se doar la luarea în considerare a celor din urmă și ignorând aspectul amiabil al categoriei în sistemul juridic. De asemenea, în Spania, au existat autori care, în mod eronat, au redus conceptul de consumator la dimensiunea sa economică, uitând semnificația juridico-normativă și asociind-o cu costul serviciului. În această direcție greșită, este semnificativă, oglindirea reflexiei lui Beato M., care, după ce a întrebat care este cel mai potrivit titlu din actuala realitate juridică a sănătății, a afirmat că „dacă se măsoară în termeni clinici, aceasta va fi cea a bolnavului sau a pacientului; dacă este estimată în termeni economici, de performanță și de cost, acesta va fi utilizatorul sau consumatorul; dacă este vorba de un serviciu public, universal și gratuit, titlul va fi cel al cetățeanului sau al contribuabilului; dacă este măsurată din poziția integrată într-un sistem de securitate socială, titlul va fi cel al asiguratului sau beneficiarului” [2, p.13-31]. În al doilea rând, există un fel de paternalism ascuns în considerația sacră dată funcției facultative, inspirată de vechile principii ale bunăstării, încrederii și altruismului, care par să evoce epoci anterioare [23, p.463-527]. Autorul afirmă într-una din lucrările sale [19] că, pe de altă parte, apelurile la presupusa lipsă de pregătire a pacientului, pretinsa involuntaritate în primirea beneficiului sau pluralitatea persoanelor, care participă la procesul de îngrijire sunt, desigur, puțin compatibile cu principiul autonomiei care, dacă ne amintim, constituie o manifestare a demnității umane și a dezvoltării libere a personalității, recu-

ned above is elimination of the principle of trust in the clinical relationship [17, p.32-34] and presumed commercialization of the patient's health services [18, p. 298-302].

The positions indicated are well-intentioned, but scientifically reductionist and bioethical paternalistic. They are not aware of the different meaning of the legal concept and the economic concept of the consumer, limiting themselves only to taking into account the latter and ignoring the amicable aspect of the category in the legal system. Also, in Spain, there were authors who erroneously reduced the concept of the consumer to its economic dimension, forgetting the legal-normative significance and associating it with the cost of the service. It is significant, in this wrong direction, to mirror the reflection of Beato M., who, after asking which is the most appropriate title in the current legal reality in health, stated that “if measured in clinical terms, this will be that of the sick person or the patient; if it is in economic, performance and cost terms, it will be the user or the consumer; if it is a public, universal and free service, the title will be that of its citizen or taxpayer; if it is measured from an integrated position in a social security system, the title will be that of the insured or the beneficiary” [2, p.13-31]. Secondly, there is a kind of hidden paternalism considered sacred given the optional function, inspired by the old principles of well-being, trust, and altruism, which seem to evoke previous epochs [23, p. 463-527]. The author states in one of his works [19] that, on the other hand, appeals to the alleged lack of preparation of the patient, allegedly involuntary in receiving the benefit of the plurality of persons participating in the care process are, of course, if we remember, is a manifestation of human dignity and the free development of personality, recognized in Article 10 of the European Convention on Human Rights.

Therefore, we insist on the fact that we do not use an economic notion or consumer behaviour, but a normative concept. The Spanish author Priego-Álvarez distinguishes between “sanitary consumption” (critical and careless

noscută în articolul 10 al Convenției Europene a Drepturilor Omului.

Prin urmare, insistăm pe faptul că nu folosim o noțiune economică sau comportamentală a consumatorului, ci un concept normativ. Autorul spaniol Priego-Álvarez face o distincție între „consumisul sanitar” (acțiune critică și fără grijă în achiziționarea și utilizarea produselor de sănătate) și „consumul de sănătate” (poziția conștiințioasă și reflexivă a consumatorului cu recunoașterea instituțională a autonomiei) [6, p.31-37; 7, p.5-12]. În acest fel, se intenționează examinarea domeniului tehnicilor tutoriale ale dreptului consumatorului în relațiile clinice, depășind concepția tradițională a dreptului la sănătate al consumatorilor, ca drept de natură pur preventivă și dimensiune comunitară – abordare tradițională a legilor din consumul de prima generație – să se aplice și dimensiunii de asistență și prevenire, individualizată de autonomia beneficiarului și de profesionalismul furnizorului, abandonând, astfel, sistemele anacronice de relații fiduciare bazate pe încredere. De fapt, indiferent dacă o dorim sau nu, calificarea extramercantilistă și altruistă a prestării serviciilor medicale profesionale, ca patrimoniu greco-roman, este la fel de anacronică, fiind departe de realitate. Beneficiarul serviciilor de sănătate este un consumator, care alege și solicită.

Din această perspectivă, este esențial să menționăm opinia lui Hall, care explică modul în care există două poziții fundamentale în legătură cu dezbateră, privind regulile aplicabile furnizării serviciilor de sănătate [24; 25]. O poziție tradițională, care se califică drept „esențialism” [25, p.584], susține că relația juridică este reglementată de propriile reguli speciale, luând în considerare atributele fiduciare ale relației medic-pacient, cum ar fi secretul medical. Confruntat cu această poziție, autorul susține o teză consumeristă, care, în opinia noastră, este o viziune corectă, conform căreia statutul de consumator ar apela la aspectele contractuale ale unui serviciu profesional standard, spre deosebire de statutul de pacient, care ar presupune dependență, suferință și nevoia de îngrijire [25, p.584]. Pe de altă parte, autorul ne reamintește că sistemul juridic i-a luat în considerație, întotdeauna, pe

action in the purchase and use of health products) and “health consumption” (conscientious and reflective position of the consumer with recognition) [6, p.31-37; 7, p.5-12]. In this way, it is intended to examine the field of tutorial techniques of consumer law in clinical relations, going beyond the traditional concept of the right to health of consumers as a purely preventive nature right and as a community dimension – the traditional approach to the laws of first-generation consumption – but to apply also to the dimension of assistance and prevention, individualized by the autonomy of the beneficiary and by the professionalism of the provider, thus abandoning the anachronistic systems of fiduciary relations based on trust. Whether we want it or not, the extra mercantilist and altruistic qualification of providing professional medical services, as a Greco-Roman heritage, is just as anachronistic, being far from reality. The beneficiary of health services is a consumer who chooses and demands.

From this perspective, it is essential to mention the opinion of Hall, who explains how there are two fundamental positions concerning the debate on the rules applicable to the provision of health services [24; 25]. A traditional position, which qualifies as “essentialism” [25, p.584], argues that the legal relationship is governed by its own special rules, taking into account the fiduciary attributes of the physician-patient relationship, such as secrecy. Faced with this position, the author argues a consumerist thesis which, in our opinion, is a correct vision, as the status of the consumer would appeal to the contractual aspects of high quality, highly dependent professional service and the need for care [25, p.584]. On the other hand, the author reminds us that the legal system has always taken into account those who receive medical care more as patients than as consumers, noting that, even in the case of family law, that the medical law gives priority to the status and not to the contract [25, p. 583], without this causing us to forget the contractual dimension of the medical relationship in which bilateral obligations are falsified in a context in which one

cei care primesc îngrijiri medicale, pornind mai mult de la statutul lor de pacienți, decât de consumatori, menționând, ca și în cazul dreptului familiei, că dreptul medical acordă prioritate statutului, și nu contractului [25, p.583], fără ca acest lucru să ne determine să ometem dimensiunea contractuală a relației medicale, în care obligațiile bilaterale sunt falsificate într-un context, în care una dintre părți este o persoană bolnavă și vulnerabilă. Astfel, autorul subliniază că tensiunea dintre statutul de pacient și statutul consumatorului are o istorie îndelungată de natură socială [25, p.583].

Rolul potențial al pacienților drept consumatori a început să crească în deceniul al treilea al secolului al XX-lea, ca răspuns la creșterea costurilor asistenței medicale în Statele Unite. De fapt, începând cu anii '60 ai secolului trecut, drepturile pacienților au fost recunoscute datorită presiunii asociațiilor consumatorilor, care au provocat paternalismul medical încă preponderent. Viziunea consumeristă a câștigat o putere suplimentară, chiar și în anii 1980, când politicile publice au îmbrățișat dinamica pieței, pentru a reduce și a raționaliza cheltuielile medicale. De atunci, raportându-ne la drepturile consumatorilor în Statele Unite, menționăm că acestea posedă o conotație ce ține de autonomie, spre deosebire de termenul „pacient”, legat mai mult de paternalismul clasic [25, p.585].

Acest curent al consumului, dacă avem voie să folosim anglicismul dat, a serviciilor de sănătate, care a condus la o dezbatere doctrinară bogată a început în Statele Unite din anumite motive, care erau exact contrare celor presupuse. De fapt, considerarea legală a pacientului drept consumator este folosită ca un instrument intuitiv, care permite corectarea inegalităților extraordinare existente în relațiile prestaționale în țara respectivă. În acest fel, dreptul consumatorilor este perceput ca un instrument de avangardă al autonomiei și al drepturilor pacientului. În același sens, Kapp relaționează direct starea consumatorului cu autonomia pacientului, prin intermediul principalelor manifestări: consimțământul informat (informed consent) și alegerea în cunoștință de cauză (informed choice), ambele instituții care fac parte din categoria drepturilor

of the parties is a sick and vulnerable person. Thus, he emphasizes that the tension between the status of the patient and the status of the consumer has a long history of social nature [25, p.583].

The potential role of patients as consumers began to grow in the 1930's, in response to rising healthcare costs in the United States. In fact, since the 1960's and the last century, patients' rights have been recognized due to pressure from consumer associations, which have increasingly provoked medical paternalism. The consumerist vision gained additional power even in the 1980's when public policies embraced market dynamics to reduce and rationalize medical spending. Since then, when talking about consumer rights in the United States, we mention that it has a connotation related to autonomy, as opposed to the term "patient" more related to classical paternalism [25, p.585].

This current of consumption, if we are allowed to use the anglicism given to the health services, which led to a rich doctrinal debate began in the United States for certain reasons that were exactly contrary to the assumptions. In fact the patient's legal consideration is that the consumer is used as a tuition tool that allows the correction of extraordinary inequalities in the performance relations in that country. In this way, consumer law is understood as an instrument of the vanguard of autonomy and patient rights. In the same sense, Kapp directly relates the condition of the consumer to the autonomy of the patient through the main manifestations: informed consent and informed choice, both institutions that are part of the non-interferential rights. Kapp concludes that autonomy is a privileged aspect in our society, it is reflected in the highest context by the doctrine of informed consent which refers to individual decisions about drugs. This important aspect and its original embodiment should be fully respected and applied in the motivation of decisions on details and choices made among the best offerers on the market.

Indeed, the patient can rely, in addition to the specific rights provided for them by

individuale de non-interferență (non-interference rights), care inspiră, de la părinții fondatori, constituționalismul american. Kapp concluzionează că autonomia constituie un aspect privilegiat în societatea noastră, care este reflectat, în contextul cel mai înalt, prin doctrina consimțitului informat, ce ține de deciziile individuale despre medicamente. Acest aspect important și întruchiparea lui originală ar trebui respectate pe deplin și aplicate în motivarea deciziilor privind detaliile și alegerile făcute printre cei mai buni ofertanți pe piață.

Efectiv, pacientul se poate baza, pe lângă drepturile specifice, prevăzute de legislația în domeniul sănătății, pe cele consacrate generic în legislația privind protecția consumatorilor. Această abordare a fost salutată, în special, în țările în care, paradoxal, s-a dovedit a fi puterea sistemului privat de asistență medicală, care a insistat să nu se uite statutul pacientului de consumator legal.

Astfel, este necesar de menționat reforma sănătății, promovată de Președintele Obama, cunoscut, în mod popular, sub numele de „Obamacare” și denumită, în mod oficial, „Legea privind protecția pacienților și îngrijirea accesibilă”. Aprobarea Legii de către Congres, în martie 2010, a provocat o dezbatere politică, constituțională și mediatică intensă, o circumstanță, care demonstrează importanța sa în agenda publică a SUA. De fapt, reforma reprezintă o modificare istorică a reglementărilor privind asigurările de sănătate în scopul stabilirii asigurării private, dar obligatorii, a asigurărilor de sănătate pentru majoritatea americanilor adulți fără asigurare, indiferent dacă sunt furnizate de angajatori sau subvenționați de către Guvern. De asemenea, legea interzice companiilor de asigurări să apeleze la condițiile preexistente de boală sau la sexul asiguratului, pentru a nu permite subscrierea asigurării, cerându-le să acorde acoperire tuturor solicitanților și să ofere aceleași rate, indiferent de statutul lor de sănătate sau sex. Reamintim recenta reformă americană, pentru a arăta potențialul conceptului de pacient în calitate de consumator special, în scopul servirii ca titlu de intervenție publică în domeniul serviciilor de sănătate [22, p.162]. Tocmai această calificare juridică a fost (în cazul Americii de Nord, de

health legislation, on those generically enshrined rights in consumer protection legislation. This approach has been welcomed, especially in countries where it has been proven to be the power of the private healthcare system, which has forced us not to forget the status of the patient as a legal consumer.

Thus, it is worth mentioning the health care reform promoted by President Obama, popularly known as “Obamacare” and officially referred to as the “Patient Protection and Affordable Care Act”. The passage of the law by Congress in March 2010 sparked intense political, constitutional, and media debate, a circumstance that demonstrates its importance on the US public agenda. In fact, the reform is a historic change in health insurance regulations to establish private, but mandatory, health insurance for the majority of uninsured adults, regardless of whether they are provided by their government or subsidized by employers. The law also prohibits insurance companies from appealing to the pre-existing conditions of illness or sex of the insured in order not to allow the policy to be taken out, requiring them to provide coverage to all applicants and to provide their health care. We recall the recent American reform to show the potential of the concept of patient as a special consumer to serve as a public intervention in the field of health services [22, p.162]. However, this legal qualification was (in the case of North America, of double consolidation because the recipient of health services is a consumer, both insured – always as a patient and occasionally as a consumer). This was the starting point to the fullest extent possible for a system aimed at improving the coverage of the population’s health, not only from the perspective of patient protection, but also from Affordable Care, deduced from the title of the Law.

The legal consideration of the patient as a consumer has also been developed in the United Kingdom, a problem that has nothing to do with the model of the health system. In fact, the first article on the patient’s approach to consumerism, two years before President Kennedy’s famous speech on the universality

consolidare dublă, deoarece destinatarul serviciilor de sănătate este consumator, atât ca asigurat – întotdeauna, cât și ca pacient – în mod ocazional). Acesta a fost punctul de plecare, care a făcut posibilă elaborarea unui sistem menit să îmbunătățească acoperirea sănătății populației, nu numai din perspectiva protecției pacienților (Patient Protection), ci și din îngrijirea medicală accesibilă (Affordable Care), dedusă din titlul Legii.

Considerarea legală a pacientului în calitate de consumator, de asemenea, a fost dezvoltată în Regatul Unit, o problemă care nu are nimic de-a face cu modelul sistemului de sănătate. De fapt, primul articol, care a fost scris despre abordarea pacientului în calitate de consumator, cu doi ani înainte de celebrul discurs al Președintelui Kennedy privind universalitatea conceptului de consum, a fost publicat anonim, dintr-o perspectivă sociologică, în celebrul jurnal medical „The Lancet”, care se numea „Pacienții în calitate de consumatori: dorințe și necesități”. „Ulterior, a avut loc o dezbatere intensă cu privire la rolul grupurilor de consumatori din Regatul Unit. Astfel, în scop informativ, prezentat de către Baggott, Rob și Forster, Rudolf, în lucrarea „Organizațiile de consumatori de sănătate și grupuri de pacienți în Europa: spre o analiză comparativă” [21, p.333-356].

Cazul britanic este cu siguranță unic și se află la antipozii modelului american, dat fiind faptul că Serviciul Național de Sănătate, cu acces public, universal și gratuit, este unul dintre cele mai puternice sisteme de sănătate publică din lume, constituind o remarcabilă excepție de la absentismul tradițional al țărilor anglo-saxone. Cu toate acestea, în cazul dat și spre deosebire de țările continentale, în care tratamentul în calitate de consumator se face, în principal, în domeniul răspunderii medicale, construcția conceptului britanic de pacient-consumator, de asemenea, a fost realizată ca un instrument de recunoaștere a dreptului de reprezentare a asociațiilor de consumatori în materie sanitară, precum și a dreptului la autonomie în luarea deciziilor. Mold A. explică faptul că în ciuda condiției peiorative, care, uneori, este dată conceptului de consumator în domeniul sănătății, construcția conceptului de

of the concept of consumption, was published anonymously, in the famous medical journal The Lancet, entitled “Patients as Consumers: Desires and Needs”. Subsequently, there was an intense debate about the role of consumer groups in the United Kingdom. Thus, for informational purposes, presented by Rob Baggott and Rudolf Forster in the work “*High consumer groups and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis*” [21, p.333-356].

The British case is certainly unique and is at the antipodes of the American model, given the fact that the National Health Service, with the public, universal, and free access, is one of the most powerful public health systems in the world from the traditional absenteeism of the Anglo-Saxon countries. However, in this case, and in contrast to the continental countries in which the treatment in the quality of consumer is done, mainly in the field of medical liability, the construction of the British patient-consumer concept was realized as a tool of representation of consumer associations in health matters, as well as the right to autonomy in decision-making. A. Mold explains that despite the pejorative condition, which is sometimes given to the concept of the consumer in the field of health, the construction of the patient-consumer concept has allowed organized groups of patients to advance in the application of the principle of autonomy, in its role of collective health management and development and the development of freedom of choice.

Attribution of consumer status to the patient can also be seen in New Zealand. Thus, in 1996, the New Zealand Code of Health and Disability Consumers’ Rights was published, which juxtaposes the figure of the consumer of health services with that of the “provider of medical services”. Article 2 of the Code, also known as the Code of Patients’ Rights, systematizes ten rights of the consumer as a patient: “Right to be Treated with Respect; Right to Freedom from Discrimination, Coercion, Harassment, and Exploitation; Right to Dignity and Independence; Right to Services of an

pacient-consumator a permis grupurilor organizate de pacienți să avanseze în aplicarea principiului autonomiei, în rolul său colectiv în gestionarea și dezvoltarea serviciilor de sănătate și în dezvoltarea libertății de alegere.

Atribuirea statutului de consumator pacientului poate fi observată și în Noua Zeelandă. Astfel, în 1996 a fost publicat *New Zealand Code of Health and Disability Consumers' Rights*, care juxtapune figura consumatorului de servicii de sănătate cu cea a „furnizorului de servicii medicale”. Articolul 2 al Codului, cunoscut și sub denumirea de *Code of Patients' Rights*, sistematizează zece drepturi ale consumatorului ca pacient: „Dreptul de a fi tratat cu respect; Dreptul la libertatea fără discriminare, constrângere, violare și exploatare; Dreptul la demnitate și independență; Dreptul la servicii conform unui standard potrivit; Dreptul la o comunicare eficientă; Dreptul de a fi pe deplin informat; Dreptul de a face o alegere informată și de a da consimțământul informat; Dreptul la sprijin; Drepturi cu privire la predare și cercetare; Dreptul de a depune o plângere” [20; 283].

Această concepție, de asemenea, a început să se cristalizeze timid în Europa continentală, unde încă se vede drept prejudiciu comodificarea imaginii consumatorului. De exemplu, în Franța, unde *Curtea de Casație și Consiliul de Stat* au aplicat preceptele *Codul consumatorului* pentru anumite cazuri de informare sau responsabilitate medicală [15, p.759] sau în Italia, unde, la fel, începe să se contureze relația de pacient-consumator, fără să existe, la baza acesteia, construcția științifică, autonomă și integrală a conceptului.

În concluzie, putem afirma că, drept urmare a analizei doctrinare, subliniem faptul că consumerismul a fost și este un fenomen în creștere. Inițial, limitat la relațiile dintre profesioniști și consumatori, devine un mod de analiză a evoluției relațiilor sociale și afectează tot mai multe sfere din societate, chiar și serviciile ignorate până acum, în special, din sectorul sănătății. În consecință, ideea de rezistență, care caracterizează consumerismul, corespunde realității din sistemul de sănătate actual și, prin urmare, acest sector poate constitui o nouă ilustrare a diversității formelor de consumerism în societatea contemporană.

Appropriate Standard; Right to Effective Communication; Right to be Fully Informed; Right to Make an Informed Choice and Give Informed Consent; Right to Support; Rights in Respect of Teaching or Research; Right to Complain” [20; p. 283].

This conception has also begun to crystallize timidly in continental Europe, where it is still seen as a detriment to the consumer's image. For example, in France, where the *Cour de Cassation and the Conseil d'Etat* have applied the precepts of the *Consumer Code* for certain cases of information or medical liability [15, p.759] or in Italy, where the patient-consumer relationship is also beginning to take shape without being based on a scientific, autonomous and integral construction of the concept.

In conclusion, we can say that, as a result of the doctrinal analysis, we emphasize the fact that consumerism was and is a growing phenomenon. The initiative, limited to relations between professionals and consumers, becomes a way of analysing the evolution of social relations and affects more and more spheres of society, even the services ignored until now, especially in the health sector. Therefore, the idea of resilience that characterizes consumerism corresponds to the reality of the current health system and, consequently, this sector can be a new illustration of the diversity of forms of consumerism in modern society.

Bibliografie/Bibliography:

1. PLOTNIC, Olesea (2012). *Clauzele abuzive în contractele încheiate cu consumatorii, aspecte de drept internațional privat*. Teză de doctor în drept, 193 p.
2. HARTZBAND, P.; GROOPMAN, J. (2011). *The new language of medicine*. New England Journal of Medicine, 365, No. 15, 137 p., retrieved from <http://pubs.royle.com/article/The+New+Language+Of+Medicine/907447/91108/article.html>
3. CAMARA LAPUENTE, S. (2015). La codificación del Derecho de consumo: ¿refundación o refundición? *Revista del Derecho Civil, Universidad de la Rioja*, ISSN 2341-2216, Vol. 2, Nº1, 105-151 p.
4. LAZARO, J.; GRACIA, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra, Pamplona*, v. 29, supl. 3, 7-17 p. retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso
5. MELGOSA ROCASPANA, E.M. (2008). El código de Hammurabi, Lo Canyeret. *Revista Asociației Barourilor din Lleida*, nr. 58, 15 p.
6. PRIEGO-ÁLVAREZ, H. (1997). *Consumismo Sanitario versus Consumerismo en salud*. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*; 5:31-37 p.
7. PRIEGO ÁLVAREZ, H. (1997). *Consumo en salud: La perspectiva del consumidor sanitario*. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*; 7:15-22 p.
8. PRIEGO ÁLVAREZ, H. (1998). *Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 8:32-38 p.
9. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, V. (2006). *Responsabilitatea penală în exercitarea activităților medico-sanitare. Criterii de delimitare a responsabilității penale în cazurile de intervenție comună a profesioniștilor din domeniul sănătății*. Fundația Rafael del Pino-Marcial Pons, Madrid.
10. CAMARA LAPUENTE, S. (2015). La codificación del Derecho de consumo: ¿refundación o refundición?, *Revista del Derecho Civil, Universidad de la Rioja*, ISSN 2341-2216, Vol. 2, Nº. 1/2015, 105-151 p.
11. VEGA-FRANCO, L. (2002). *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud*. *Resena historica, Health Health of Mexico*, Vol. 44, No. 3, 260 p.
12. QUINTANO RIPOLLÉS, A. (1963). *Curs de drept penal*. Volumul I, Madrid, 89 p.
13. BEAUCHARD, J. (1996). *Droit de la distribution et de la consommation*. Paris: PUF, 410 p.
14. FAGNART, J.L. et. all, (1991). *Les pratiques du commerce et la protection et l'information du consommateur*. Buxelles: Jeune Barreau de Bruxelles, 198 p.
15. LUTTE, I. (2008). *Le médicament de sa prescription a sa consommation. Un nouvel enjeu de responsabilité*, en VV.AA., *Liber amicorum Jen-Luc Fagnart, Bruylant, Louvain-la-Neuve*, 759 p.
16. ANNAS, G. (1998). *Some Choice: Law, Medicine and Market*. Oxford University Press, New York, 22 p.
17. BERLINGER, N. (2004). *Patient trust. Trust remains fundamental to the ethical practice of medicine even in the age of the patient as consumer*. *Minnesota Medicine*, No. 87 (6)/2004, 32-34 p.
18. CAMPBELL, A.V. (1990). Pacientul ca consumator. *British Journal of General Practice*, nr. 40, 131-132 p.
19. CIOCHINA, Elena (2019). Doctrinal approaches in the matter of the rights of the beneficiaries of medical services. In: *Competitivitatea și inovarea în economia cunoașterii*.

- Ediția a 21-a, 27- 197 28 septembrie 2019, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al ASEM, 781-786 p. ISBN 978-9975-75-968-7.
20. CAMPBELL, A.V. (1990). Pacientul ca consumator. *British Journal of General Practice*, nr. 40,131-132 p.
 21. FORSTER, R.; GABE, J. (2008). Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour. *Journal of Health Services*, No. 38 (2), 333-356 p.
 22. GOLDSTEIN, M.M.; BOWERS, D.G. (2015). The patient as consumer: empowerment or commodification? Currents in contemporary bioethics. *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 43(1),162-165 p. retrieved from <https://doi.org/10.1111/jlme.12203>
 23. HALL, M.A. (2002). *Law, Medicine and Trust*, *Stanford Law Review*, No. 55,463-527 p.
 24. HALL, M.A.; SCHNEIDER, C.E. (2008). *Patients as Consumers? Courts, Contracts, and the New Medical Marketplace*, *Michigan Law Review*. No. 106, 643-689 p.
 25. HALL, M.A. (2008). The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers. *Georgetown Law Journal*, 96, No. 2, 583-597 p.
 26. KRUGMAN, P. (2011). *Patients are not consumers*, *The New York Times*, retrieved from: http://www.nytimes.com/2011/04/22/opinion/22krugman.html?_r=0