

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE RESPONSABILIDADE MÉDICA — (II Parte)*

Carla Gonçalves

Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Macau

III - SISTEMAS MISTOS

1. O sistema francês - após a nova Lei de 4 de Março de 2002

A França conta hoje com uma nova legislação em matéria de direito médico. Trata-se da Lei *Kouchner* (Lei n.º 2002/303), de 04 de Março de 2002¹, que deu uma *nova* roupagem aos direitos dos doentes e à qualidade do sistema de saúde daquele país. Há quem questione, todavia, se a referida lei trouxe consigo verdadeiramente alguma inovação, ou, pelo contrário, se serviu apenas para consolidar uma realidade preexistente. A doutrina francesa não é pacífica quanto a esta questão e talvez a postura mais sensata seja a de reconhecer que ora se trata de uma coisa, ora da outra².

Certamente, terá contribuído para a idéia de que a Lei *Kouchner* apenas deu corpo a uma prática já em vigor o fato de que parte significativa das suas regras foi previamente consagrada em sede jurisprudencial. Ademais, é natural que tamanha

* Trabalho apresentado em 2005 no âmbito do Curso de Pós-Graduação em Direito da Medicina do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Mestre André Pereira. Texto escrito em português do Brasil.

¹ Alterada pela Lei *About* (Lei n.º 2002-1577), de 30 de Dezembro de 2002.

² Neste sentido, cfr. FAURÉ, Georges, “Avant-propos”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 5.



modificação de sistema não ocorresse assim de um momento para o outro, de modo que não chega a ser surpreendente que os tribunais judiciais e administrativos franceses tenham contribuído de forma expressiva no que diz respeito às mudanças sistematizadas pela nova lei³. A este propósito, lembre-se que os tribunais judiciais julgam os casos ocorridos na esfera privada, enquanto que os tribunais administrativos cuidam dos casos ocorridos na esfera pública.

1.1. Antecedentes

a) A posição dos tribunais judiciais

Ora bem, na ausência de uma intervenção legislativa, os juizes da Corte de cassação foram sucessivamente substituindo os legisladores. Algumas decisões foram tão longe a ponto de condenar o médico simplesmente por se ter em conta que o fato gerador do dano decorreu de um ato praticado pelo profissional de saúde, sendo irrelevante que não tivesse ficado provado qualquer indício de culpa. Discutiu-se, também, a idéia de que os médicos assumiriam uma espécie de *obligation de sécurité de résultat* (quanto mais não fosse relativamente aos resultados imprevistos de uma intervenção médica)⁴, ou seja, segundo esta fundamentação, os médicos estariam obrigados a garantir a segurança dos pacientes sempre que a intervenção médica - ainda que absolutamente necessária e independentemente de culpa - resultasse num ato lesivo para o paciente, bastando, para isso, que o dano provocado não tivesse qualquer relação com o estado de saúde do doente ou com a evolução natural do seu quadro clínico. Outras decisões, no entanto, foram mais ortodoxas e, na falta de melhor sistema, optaram por acatar as limitações inerentes ao instituto jurídico da responsabilidade civil.

³ Para um panorama geral da jurisprudência preparatória (de 1997 a 2000) que antecedeu a Lei *Kouchner*, v. PALEY-VINCENT, Catherine, *Responsabilité du médecin*, Masson, Paris, 2002, p. 164-182. Para uma visão esquemática das etapas que estiveram por trás da promulgação da Lei *Kouchner*, v. MARTIN, Dominique, “L’indemnisation par la solidarité nationale”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 77-78.

⁴ De acordo com LAMBERT-FAIVRE, a adoção de uma *obligation de sécurité de résultat* “signifique que, même si aucune faute n’est démontrée, l’existence d’un défaut de sécurité dans l’acte médical causal établit une imputabilité qui fonde la responsabilité” (“La réparation de l’accident médical: obligation de sécurité: oui; aléa thérapeutique: non”, in *Recueil Le Dalloz*, n. 7, Dalloz, Paris, 15 Fev. 2001, p. 571). Noutros termos, há quem sustente que a instituição de uma *obligation de sécurité de résultat* equivale à adoção de uma responsabilidade médica objetiva. Sobre este tema, v. PETRONI-MAUDIÈRE, Nicole, “L’institution d’une obligation de sécurité de résultat à la charge du médecin ou le risque d’une rupture des équilibres fondamentaux du droit de la responsabilité médicale”, in *Revue Générale de Droit Medical*, n. 6, Les Études Hospitalières, Bordeaux, 2001, p. 175-196.

Foi neste ambiente de crescente instabilidade - que ora permitia que as decisões fossem tomadas num sentido, ora permitia que fossem tomadas noutra - que PIERRE SARGOS, conselheiro da Corte de cassação, no acórdão *Tourneur*, de 8 de Novembro de 2000, se posicionou acerca da questão de saber se seria correto exigir que os médicos garantissem a segurança dos pacientes no âmbito da *aléa thérapeutique*, isto é, no âmbito dos riscos *accidentais*, não-controláveis, consumados sem qualquer culpa por parte do profissional da medicina, porém, inerentes à prática do ato médico. Por fim, PIERRE SARGOS concluiu que os médicos não poderiam ser responsabilizados pelos eventos danosos resultantes da *aléa thérapeutique*⁵.

Em síntese, LAMBERT-FAIVRE resumiu o quadro evolutivo da responsabilidade médica francesa, num momento anterior à promulgação da Lei de 4 de Março de 2002, da seguinte forma: o *accidente médico* resolvia-se na base da responsabilidade médica sempre que a sua consumação pudesse ser atribuída a uma atuação culposa ou a uma *obligation de sécurité de résultat*. Por outro lado, a verificação da *aléa thérapeutique* servia como causa exoneratória da responsabilidade médica⁶.

No entanto, mesmo após o enquadramento do problema nesta ordem de ideias, a falta de unidade das decisões dos tribunais judiciais teimava em persistir⁷.

5 Segundo refere PALEY-VINCENT (*ob. cit.*, p. 173).

6 Note-se que LAMBERT-FAIVRE empregou o termo *accidente médico* em sentido abrangente, querendo designar, simultaneamente, o *accidente culposos* e o *não-culposos* (*ob. cit.*, p. 572).

7 No célebre acórdão PERRUCHE, de 17 de Novembro de 2000, a Corte de cassação decidiu pela procedência de uma ação de *wrongful life*, reconhecendo à criança a possibilidade de ser indenizada pelo prejuízo de ter nascido deficiente. No caso em concreto, a mãe da criança contraiu rubéola durante a gravidez e, por força de um diagnóstico errado, não foi alertada pelo médico para a possibilidade de interromper voluntariamente a gravidez, evitando, com isto, o nascimento de uma criança deficiente.

Grande parte dos países rejeita as ações de *wrongful life* por entender que não há uma relação direta entre a conduta do médico e a deficiência da criança. Ademais, o problema que aqui se coloca - e que o direito não consegue enxergar com bons olhos - é que, em última análise, a criança estaria reclamando a sua não existência.

Por outro lado, as ações de *wrongful birth* - propostas pelos pais da criança deficiente - são geralmente aceites, uma vez que, nestes casos, é possível imputar o *prejuízo* sofrido pelos pais à conduta do médico. Entende-se por *prejuízo* tanto o dano patrimonial (como, por exemplo, as despesas extraordinárias de sustento) quanto o dano não-patrimonial (isto é, o desgaste moral de ter uma criança deficiente).

Em todo o caso, o acórdão PERRUCHE acabou por despertar algum tumulto no mundo jurídico, vindo a incitar uma reação legislativa para conter os ânimos e as divergências que já há algum tempo ecoavam nos tribunais franceses. LAMBERT-FAIVRE sustentou que o nexo de causalidade foi esquecido no acórdão PERRUCHE e que a coerência jurídica precisava ser restabelecida (*ob. cit.*, p. 573).

Ora bem, a tão esperada coerência jurídica parecia também estar na dependência de uma reação legislativa que, afinal, veio a termo com a Lei *Kouchner*. Aproveitando esta *onda apaziguadora*, o legislador francês acabou por incluir nesta lei algumas regras de solidariedade em relação às pessoas

b) A posição dos tribunais administrativos

No âmbito dos hospitais públicos, por seu turno, a jurisprudência administrativa tratou de encarar a problemática dos danos sem culpados de maneira diversa. Neste particular, os juizes administrativos optaram por enquadrar os danos sem culpados no âmbito da responsabilidade objetiva do estabelecimento hospitalar. Esta solução já vinha sendo propugnada em diversos ramos da responsabilidade do Estado, de modo que, além de ter sido a solução mais natural para este setor, foi também a mais consentânea com a realidade jurídica da época.

Efetivamente, no período que antecedeu a promulgação da Lei *Kouchner*, os tribunais administrativos foram mais rápidos do que os tribunais judiciais no que diz respeito à propositura de um meio de recomposição dos danos oriundos da *aléa thérapeutique*. No entanto, não é de se pensar que o setor público também não precisasse de uma nova perspectiva para o problema da recomposição dos danos médicos. Eis que, em vista dos obstáculos colocados pelos juizes administrativos, muitos casos ficaram de logo excluídos do âmbito de proteção da responsabilidade objetiva. Na prática, para que os hospitais públicos respondessem sem culpa, exigia-se que o dano sofrido pelo paciente tivesse sido anormal, grave e excepcional⁸.

Seja como for, o fato é que a jurisprudência francesa já vinha dando sinais de que o sistema tradicional da responsabilidade médica precisava ser revisto, ou melhor, o sistema precisava ser *desbloqueado*. Ademais, a possibilidade de os pacientes virem a ser indenizados de formas diferentes, consoante o tratamento médico hospitalar tivesse ocorrido no domínio público ou privado, em nada contribuía para a racionalidade do sistema.

deficientes e, simultaneamente, procurou afastar o perigo (para os médicos) de um novo caso *PERRUCHE* vir a ser julgado procedente.

Para maiores informações sobre esta matéria, v. *BOCQUILLON*, Fabrice, “Fin de la jurisprudence *Perruche*? : note sur l’article 1^{er} de la loi n.º. 2002-303 du 4 mars”, in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 2, Dalloz, Paris, Abr.- Jun. 2002, p.358-367, *LAMBERT-FAIVRE*, Yvonne, “La loi n.º. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: la solidarité envers les personnes handicapées ou la loi anti-Perruche”, in *Recueil Le Dalloz*, n. 15, Dalloz, Paris, 11 Abr. 2002, p. 1217-1220 e *PEREIRA*, André Gonçalo Dias, *O consentimento informado...*, *ob. cit.*, p. 375-391.

⁸ O acórdão *BIANCHI*, de 9 de Abril de 1993, rompeu com a clássica fundamentação da responsabilidade baseada na culpa, culminando na famosa decisão do Conselho de Estado que condenou o hospital a indenizar *M. BIANCHI* em virtude do risco excepcional e grave que lhe foi infligido. No caso em concreto, o paciente foi submetido a uma arteriografia – que, segundo os laudos periciais, foi conduzida em perfeita consonância com o estado da técnica – no entanto, o procedimento empreendido resultou na tetraplegia do paciente. Trata-se de um risco conhecido, nestes procedimentos, porém, de uma excepcionalidade e gravidade anormal.



1.2. O que mudou em matéria de reparação dos riscos sanitários?

Pois bem, se a Lei *Kouchner* conseguiu *desbloquear*, ou não, o sistema da responsabilidade civil é uma questão que veremos a partir daqui. No fundo, dada a relativa novidade desta lei talvez não seja já possível avaliar todos os seus reflexos práticos. Concretamente, nem sequer nos propomos a examinar a nova lei francesa em toda a sua extensão. Em essencial, buscaremos desenvolver o que há de mais original em matéria de reparação das conseqüências dos riscos sanitários⁹.

DUBOIS considera que a criação de uma nova lei em matéria de responsabilidade médica era, simultaneamente, desejável e necessária. Desejável porque a gravidade dos prejuízos vinha tornando intolerável o seu não ressarcimento. E necessária porque a competência judiciária não podia ir tão longe a ponto de inovar em termos legislativos¹⁰.

a) A consagração de um sistema misto

Em linhas gerais, a reparação dos danos fica sujeita às regras da responsabilidade civil, no entanto, a depender da natureza e da gravidade do prejuízo, se estas regras não atenderem ao propósito em causa os pacientes podem recorrer à solidariedade nacional¹¹. Daí se falar na existência de um “*duplo regime de indenização*”¹².

Pese embora as inovações introduzidas pela lei francesa, o instituto jurídico da responsabilidade civil continua a nortear o processo de recomposição dos prejuízos sofridos na seqüência de uma intervenção médica. Desta observação resulta que a culpa - seja ela provada ou presumida - manteve-se como a *espinha dorsal* da recomposição dos riscos sanitários¹³.

Apenas excepcionalmente o regime da responsabilidade objetiva poderá ser invocado, como é o caso, por exemplo, dos danos provocados por produtos

⁹ Esta matéria corresponde ao título IV da Lei *Kouchner*.

¹⁰ DUBOIS, Louis, “La réparation des conséquences des risques sanitaires”, in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, Dalloz, , Paris, Out.- Dez. 2002, p. 807.

¹¹ O organismo que age em nome da solidariedade nacional é a *Office National d’Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* (ONIAM). Refira-se que a ONIAM é um estabelecimento público que atua sob a tutela do Ministério da Saúde, sendo financiada por um fundo público (neste sentido, ver o art. L. 174-2, do Código de Segurança Social).

¹² DUBOIS, Louis, *ob. cit.*, p. 804.

¹³ “*Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d’un produit de santé, les professionnels de santé (...), ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d’actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu’en cas de faute*” (art. L. 1142-1 – I, do Código de Saúde Pública).



defeituosos, por infecções nosocomiais¹⁴ e pelas vacinas obrigatórias. Na prática, a Lei de 4 de Março de 2002 prestou especial atenção aos dois primeiros casos.

Relativamente aos produtos defeituosos, a responsabilidade objetiva já havia sido consagrada por força de um diploma específico que tratou de transpor a Diretiva comunitária n.º 85/374/CEE para o ordenamento interno dos Estados membros (em França esta transposição ficou a cargo da Lei de 19 de Maio de 1998).

Já no que diz respeito às infecções nosocomiais, a intenção foi a de resolver um problema de saúde pública¹⁵. A redação inicial da Lei de 4 de Março de 2002 previa que os estabelecimentos, serviços e organismos de saúde responderiam, independentemente de culpa, pelos danos decorrentes das infecções nosocomiais, havendo, entretanto, a possibilidade de afastar esta obrigação caso se provasse que a infecção decorreu de uma “*cause étrangère*”¹⁶. Nesta hipótese, além de o estabelecimento hospitalar se desonerar da sua obrigação de indenizar o paciente lesado, as regras da solidariedade nacional aplicar-se-iam independentemente da gravidade do evento lesivo. Acontece que, na prática, era quase impossível provar que a infecção nosocomial havia decorrido de uma “*cause étrangère*”.

Atendendo à necessidade de resolver um problema de saúde pública e de não sobrecarregar demasiadamente os hospitais (ainda que esta sobrecarga recaísse sobre os seguros), a Lei de 30 de Dezembro de 2002 alterou este quadro e promoveu a repartição financeira dos danos resultantes das infecções nosocomiais entre os estabelecimentos hospitalares e a solidariedade nacional. Por outras palavras, em princípio as infecções nosocomiais são indenizáveis pelo estabelecimento hospitalar com base na responsabilidade objetiva, no entanto, os fundos da solidariedade nacional podem ser usados para a recomposição dos danos se a gravidade do prejuízo o justificar¹⁷.

¹⁴ Ressalte-se que as infecções nosocomiais ora são acobertadas pelas regras da responsabilidade civil, ora pelas regras da solidariedade nacional, a depender do caso em concreto.

¹⁵ Em França, aproximadamente 10.000 pessoas, por ano, são vítimas fatais das infecções nosocomiais (número superior ao das vítimas de acidentes de viação) (LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: l’indemnisation des accidents médicaux”, in *Recueil Le Dalloz*, n. 17, Dalloz, Paris, 25 Abr. 2002, p. 1369).

¹⁶ Entende-se por *cause étrangère* a consumação de uma causa de força maior ou a verificação de que a infecção proveio do paciente ou do fato de um terceiro.

¹⁷ De acordo com a nova redação do art. L. 1142-1-1, do Código de Saúde Pública, dada pela Lei n.º 2002-1577, de 30 de Dezembro de 2002: “(...) *ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale: Les dommages résultant d’infections nosocomiales (...) correspondant à un taux d’incapacité permanente supérieur à 25% déterminé par référence au barème mentionné au II du même article, ainsi que les décès provoqués par ces infections nosocomiales*”. Para maiores informações, v. LAMAR, Marie-Josèphe, *Aperçu de la loi sur la responsabilité médicale du 30 décembre 2002*, texto publicado na internet em 17.02.2003, site <http://www.droit.univ-paris5.fr:16080/cddm/>, acessado em 13.10.2004.



Em síntese, o instituto jurídico da responsabilidade civil continua a ser, simultaneamente, a regra (responsabilidade subjetiva) e a exceção (responsabilidade objetiva). Neste particular, não há grandes novidades. E nem poderia ser diferente, afinal, o modelo francês de reparação dos riscos sanitários é considerado como um modelo misto justamente por conservar, em parte, a solução tradicional da responsabilidade civil.

No entanto, ainda no âmbito da responsabilidade civil, a nova lei francesa consagrou um seguro obrigatório de responsabilidade médica¹⁸. Em verdade, a adoção de um seguro obrigatório para determinados setores da atividade médica não é, por si só, uma novidade para os franceses¹⁹. A novidade é que o seguro obrigatório é hoje uma realidade para toda a prática médica. Conforme já vimos, há quem considere que esta solução representa um passo *evolutivo* em matéria de responsabilidade civil²⁰.

O que o legislador pretendeu com a expansão do seguro obrigatório para toda a atividade médica foi garantir a solvabilidade do responsável pela indenização das vítimas dos *accidents médicaux* culposos²¹. Afinal, nos casos excepcionais de responsabilidade médica objetiva os seguros já eram, em regra, obrigatórios, mesmo antes da lei.

Relativamente às clínicas privadas, também é certo que grande parte destes estabelecimentos aderiu espontaneamente aos seguros de responsabilidade médica antes mesmo deles terem tornado obrigatório. Por outro lado, convém não olvidar que o dispositivo legal que fixou a obrigatoriedade dos seguros de responsabilidade médica não fez esta obrigação recair sobre o Estado²², isto porque no âmbito dos hospitais públicos o Estado atua como o seu próprio segurador²³.

18 “*Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes (...) et tout autre personne morale, autre que l’Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d’être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d’atteintes à la personne survenant dans cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins*” (art. L. (1142-2, do Código de Saúde Pública).

19 Como é o caso dos seguros obrigatórios para os ensaios clínicos e para os centros de transfusões sanguíneas.

20 Falamos em “evolução” no sentido de tendência futura, sem querer sugerir que esta tendência se traduza, obrigatoriamente, num fator positivo.

21 GUINÉ-GIBERT, Sabine, “L’assurance responsabilité civile médicale des acteurs de santé: historique: comment en est-on arrivé à la situation actuelle?”, in *Revue Générale de Droit Médical*, nº. 12, Les Études Hospitalières, Bordeaux, 2004, p. 157-160.

22 Ver nota 18.

23 A Lei de 30 de Dezembro de 2002 prevê expressamente uma derrogação ao princípio do seguro obrigatório, a ser acordada através de uma portaria ministerial, desde que os hospitais públicos “*disposant des ressources financières leur permettant d’indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d’un contrat d’assurance*” (art. L 1142-2, al. 3, do Código de Saúde Pública).



Pese embora alguns setores da atividade médica terem encarado com naturalidade a adoção de um seguro obrigatório, a verdade é que este processo tem suscitado algum *rebuliço* no seio da sociedade francesa. A dificuldade de fazer uma previsão concreta dos riscos envolvidos nesta seara tem, por um lado, potencializado a evasão das seguradoras deste mercado e, pelo outro, contribuído para uma elevação dos valores dos prêmios de seguro das empresas em atividade.

Para os profissionais liberais o maior problema que se coloca é o do valor dos prêmios dos seguros e não propriamente um problema de oferta. Já no caso dos profissionais assalariados, que se beneficiam da cobertura contratada pelos estabelecimentos hospitalares, o maior problema tem sido o da escassez de oferta²⁴.

Em todo o caso, na intenção de evitar a evasão das empresas seguradoras do mercado de prestação de cuidados de saúde, a Lei *Kouchner* faculta a estas empresas a possibilidade de estipular plataformas de garantia de cobertura dos danos²⁵. Com isto, as seguradoras dispõem de uma base mais sólida para proceder ao cálculo dos riscos envolvidos.

Note-se que a nova lei francesa abre esta possibilidade para as seguradoras, sem deixar de lado o princípio da reparação integral²⁶, ou seja, se as seguradoras atingirem o patamar máximo de indenização, a *Office National d'Indemnisation* (ONIAM) garante o pagamento do valor remanescente²⁷. No entanto, apesar das engenhosas tentativas da lei no sentido de fazer valer a obrigatoriedade dos seguros

²⁴ GUINÉ-GIBERT, Sabine, *ob. cit.*, p. 159.

²⁵ Naturalmente, a fixação destas plataformas de garantia deve respeitar determinados limites. O Decreto n.º 2003-288, de 28 de Março de 2003, diz que as garantias não podem ser inferiores a 3 milhões de euros por sinistro, nem a 10 milhões de euros por ano.

A nova lei francesa criou também um *Bureau Central de Tarification*, encarregando-o de fixar os valores dos prêmios de seguro de acordo com o risco da especialidade médica em causa. Deste modo, aqueles profissionais que tenham alguma dificuldade em contratar um seguro de responsabilidade médica, após duas rejeições por parte das empresas seguradoras, podem recorrer ao *Bureau Central de Tarification* para que este organismo lhes indique o valor do prêmio a ser pago e uma seguradora a ser contratada para este efeito (PONCHON, François, *La loi de 4 mars 2002: la mise en pratique*, Berger-Levrault, Paris, 2003, p. 79-80).

²⁶ DEMEESTER, Marie-Luce, "L'assurance des risques de santé et la loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002", in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, Dalloz, Paris, Out.- Dez. 2002, p. 789.

²⁷ Neste sentido, LAMBERT-FAIVRE sustenta que este é um dos pontos mais inovadores e mais satisfatórios da nova lei ("La loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: l'indemnisation des accidents médicaux"..., *ob. cit.*, p. 1369).

Em sentido contrário, DUBOIS invoca uma curiosa questão acerca da cobertura complementar ou supletiva por parte da ONIAM: "Ce transfert, prévu en cas de dépassement du plafond de garantie inscrit dans le contrats d'assurance (art. L. 1142-14, al. 10, c. santé publ.), pourra-t-il jouer si les plafonds sont systématiquement fixés à un niveau relativement bas afin de contenir la hausse du montant des primes?" (DUBOIS, Louis, *ob. cit.*, p. 806).

– dando margem, inclusive, a sanções disciplinares em caso de inobservância - a perspectiva traçada para o ano de 2004 não foi das melhores²⁸.

Pois bem, retomando a questão inicial acerca do duplo sistema de indenização, interessa compreender como as regras da solidariedade nacional têm funcionado. Em poucas palavras, trata-se de um sistema subsidiário em relação às regras tradicionais da responsabilidade civil que se propõe a recompensar os prejuízos resultantes da *aléa thérapeutique*.

Já sabemos, por exemplo, que a *aléa thérapeutique* encobre grande parte dos danos sem culpados que não foram resolvidos na base do regime excepcional da responsabilidade objetiva. Em termos práticos, ainda que a solução encampada pela responsabilidade objetiva guarde alguma semelhança com a alternativa viabilizada pela Lei *Kouchner* - tendo em conta que em ambos os casos o ressarcimento do lesado independe da aferição da culpa – o fato é que, consoante já tivemos a ocasião de referir, estas duas situações não se confundem.

Em primeiro lugar, os casos que ensejam a responsabilidade objetiva prescindem da verificação da culpa – é verdade – mas isto não quer dizer que a culpa não possa estar presente, de modo que, sendo este o caso, o responsável pela indenização poderá exercer o seu direito de regresso contra o sujeito culpado. Já a possibilidade de o lesado vir a ser ressarcido pelas regras da solidariedade nacional só se coloca, verdadeiramente, quando em causa estiver um dano sem culpado.

Em segundo lugar, no que diz respeito aos sujeitos que financeiramente sustentam estes sistemas, também nos deparamos com estruturas basilares diferentes. Ainda que eventualmente seja irrelevante para o lesado saber quem o vai compensar, com toda a certeza, este aspecto não pode ser descuidado sob pena de não se conseguir ressarcir quem merece ser ressarcido. Seja qual for o sistema em causa, será sempre imperioso fazer uma previsão de fundos para cobrir as situações lesivas. Pouca (ou nenhuma) vantagem subsistiria para os pacientes lesados, se a lei simplesmente se encarregasse de criar novas hipóteses de responsabilidade objetiva, ou de alargar o rol dos danos compensáveis pela solidariedade nacional, sem levar em conta a viabilidade econômica desta medida. Para mais, quando o paciente for ressarcido pela solidariedade nacional isto implicará no recurso aos fundos públicos. Daí se infere que quanto mais evoluído for o sistema social e/ou os sistemas paralelos

²⁸ GUINÉ-GIBERT sustenta que “les perspectives des assureurs pour l’année 2004 en matière d’assurance responsabilité civile médicale ne laissent présumer aucune ouverture suffisante du marché propre à couvrir l’ensemble des acteurs de santé. Les politiques de renouvellement pour 2004 annoncent officiellement, sauf rares exceptions, le refus des compagnies d’assurance d’émettre de nouvelles polices d’assurance en responsabilité médicale pour les établissements de soins. Les assureurs se disent dans l’expectative par rapport à l’inconnu (...). Les effets des lois Kouchner et About ne seront connus que dans plusieurs années (...)” (GUINÉ-GIBERT, Sabine, *ob. cit.*, p. 159).



de um determinado país, maiores possibilidades de cobertura poderão existir.

Por fim, um terceiro argumento que também parece digno de alguma consideração envolve a idéia, já anteriormente mencionada, acerca da constatação de que o instituto jurídico da responsabilidade civil - tal como o conhecemos hoje - se encontra, de certa forma, *bloqueado*. Diante de uma crescente movimentação no sentido de estender a possibilidade de cobertura dos danos sofridos pelos pacientes, sobretudo os danos que não foram tutelados pelo sistema tradicional da responsabilidade médica, parecia cada vez mais premente a necessidade de se buscar uma via alternativa de compensação. Com efeito, o sistema misto consagrado pela lei francesa comporta caminhos diferentes, sendo que cada um deles conta com regras igualmente diferentes²⁹.

b) As regras da solidariedade nacional³⁰

Resulta do exposto que a sistematização do modelo alternativo de recomposição dos danos se orientou por uma lógica própria e que a sua aplicabilidade depende da verificação de algumas condições. Por outras palavras, o ressarcimento à custa da solidariedade nacional foi pensado para resolver o problema da *aléa thérapeutique* (é esta a sua lógica). E mais, mesmo nesta hipótese, apenas os danos que atendam a uma determinada natureza e gravidade (são estas as suas condições).

Quanto à natureza do dano, os casos susceptíveis de acionar o mecanismo da solidariedade nacional são os seguintes: os *accidents médicaux*, os *danos iatrogênicos* e as *infectões nosocomiais*.

Vejamos o alcance de cada um deles.

De acordo com PENNEAU, os *accidents médicaux* resultam de um ato praticado pelo profissional de saúde, sem qualquer culpa, cuja consequência seja desfavorável para o paciente, ainda que normalmente imprevisível face ao seu estado de saúde. Os *danos iatrogênicos*, por sua vez, resultam do tratamento escolhido para o paciente, sem que se possa falar numa má escolha ou numa má administração do tratamento, ou ainda, na utilização de um produto defeituoso neste processo. Por fim, as *infectões nosocomiais* são aquelas contraídas na seqüência de um internamento hospitalar - ou seja, inexistentes num momento anterior ao internamento - contudo, tais infecções

²⁹ Neste sentido é que se tem afirmado: “Il s’agit d’une indemnisation complètement indépendante de toute coloration de responsabilité civile qui d’ailleurs n’incombe pas au praticien” (PINNA, Andrea, “La responsabilité médicale en France après la loi du 4 mars 2002”, in *Actas do Congresso Internacional de Responsabilidade Civil dos Médicos*, Centro de Direito Biomédico, no prelo).

³⁰ Para uma apreciação acerca do mecanismo de reparação dos *accidents médicaux*, dos danos iatrogênicos e das infecções nosocomiais, v. CLÉMENT, Jean-Marie, *Droits des malades: les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier*, Les Études Hospitalières, Bordeaux, 2002, p. 59-73; DUBOIS, Louis, *ob. cit.*, p. 810-815; MARTIN, Dominique, *ob. cit.*, p. 77-78; PENNEAU, Jean, *La responsabilité du médecin*, 3.^a ed., Dalloz, Paris, 2004, 85-95 ; PONCHON, François, *ob. cit.*, p. 81-88.

só serão compensáveis pelas regras da solidariedade nacional, se o dano não resultar de uma atuação culposa ou da responsabilidade de pleno direito do hospital, ou, eventualmente, se a infecção for responsável pela morte do paciente³¹.

Noutros termos, a indenização à custa da solidariedade nacional só é possível se, cumulativamente, o evento lesivo reunir as condições legais exigíveis para tanto. Assim sendo, não só a natureza do dano se deve enquadrar numa das hipóteses acima referidas, bem como a sua gravidade deve obedecer aos parâmetros fixados por lei³².

Saliente-se que a verificação da gravidade do dano funciona como uma espécie de divisor de águas entre o risco sanitário compensável e o não compensável. Isto quer dizer que, se a gravidade do dano não atender ao limite estipulado por lei, pouco mais poderá o paciente lesado fazer.

Neste cenário, devemos questionar se a taxa de gravidade de 24%, exigida pela lei, pode ser considerada razoável. Sem esta reflexão não é possível dimensionar a própria aplicabilidade prática da Lei *Kouchner*.

Numa apertada síntese, a complexidade da questão pode ser avaliada sob dois ângulos diferentes: por um lado, se a lei só se prestar a resolver os casos mais dramáticos, muitos pacientes continuarão a ter de suportar em definitivo as conseqüências negativas do evento lesivo e, no fundo, mais uma vez o sistema estará *bloqueado*; por outro lado, se a lei for pouco criteriosa na demarcação das situações compensáveis, muitos eventos lesivos entrarão para o seu âmbito de aplicação e, neste caso, colocar-se-á o problema de saber como viabilizar financeiramente esta solução.

LAMBERT-FAIVRE foi arrematadora nas críticas que fez à fixação de uma taxa de gravidade como condição de ressarcimento a título da solidariedade nacional³³. Em primeiro lugar, segundo sustenta a autora, parece haver alguma arbitrariedade na rigidez imposta pela taxa de IPP. Isto é, acima do limite de

³¹ PENNEAU, Jean, *ob. cit.*, p. 72.

³² De acordo com a Lei n.º 2002-303, o critério de gravidade será “(...) *apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d’incapacité permanente ou de la durée de l’incapacité temporaire de travail*” (art. L. 1142-1 II do Código de Saúde Pública).

O Decreto n.º 2003-314, de 4 de Abril de 2003 (art. 1.º), que regulamentou o artigo supracitado, fixou em 24% a taxa de incapacidade permanente parcial (IPP) que dá direito à reparação dos prejuízos a título da solidariedade nacional. Para maiores informações, v. INSTITUT NATIONAL D’AIDE AUX VICTIMES ET DE MÉDIATION, *La loi du 4 mars 2002 et le décret d’application du 4 avril 2003 sur l’indemnisation des accidents médicaux*, texto publicado na internet, *site* www.inavem.org/fichier/oniamL040302.pdf, acessado em 04.11.2004.

³³ LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La loi n.º. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: l’indemnisation des accidents médicaux”..., *ob. cit.*, p. 1370-1371.



gravidade estipulado: reparação integral; abaixo: nada. Em segundo lugar, o limite fixado em 24% é tão elevado que acaba por excluir a vastíssima maioria dos casos do seu âmbito de proteção. Por fim, a nova lei francesa parece ter sido imprecisa ao confundir o conceito de capacidade funcional com o de capacidade profissional³⁴.

Em termos concretos, é de se questionar se as regras da solidariedade nacional têm tido alguma aplicabilidade significativa³⁵.

³⁴ LAMBERT-FAIVRE refere que tal confusão terminológica “c’est méconnaître la profonde différence de nature entre les deux: des incapacités fonctionnelles modérées peuvent avoir *in concreto* des incidences professionnelles considérable”, ou seja, mesmo que a taxa de IPP seja inferior à necessária para acionar as regras da solidariedade nacional, em termos profissionais, o resultado pode ser dramático. É este o caso, por exemplo, de um violinista sem o dedo mindinho; de um piloto sem um olho; de um sujeito com grandes responsabilidades intelectuais que sofra um traumatismo craniano leve, mas com repercussões em nível de memória, etc. (LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: l’indemnisation des accidents médicaux”..., *ob. cit.*, p.1371).

Ressalte-se que, com a promulgação do Decreto de 4 de Abril de 2003, esta situação veio a ser relativamente melhorada, haja vista que alguns outros casos excepcionais também passaram a dar direito à indenização à custa da solidariedade nacional. Isto é, quando “l’incapacité temporaire de travail est au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs, sur une période de douze mois. Enfin, à titre exceptionnel, l’indemnisation au titre de la solidarité nationale peut être accordée lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer son activité professionnelle, ou lorsque l’accident médical occasionne des troubles particulièrement graves dans ses conditions d’existence” (PONCHON, François, *ob. cit.*, p. 78).

³⁵ A julgar pela quantidade de eventos lesivos que ficaram de fora do seu âmbito de aplicação, diríamos que, em termos práticos, as regras da solidariedade nacional não vão muito longe. Tomando como paradigma um estudo francês realizado em 1999, que traduz em dados estatísticos a taxa de IPP nos acidentes de viação: 97% das vítimas situaram-se numa faixa de IPP inferior a 25% (LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: l’indemnisation des accidents médicaux”..., *ob. cit.*, p. 1371).

A esperança de que a lei de 4 de Março de 2002 tenha maior aplicabilidade em sede de *accidentes médicaux* - do que virtualmente ela teria se fosse aplicada aos acidentes de viação - lamentavelmente só se tornaria efetiva se os danos consumados em virtude do exercício da medicina fossem muito mais graves do que aqueles consumados na estrada. No entanto, não é o que parece quando nos damos conta de que a perda de uma perna resulta numa taxa de IPP inferior a 24% (PINNA, Andrea, *ob. cit.*). PENNEAU critica severamente o sistema alternativo de reparação dos riscos sanitários, comparando-o a “un nain, habillé de vêtements scintillants (...) au terme d’une gestation de plus de trente ans”. Segundo aduz, apenas 2% ou 3% dos danos causados pela atividade médica são tutelados por este sistema. Não obstante, as regras da solidariedade nacional têm o mérito de funcionar como uma espécie de terreno experimental para que, num futuro próximo, um novo sistema verdadeiramente eficaz de indenização dos *accidentes médicaux* venha a ser criado (“Presentation generale critique des dispositions relatives a la reparation des consequences des risques sanitaires”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 19-35).

Há mesmo quem tenha sugerido que a nova lei francesa desprotegeu ainda mais os pacientes³⁶. Esta reflexão, além de curiosa, não parece de todo insólita. Já vimos que o percurso jurisprudencial, anterior à promulgação da Lei de 4 de Março de 2002, havia conseguido lidar *minimamente* com a questão dos danos sem culpados. Isso se diga, sobretudo, em relação aos tribunais administrativos que objetivaram a responsabilidade dos hospitais públicos na esfera da *aléa thérapeutique*. Mas, consoante examinado, mesmo no âmbito dos tribunais judiciais, algumas decisões foram tão longe a ponto de condenar o médico pelo simples fato de o dano sofrido pelo paciente ter decorrido de um ato praticado pelo profissional da medicina. É escusado dizer que esta forma de enfrentar o problema era pouco vantajosa para o médico e, muitas vezes, dava margem a decisões injustas.

Acontece que, com a Lei *Kouchner*, passou a existir um novo sistema de indenização da *aléa thérapeutique* e o antigo rigor exercido pelos juizes – na tentativa de compensar um número mais significativo dos danos sem culpados – perdeu a sua razão de ser. No entanto, antes da lei, a indenização da *aléa thérapeutique* não estava condicionada à observância de um conjunto sistematizado de regras – tal como acontece hoje – portanto, a *aléa thérapeutique* acabava por ser indenizada mesmo que o dano não atingisse a taxa de gravidade atualmente prevista. Assim sendo, sob a ótica do paciente lesado, é possível que a nova lei francesa tenha, de fato, desprotegido mais do que protegido.

2. O sistema belga (breves considerações sobre uma perspectiva futura)

Já há algum tempo a Bélgica vem anunciando o seu interesse em dar um novo rumo para o problema da recomposição dos danos médicos. Algumas iniciativas foram tomadas no sentido de avaliar qual seria o melhor caminho a ser seguido e, neste processo, muito valioso foi o contributo prestado pelos países escandinavos e pelo novo sistema francês.

Concretamente, em 19 de Setembro de 2003, a proposta de Lei n.º 3-213/1 foi apresentada no Senado belga e, ao que parece, muito em breve aquele país contará com uma nova lei sobre a reparação dos *accidents médicaux* sem culpa³⁷. Se a aprovação da proposta se der nos termos sugeridos, a Bélgica receberá um

³⁶ Neste sentido, v. PINNA, Andrea, *ob. cit.*

³⁷ Desde 1993, a Bélgica vem trabalhando numa proposta de lei com o propósito de firmar novas bases para a indenização dos *accidents médicaux* consumados no âmbito da *aléa thérapeutique*. No curso desse processo, a iniciativa foi retomada pelos professores FAGNART e VANSWEEVELT e, como fruto de um trabalho interuniversitário, surgiu a proposta de lei que acabamos de referir. Note-se que, num primeiro momento, o projeto de reforma propugnado pelos belgas aproximava-se mais do sistema sueco do que do sistema francês. (Sobre este assunto, v. FAGNART, Jean-Luc, *ob. cit.*, p. 41-56).

sistema misto de compensação dos danos médicos muito semelhante ao modelo francês.

Em suma, a proposta de lei: mantém a regra geral da responsabilidade médica subjetiva; consagra a obrigatoriedade do seguro de responsabilidade civil para os prestadores de cuidados de saúde³⁸; e define as regras de ressarcimento dos danos resultantes de um *accidente thérapeutique*³⁹.

Pese porém a proposta de lei não ser essencialmente inovadora, é bem provável que os belgas consigam dar uma maior aplicabilidade prática ao sistema do que os franceses conseguiram. Naturalmente, a Bélgica teve a particular vantagem de se valer da experiência e das críticas feitas ao sistema francês, conseguindo, desta forma, tirar melhor proveito da situação.

De acordo com a proposta de lei belga, o *accidente thérapeutique* - que dá direito a uma indenização a título do *Fonds d'Indemnisation des Accidents Thérapeutiques*⁴⁰ - resulta da consumação de um dano *anormal* e/ou *grave*. À luz da referida proposta, o dano *anormal* seria aquele decorrente de uma complicação rara e/ou de uma amplitude muito maior do que aquela legitimamente esperada em face do estado de saúde do paciente; enquanto que o dano *grave* seria aquele que atingisse um

Uma versão inicial do trabalho foi apresentada no Senado em 2000 e, posteriormente, em Fevereiro de 2003, a proposta voltou a sofrer algumas alterações. Finalmente, em Setembro de 2003, o senador ALAIN DESTEXHE depositou no Senado a última versão desta proposta. Em verdade, tudo leva a crer que a aprovação da nova lei belga – sobre a recomposição dos *accidentes médicaux* sem culpa - foi contida em razão das novas perspectivas que vinham sendo dadas a esta matéria, designadamente, em França.

Ressalte-se que, neste percurso (mais precisamente em 22 de Agosto de 2002), a Bélgica promulgou uma nova lei relativa aos direitos dos pacientes. No entanto, esta lei não trouxe grande novidade em matéria de responsabilidade médica, nem muito menos lidou com o problema dos danos médicos consumados sem culpa.

³⁸ Note-se que os prestadores de cuidados de saúde já possuem, em regra, um seguro de responsabilidade civil tendo em conta que a Ordem dos Médicos considera existir uma obrigação deontológica neste sentido.

³⁹ De acordo com a redação do art. 9, da proposta de Lei n.º 3-213/1: (9.1.) “*Si aucune faute ne peut être démontrée dans le chef du prestataire de soins ou de l'établissement de soins, le dommage anormal subi par une personne qui trouve sa cause ou l'une de ses causes dans un accident thérapeutique, sera réparé par l'intervention du Fonds d'indemnisation des accidents thérapeutiques dans les limites fixées par la présente loi*”; (9.2.) “*Hors des cas de faute commise par le praticien de l'art de guérir, il y a lieu à indemnisation si le dommage résulte d'un défaut d'un produit de santé, d'un accident médical, directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins ou à une absence d'actes dans les mêmes domaines, si ces actes ont eu des conséquences anormales et graves par rapport à l'état de santé du patient*”.

⁴⁰ O financiamento do Fundo de Indenização dar-se-á, em parte, através da participação do Estado e, em parte, através da contribuição dos prestadores de cuidados de saúde (nos termos do art. 14 da proposta de lei).

determinado limite de suportabilidade (mensurável com base na invalidez funcional e/ou na incapacidade econômica).

Quanto a este último aspecto, a Bélgica demonstrou alguma preocupação em alargar o âmbito de aplicação do sistema alternativo de indenização dos danos médicos. Em síntese, a proposta de lei fixa em 15% (e já não em 24% como em França) o valor da taxa de incapacidade permanente que dá direito a uma compensação através do Fundo de Indenização. Ademais, tal como resultou de uma posterior alteração feita na lei francesa, a Bélgica pretende consagrar, de logo, a possibilidade de o referido Fundo ser utilizado caso a vítima sofra uma incapacidade temporária por um período superior a 6 meses, ou ainda, caso o dano repercuta de forma particularmente grave no desempenho da atividade profissional do sujeito lesado⁴¹.

Apesar de a responsabilidade subjetiva ainda ser a regra para o setor de saúde na Bélgica (afora os casos excepcionais de responsabilidade médica objetiva), o mais provável é que num futuro próximo esta realidade venha a ser alterada, sobretudo na esfera dos *accidents thérapeutiques*. Em todo o caso, ainda é cedo para avaliarmos em que medida o futuro sistema belga se traduzirá numa experiência de sucesso. Por ora, podemos apenas inferir que, com a aprovação da proposta de lei, um primeiro passo será dado com o propósito de compensar um número maior de *accidents médicaux*. No entanto, para saber se o propósito em causa será preenchido, (ou não), há de se aguardar o rumo dos acontecimentos nos próximos anos.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os países que optaram por um sistema alternativo de compensação dos *accidents médicaux* certamente tiveram de ultrapassar os mesmos problemas que ainda hoje se colocam nos países que seguem as regras tradicionais da responsabilidade civil. Assim sendo, o estudo dos sistemas alternativos afigura-se-nos útil, sobretudo, na medida em que abre caminho para *novas* formas de lidar com um *velho* problema.

Contudo, não devemos ir tão longe a ponto de presumir que a solução para um mesmo problema seja uma só. É natural que cada país só consiga enfrentar a sua realidade com os seus próprios mecanismos. Afinal, cada um enxerga o mundo com os olhos que tem, e, neste sentido, os aspectos culturais e as diferenças políticas, sociais, econômicas e jurídicas dos países em causa não podem ser colocados de parte.

⁴¹ “*Les conséquences de dommages corporels ne sont indemnisées que si ces dommages entraînent une incapacité permanente de plus de 15%, une incapacité temporaire de plus de 6 mois ou des conséquences particulièrement graves sur l’activité professionnelle de la personne lésée*” (art. 11, 11.1, da proposta de Lei n.º 3-213/1).



Parece lógico que a busca por uma *solução ideal* de compensação das vítimas de um *acidente médico* pressuponha uma avaliação global dos sistemas existentes: dos sistemas de responsabilidade civil e dos sistemas alternativos. Mas é importante ter em mente que qualquer investida no sentido de adotar um caminho alternativo para o setor de saúde só pode ser cogitada se tal medida puder ser implementada em termos concretos.

Os países escandinavos e a Nova Zelândia dão-nos bons exemplos não só em matéria de recomposição dos *acidentes médicos*, mas também em muitas outras áreas da vida em sociedade. No entanto, por que será que não conseguimos seguir todos os bons exemplos dados por estes países?

A nova lei francesa que consagrou um sistema misto de reparação dos riscos sanitários – mesmo ainda estando longe de conferir uma verdadeira cobertura para os danos resultantes da *aléa thérapeutique* – teve a virtualidade de combinar dois mundos distintos. A Bélgica, muito embora não nos traga uma perspectiva inovadora nesta matéria, pode vir a surpreender em termos práticos.

Sublinhe-se, por fim, que a *solução ideal* para a recomposição dos *acidentes médicos* não se deve limitar ao plano teórico e nem tampouco a uma realidade ultrapassada do ponto de vista social. Por outras palavras, a busca por uma *solução ideal* deve ser encarada como um processo contínuo e incessante, como, aliás, não podia deixar de ser. Afinal, também contínuo e incessante é o processo que impulsiona a sociedade para frente.

BIBLIOGRAFIA

ADELMAN, Susan Hershberg / WESTERLUND, Li, “The Swedish patient compensation system: a viable alternative to the U.S. tort system?”, in *Bulletin of the American College of Surgeons*, vol. 89, n. 1, Jan. 2004, p. 25-30.

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de, “Responsabilidade civil do médico”, in *Revista Jurídica*, n.º 231, Ano XLV, Editora Síntese, Porto Alegre, Jan. 1997, p. 122-150.

ALARCÃO, Rui de, *Direito das Obrigações*, texto elaborado por J. Sousa Ribeiro, J. Sinde Monteiro, Almeno de Sá e J. C. Proença, polic., Coimbra, 1983.

ALMEIDA, José C. Moitinho de, *A responsabilidade civil do médico e o seu seguro*, Secção Portuguesa da Associação Internacional do Direito dos Seguros, 1972.

BECK, Ulrich, “*Risk society: towards a new modernity*”, trad. Mark Ritter, Sage Publications, London – Thousand Oaks – New Delhi, 1986 (reimp. 1998).

BÉLGICA. Legislação.

- Lei de 24 de Agosto de 2001 (compensation of victims of courageous acts).

- Lei de 22 de Agosto de 2002 (Loi relative aux droits du patient).



- Proposta de Lei n.º 3-213/1, apresentada em 19 de Setembro de 2003, rel. Senador ALAIN DESTEXHE.

BERNAT, Erwin, “Compensation for medical injuries: is there a need for a law reform? An Austrian viewpoint”, in *European Journal of Health Law*, vol. 5, n. 2, Kluwer Law International, Dordrecht, Jun. 1998, p. 117-127.

BOCQUILLON, Fabrice, “Fin de la jurisprudence Perruche?: note sur l’article 1er de la loi no. 2002-303 du 4 mars”, in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 2, Dalloz, Paris, Abr.- Jun. 2002, p.358-367.

CARNEIRO, António Vaz, “A complexidade da prática clínica: análise baseada no risco e na incerteza”, in *Boletim da Ordem dos Advogados*, n.º 29, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Advogados, Lisboa, Nov./Dez., 2003, p. 57-60.

CASCÃO, Rui, “A responsabilidade civil e a segurança sanitária”, in *Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 1, n.º 1, Coimbra Editora, Coimbra, 2004, p. 97-106.

CAVALIERI FILHO, Sergio, *Programa de responsabilidade civil*, 3.ª ed. (rev., aum. e atual.), Malheiros, São Paulo, 2002.

CLÉMENT, Jean-Marie, *Droits des malades: les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier*, Les Études Hospitalières, Bordeaux, 2002.

CORDEIRO, António Menezes, *Direito das Obrigações*, vol. 2, Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa, Lisboa, 1980 (reimp. 1986).

DAHLMAN, Christian / WENDEL, Lotta, “Country report: Sweden”, in *Tort and insurance law: cases on medical malpractice in a comparative perspective*, vol. 1, (Eds. Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2001, p. 188-200.

DEMEESTER, Marie-Luce, “L’assurance des risques de santé et la loi n.º 2002-303 du 4 mars 2002”, in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, Dalloz, Paris, Out.-Dez. 2002, p.783-796.

DINAMARCA. Legislação.

- *Patient Insurance Act*, 1992 (com reforma de 1999).

DUBOIS, Louis, “La réparation des conséquences des risques sanitaires”, in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, Dalloz, , Paris, Out.- Dez. 2002, p. 803-815.

DUTE, Jos, “A comparison of no-fault compensation schemes”, in *Tort and insurance law: no-fault compensation in the health care sector*, vol. 8, (Eds. Jos Dute, Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2004, p. 444-484.

ESPERSSON, Carl, *The Patient Injury Act*, texto publicado na internet, *site* http://www.lof-forsakring.com/doc/pat_inj_com.doc , acessado em 11.10.2004.

EUROPEAN GROUP ON TORT LAW, *Principles of european tort law*, relatório concluído em 16 de Outubro de 2004, texto ainda não publicado, gentilmente cedido por ANDRÉ PEREIRA.

FAGNART, Jean-Luc, “Indemnisation des victimes d’accidents médicaux en droit belge” in *L’indemnisation des accidents médicaux*, (Obra coletiva), Librairie



Générale de Droit e Jurisprudence, Paris, 1997, p. 41-56.

FALLBERG, Lars H. / BORGHAMMAR, Edgar, “The Swedish no fault patient insurance scheme”, in *European Journal of Health Law*, vol. 4, n. 3, Kluwer Law International, Dordrecht, Out. 1997, p. 279-286.

FAURÉ, Georges, “Avant-propos”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 5-7.

FAURE, Michael, “Comparative Analysis”, in *Tort and insurance law: cases on medical malpractice in a comparative perspective*, vol. 1, (Obra coletiva. Eds. Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2001, p. 267-310.

FINLÂNDIA. Legislação.

- *Patient Injury Act*, 1987 (com alterações de 1999).

FRANÇA. Legislação.

- Lei n.º 88-1138, de 20 de Dezembro de 1988 (alterada pela Lei n.º 2004-806, de 09 de Agosto de 2004).

- Lei n.º 2002-303, de 04 de Março de 2002 (alterada pela Lei n.º 2002-1577, de 30 de Dezembro de 2002).

- Decreto n.º 2003-288, de 28 de Março de 2003.

- Decreto n.º 2003-314, de 4 de Abril de 2003.

GRÜNFELD, Arne, *The nordic patient insurance systems : similarities and differences*, texto publicado na internet, site <http://www.patientforsikringen.dk/uk/>, acessado em 13.10.2004.

GUIMARÃES, Patrícia, “Vidas sem valor”, in *Jornal Tal & Qual*, edição 1128, Lisboa, 1 de Fevereiro de 2002.

GUINÉ-GIBERT, Sabine, “L’assurance responsabilité civile médicale des acteurs de santé: historique: comment en est-on arrivé à la situation actuelle?”, in *Revue Générale de Droit Médical*, n.º. 12, Les Études Hospitalières, Bordeaux, 2004, p. 157-160.

INSTITUT NATIONAL D’AIDE AUX VICTIMES ET DE MÉDIATION, *La loi du 4 mars 2002 et le décret d’application du 4 avril 2003 sur l’indemnisation des accidentés médicaux*, texto publicado na internet, site www.inavem.org/fichier/oniamL040302.pdf, acessado em 04.11.2004.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM REPORT, *To err is human: building a safer health system*, (Eds. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson), National Academy Press, Washington, 1999.

ISLÂNDIA. Legislação.

- *Act on Patient Insurance* (Lei n.º 111/2000).

KFOURI NETO, Miguel, *Responsabilidade civil do médico*, 5ª ed, Revista dos Tribunais, São Paulo, 2003.

KOCH, Bernhard A. / KOZIOL, Helmut, “Comparative report and conclusions”,



in *Tort and insurance law: no-fault compensation in the health care sector*, vol. 8, (Eds. Jos Dute, Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2004, p. 417-443.

LAMAR, Marie-Josèphe, *Aperçu de la loi sur la responsabilité médicale du 30 décembre 2002*, texto publicado na internet em 17.02.2003, *site* <http://www.droit.univ-paris5.fr:16080/cddm/>, acessado em 13.10.2004.

LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La réparation de l’accident médical: obligation de sécurité: oui; aléa thérapeutique: non”, in *Recueil Le Dalloz*, n. 7, Dalloz, Paris, 15 Fev. 2001, p. 570-573.

LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, “La loi n.º. 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé”, in *Recueil Le Dalloz*, n. 15, n. 16, n. 17, Dalloz, Paris, 11 Abr., 18 Abr., 25 Abr. 2002, p. 1217-1220, p. 1291-1296, p. 1367-1374.

LEWIS, Arthur, “No-fault liability: twenty years experience in New Zealand”, in *Medicine and Law*, vol. 15, n.º ?, Yozmot, Haifa, 1996, p. 425-428.

LIMA, Pires de / VARELA, Antunes, *Código Civil Anotado*, vol. I, 4.ª ed (rev. e atual.), Coimbra Editora, Coimbra, 1987.

MACHADO, Miguel Nuno Pedrosa, “Sobre as cláusulas contratuais gerais e conceito de risco”, in *Separata da Revista da Faculdade de Direito de Lisboa*, Lisboa, 1988.

MARTIN, Dominique, “L’indemnisation par la solidarité nationale”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 77-81.

MIKKONEN, Martti, “Compensation in the Finnish health care sector”, in *Tort and insurance law: no-fault compensation in the health care sector*, vol. 8, (Eds. Jos Dute, Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2004, p. 186-209.

MILDRED, Mark, “No fault compensation schemes”, in *Medicines, Medical Devices and the Law*, Greenwich Medical Media Ltd., London, 1999, p. 255-271.

NORUEGA. Legislação.

- *Patient Injury Compensation Act*, 2001.

NOVA ZELÂNDIA. Legislação.

- *Accident Compensation Act*, 1974.

- *Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act*, 1992.

- *Accident Insurance Act*, 1998.

- *Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act*, 2001.

PALEY-VINCENT, Catherine, *Responsabilité du médecin*, Masson, Paris, 2002.

PASSOS, José Joaquim Calmon de, “O risco na sociedade moderna e seus reflexos na teoria da responsabilidade civil e na natureza jurídica do contrato de seguro”, in *Responsabilidade civil*, (Coord. Adroaldo Leão e Rodolfo Pamplona



Filho), Forense, Rio de Janeiro, 2001, p. 133-140.

PENNEAU, Jean, “Presentation generale critique des dispositions relatives a la reparation des consequences des risques sanitaires”, *La loi du 4 mars 2002: continuité ou nouveauté en droit médical?*, (Obra coletiva. Coord. Georges Fauré), Ceprisca, Amiens, 2003, p. 19-35.

PENNEAU, Jean, *La responsabilité du médecin*, 3.^a ed., Dalloz, Paris, 2004.

PEREIRA, André Gonçalo Dias, *O consentimento informado na relação médico-paciente*, n.º 9, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, Coimbra, 2004.

PERETTI-WATEL, Patrick, *La société du risque*, La Découverte, Paris, 2001.

PINNA, Andrea, “La responsabilité médicale en France après la loi du 4 mars 2002”, in *Actas do Congresso Internacional de Responsabilidade Civil dos Médicos*, Centro de Direito Biomédico, no prelo.

PONCE, Pedro, “Erro médico: uma visão clínica”, in *Boletim da Ordem dos Advogados*, n.º 29, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Advogados, Lisboa, Nov./Dez., 2003, p. 61-63.

PONCHON, François, *La loi de 4 mars 2002: la mise en pratique*, Berger-Levrault, Paris, 2003.

PORTUGAL. Jurisprudência.

- Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), de 19/12/2001, Recurso de Revista, processo n.º 01A3964, Rel. FERNANDES MAGALHÃES.

PRATA, Ana, *Dicionário Jurídico*, 3.^a ed. (ver. e atual.), Almedina, Coimbra, 1995.

REYS, Lesseps Lourenço dos, “Responsabilidade civil dos médicos”, in *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, série III, vol. 5, n. 5, Set./Out (ano?), p. 305-312.

RODRIGUES, João Vaz, “Onde erra o médico”, in *Boletim da Ordem dos Advogados*, n.º 29, Centro Editor Livreiro da Ordem dos Advogados, Lisboa, Nov./Dez., 2003.

SANTANA, Bianca Ferreira / SOUZA, Camilo Matos Cavalcante de, *Seguro de responsabilidade civil da atividade médica*, Trabalho de pós-graduação em Direito da Medicina do Centro de Direito Biomédico, Coimbra, Set. 2004.

SANTOS, Gonçalo André Castilho dos, *Responsabilidade objectiva: novas tendências através da responsabilidade pelo risco*, Relatório de Mestrado da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2000.

SEGURA, Santiago Munguía, *Diccionario Etimológico de Medicina*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2004.

SILVA, Wilson Melo da, *Responsabilidade sem culpa e socialização do risco*, Editora Bernardo Álvares S.A., Belo Horizonte, 1962.

SKEGG, PDG, “Compensation in the New Zealand health care sector”, in *Tort and insurance law: no-fault compensation in the health care sector*, vol. 8, (Eds. Jos Dute, Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2004, p. 298-299.



STARCK, B., “Domaine et fondement de la responsabilité sans faute”, in *Revue Trimestrielle de Droit Civil*, Tomo 56, Sirey, Paris, 1958, p. 475-515.

SUÉCIA. Legislação.

- *Patient Injury Act*, 1994.

TUNC, André, “L’indemnisation des dommages corporels subis par accident: le rapport de la commission royale néo-zélandaise”, in *Revue Internationale de Droit Comparé*, Ano 20, n. 4, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, Out.-Dez.1968, p. 697-701.

TUNC, André, “Quatorze ans après: le système d’indemnisation néo-zélandais”, in *Revue Internationale de Droit Comparé*, Ano 41, n. 1, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, Jan.-Mar.1989, p. 139-144.

VARELA, João de Matos Antunes, *Das Obrigações em Geral*, vol. I, 10.^a ed, Almedina, Coimbra, 2003.

VINEY, Geneviève, *Le déclin de la responsabilité individuelle*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1965.

VINEY, Geneviève, “Pour une loi organisant l’indemnisation des victimes d’accidents médicaux”, in *Médecine et Droit*, n.º 24, Elsevier, Paris, Mai.-Jun. 1997, p. 1.

VINEY, Geneviève, “Rapport de synthèse”, in *L’indemnisation des accidents médicaux*, (Obra coletiva), Librairie Générale de Droit e Jurisprudence, Paris, 1997, p. 103-116.

WENDEL, L, “Compensation in the Swedish health care sector”, in *Tort and insurance law: no-fault compensation in the health care sector*, vol. 8, (Eds. Jos Dute, Michael Faure, Helmut Koziol), Springer, Wien – New York, 2004, p. 367-391.



