CZU: 347.5:614.253.83:616-082 **https://doi.org/10.59295/sum8(188)2025_06(I)**

REPARAREA PREJUDICIULUI MORAL ȘI BIOLOGIC ÎN CONTEXTUL MALPRAXISULUI MEDICAL: ASPECTE DE DREPT MATERIAL ȘI PROCEDURAL (PARTEA I)

Octavian CAZAC,
Universitatea de Stat din Moldova

Prezentul studiu se ocupă de regimul juridic al dreptului pacientului de a primi o despăgubire pentru prejudiciul nepatrimonial (moral sau biologic) cauzat printr-o greșeală medicală. Codul civil al Republicii Moldova a introdus o reglementare nouă a serviciilor de tratament la 1 martie 2019, inspirată din Proiectul Cadrului Comun de Referință al Uniunii Europene (DCFR). Aceasta privește raportul pacient-prestator ca un raport contract. Prin urmare, pretenția pacientului are natură contractuală. Totodată, Codul civil enunță, în această materie, concurența pretențiilor, astfel că pacientul poate întemeia aceeași pretenție pe regimul răspunderii delictuale. Jurisprudența națională pe cuantumul despăgubirilor pentru greșeală medicală încă nu este sistematizată, probabil, în primul rând, deoarece nu este bogată. Prin urmare, judecătorii naționali ar trebui să ia ca reper despăgubirile atribuite de instanțele judecătorești naționale în cauze nelegate de greșeală medicală.

Cuvinte-cheie: *greșeală medicală, malpraxis medical, prejudiciu nepatrimonial, concurența acțiunilor, neexecutarea obligațiilor, servicii de tratament, delicte, DCFR.*

COMPENSATION OF MORAL AND BIOLOGICAL LOSS IN THE CONTEXT OF MEDICAL MALPRACTICE: SUBSTANTIVE AND PROCEDURAL LAW ASPECTS (PART I)

This study deals with the legal regime of the patient's right to damages for non-pecuniary damage (moral or biological) caused by medical malpractice. The Civil Code of the Republic of Moldova introduced a new regulation of treatment services on 1 March 2019, inspired by the Draft Common Frame of Reference of the European Union (DCFR). It regards the patient-provider relationship as a contractual relationship. Therefore, the patient's claim for damages is contractual in nature. At the same time, the Civil Code allows, in this matter, for competing claims, so that the patient can base the same claim on the law of torts. The national case-law on the measure of damages for medical malpractice has not yet been systematized, most likely because it is not abundant. Therefore, local judges should take as a reference point the amount of damages awarded by the local courts in cases unrelated to medical malpractice.

Keywords: *medical malpractice, non-pecuniary damage, competing claims, non-performance of obligations, treatment services, torts, DCFR.*

Introducere

Pacientul nu este mulțumit de modul în care a fost tratat de instituția medicală (în continuare – prestatorul de tratament). Mai mult, această situație i-a cauzat suferințe psihice sau fizice; a ratat o șansă de a se vindeca sau chiar i-a fost lezat un organ. Acum el se întreabă dacă are dreptul la despăgubiri (bănești) pentru acest prejudiciu nepatrimonial. Și dacă are – în ce mărime?

Legea nu prevede că oricare pacient nemulțumit are, în mod necondiționat, dreptul la o despăgubire. Obligarea prestatorului de tratament să plătească despăgubiri pacientului ar fi injustă dacă prestatorul nu a făcut greșeli, a urmat standardele aplicabile (*artis lege*). Chiar și un tratament corect poate fi însoțit de suferințe și riscuri (motiv pentru care unii dintre noi se tem de vizitele la doctor) și se poate solda cu un eșec sau o înrăutățire a stării pacientului. Așa cum un avocat nu poate garanta câștigarea unui proces de judecată, un prestator de tratament nu poate garanta învingerea bolii. Regimul răspunderii prestatorului de tratament trebuie să fie echilibrat: să protejeze pacientul, dar să nu imobilizeze medicul. Imobilizarea medicului dăunează, în primul rând, pacientului. După cum s-a observat, „un medic cu frica de răspundere va aborda cele mai puțin riscante procedee, care adesea sunt și cele mai puțin utile. Se poate întâmpla, din dorința de a nu

fi ferm, să te transformi într-un „doctor cumsecade", care nu riscă, nu greșește, dar nici nu ajută. Obsesia răspunderii determină o inhibiție profesională, care duce la neacceptarea riscurilor utile bolnavului. Atare situații de abstenționism duc la eludarea cazurilor grele și la degradarea relației medic-pacient prin fuga de răspundere sau aruncarea răspunderii asupra unei echipe de specialiști" [1, p. 53].

Prin urmare, răspunsul la întrebarea pusă în discuție trebuie căutat în prevederile Codului civil al Republicii Moldova [2] (C. civ.) și în alte acte normative aplicabile, care reglementează dreptul la despăgubiri.

II. Temeiul pretenției de despăgubire

2.1. Problema prealabilă: temeiul pretenției pacientului

Pe plan juridic, stabilirea condițiilor care trebuie întrunite pentru ca un pacient să fie îndreptățit la repararea prejudiciului și, prin urmare, determinarea cuantumului despăgubirilor la care este îndreptățit și a persoanei responsabile să le plătească depinde de o întrebare centrală prealabilă – care este temeiul juridic al pretenției pacientului față de cel responsabil?

În sistemul Codului civil, candidaturi sunt două:

1) temeiul **contractual**: art. 935 și urm. – obligația debitorului (i.e. prestatorul de tratament) care nu și-a executat obligația rezultată din contract (neexecutarea obligației) de a plăti despăgubiri pentru a repara prejudiciul suferit în consecință de către creditor (i.e. pacientul). În acest studiu, vom evita să folosim noțiunea de „răspundere contractuală", care este învechită și nu corespunde filosofiei sistemului de remedii ale creditorului, instituit prin art. 902 și urm. din Codul civil;

2) temeiul **delictual**: art. 1998 și urm. – obligația persoanei responsabile conform legii de un fapt juridic ilicit (delict) de a plăti despăgubiri pentru a repara prejudiciul suferit în consecință de către victimă (răspunderea delictuală a persoanei responsabile).

Pe lângă dreptul comun cuprins în Codul civil, relația pacient-prestator de tratament este reglementată de legi speciale-cadru în materie:

a) Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 [3].

b) Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului [4];

c) Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiunii de medic [5].

Legea nr. 263/2005 nu instituie un temei distinct al pretenției pacientului cu un regim juridic special, derogatoriu de la dreptul comun. La art. 5 lit. q) ea se limitează să enunțe că pacientul are dreptul la „despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației". O normă generală care enunță acest drept se regăsește în art. 19 al Legii nr. 411/1995.

În plus, conform art. 11 alin. (1) lit. d) al Legii 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală [6], pacientul, ca persoană asigurată, are dreptul să intenteze acțiuni asiguratului, asiguratorului, prestatorului de servicii medicale și farmaceutice „inclusiv pentru a obține compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora".

Aici trebuie să facem precizarea că, în materia serviciilor de tratament, Codul civil nu este o „lege generală" față de aceste legi speciale. Nu trebuie comparată o lege cu alta, ci o normă juridică cu o altă normă juridică (indiferent dacă ele se cuprind în aceeași lege sau în două legi diferite), așa cum clar o stabilește art. 5 din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative [7]. În această privință art. 1400-1408 C. civ., care reglementează serviciile de tratament, se prezintă ca norme mai detaliate decât aceste legi speciale. Prin urmare, normele mai detaliate ale C. civ. sunt norme speciale, cu aplicabilitate prioritară (*specialia generalibus derogant*). Însă în materia regimului juridic al dreptului la despăgubire al pacientului pentru prejudiciul suportat în contextul serviciilor de tratament, Codul civil cuprinde reglementări comune, aplicabile tuturor obligațiilor civile (art. 935 și urm.) sau tuturor delictelor (art. 1998 și urm.). Legile speciale în materie, în fond, nu cuprind norme speciale privind regimul juridic al dreptului la despăgubire al pacientului. Prin urmare, nu se pune problema unui conflict dintre norme generale și norme speciale în această materie, iar Codul civil rămâne unicul efectiv aplicabil.

Răspunderea profesională: un regim de răspundere de tipul al treilea?

În sistemul de drept românesc, pretenția pacientului este supusă unui regim juridic special și doctrina susține că, pe lângă răspunderea contractuală și delictuală, există un regim de răspundere de tipul al

treilea – răspunderea profesională, cu varietatea sa – răspunderea profesională medicală [8, p.11; 9, p.600]. Nu putem recomanda instituirea unui al treilea regim de răspundere în legislația Republicii Moldova, întrucât sistemul bazat pe două temeiuri este suficient pentru a oferi satisfacție echitabilă victimelor și, din punct de vedere practic, având în vedere că Republica Moldova este un stat compact, cu puțină doctrină și jurisprudență, societatea ar avea de câștigat din consolidarea unui regim de drept comun de răspundere, decât de multiple regimuri speciale nedezvoltate și neînțelese. Orice efort viitor de a introduce un al treilea regim de răspundere trebuie precedat de o analiză serioasă de cost-beneficiu având în vedere condițiile specifice ale țării noastre. Sisteme de drept avansate, precum Germania, nu au avut nevoie de a introduce un al treilea regim de răspundere.

Importanța practică a temeiului pretenției

Alegere dintre cele două temeiuri ale pretenției nu este doar o discuție pentru a satisface claritatea teoretică. Pe practicianul dreptului îl interesează ce norme juridice aplică judecătorul pentru a determina dacă pacientul are dreptul la despăgubiri. Răspunsul clar la această întrebare ghidează pacientul când înaintează o pretenție extrajudiciară față de prestator, când prestatorul ia în calcul încheierea unei tranzacții (compromis cu plata unei anumite despăgubiri) cu pacientul sau când avocatul redactează cererea de chemare în judecată împotriva prestatorului de tratament.

Tabelul de mai jos arată că condițiile pretenției contractuale și delictuale din C. civ. sunt similare, dar nu identice.

Tabel 1. Condițiile pretenției contractuale și delictuale din C. civ.

condițiile pretenției contractuale (art. 935 și urm. C. civ.)	condițiile pretenției delictuale (art. 1998 și urm. C. civ.).
(1.1) să existe un raport obligațional [10, p.164] (1.2) neexecutarea obligației de către prestator (art. 901), ceea ce constituie greșeală medicală	(1) fapta ilicită (art. 1998), adică: (1.1) lezarea unui drept absolut al pacientului, la viață, la sănătate etc. (1.2) prin greșeală medicală (1.3) legătura cauzală dintre 1.1. și 1.2. (numită și legătură cauzală care întemeiază răspunderea) [11, § 630a, nr. 12]
(2) lipsa justificării prestatorului (art. 901 alin.(2) și art. 903)	(2) lipsa justificării prestatorului (lipsa vinovăției (e.g. lipsa vârstei pentru a avea capacitate delictuală), eveniment anormal (art. 2012) etc.)
(3) prejudiciul (art. 19) (sănătate vătămată)	(3) prejudiciul (art. 19) (sănătate vătămată)
(4) legătura cauzală dintre neexecutare și prejudiciu	(4) legătura cauzală dintre (1) fapta ilicită și (3) prejudiciu (art. 2022)

2.2. Scurte considerente privind temeiul delictual al pretenției

Condițiile pretenției delictuale au fost deja menționate în oglindă cu cele ale pretenției contractuale. În continuare ne vom opri la modul curios și creativ în care cele două răspunderi pot comunica între ele, și anume – cum neexecutarea unei obligații a prestatorului de servicii de tratament poate fi privită ca o faptă ilicită constitutivă de delict.

Neexecutarea obligației este o faptă ilicită în sens larg și, prin urmare, i s-ar putea aplica temeiul delictual de răspundere – art. 1998 C. civ. Poziția că neexecutarea obligației este, totodată, o faptă ilicită este ferm stabilită în doctrina românească [9, pp. 151-176; 12, p. 1608, nr. 2; 12, p. 1610, nr. 11]. Doctrina franceză de acum un secol vedea o comunicare între delict și neexecutarea obligației contractuale. Ambele presupun o **faptă ilicită**: în delict – este vorba de încălcarea unei norme legale de protecție a unui drept absolut sau unui interes legitim; în cazul neexecutării obligației contractuale – legea obligă orice debitor să execute obligația și îi recunoaște justificări limitate. Din altă perspectivă, ambele presupun **neexecutarea unei obligații**: în cazul contractului – este precondiția dreptului la despăgubire; în delict – făptuitorul încal-

că îndatorirea generală de a nu dăuna altuia, inclusiv de a se comporta cu prudență față de drepturile și interesele legitime ale altuia. „Delictul presupune întotdeauna atingerea dreptului altuia, ceea ce implică o obligație anterioară" [13, p. 538]. Aici trebuie totuși să notăm că, deși vorbim de sensul cel mai general al noțiunii „obligație", după cum și René Demogue o recunoaște, din punct de vedere al dreptului civil, există o distincție fină dintre obligație (care are ca obiect o prestație) și o îndatorire (obligație fără prestație), ultima fiind, de fapt, un standard de conduită (e.g. obligația de bună-credință; obligația de a evita abuzul de drept etc.).

În sistemul din Republica Moldova, având în vedere caracterul special al răspunderii contractuale, art. 1999 exclude neexecutarea obligațiilor contractuale din domeniul de aplicare a capitolului răspunderii delictuale (urmând principiul *non-cumul*). În alte cuvinte, art. 1999 refuză să privească neexecutarea obligației contractuale drept o faptă ilicită, declarând inaplicabile regulile capitolului răspunderii delictuale. Problemele contractuale trebuie rezolvate pe tărâm contractual. Această viziune este ferm stabilită în doctrina românească [14, p. 230; 12, p. 1613, nr. 30]. Cu toate acestea, în materia vătămării sănătății în context contractual, Codul civil nu mai este atât de categoric, deschizând calea concurenței acțiunilor: pacientul reclamant își poate întemeia acțiunea în repararea prejudiciului atât pe regimul contractual, cât și pe cel delictual, la alegerea sa. În mod practic, el le va indica pe ambele, ca temeiuri paralele sau alternative, dar va formula o singură pretenție de reparare a prejudiciului. Același prejudiciu nu poate fi reparat de două ori, din cauza interdicției dublei despăgubiri. Ea rezultă din principiul reparării integrale a prejudiciului, care dictează că despăgubirea trebuie să constituie 100% din prejudiciu, dar nu 200%.

Se pot aplica combinat, selectiv, regulile neexecutării obligațiilor și ale răspunderii delictuale? Nu, ele sunt gândite ca un sistem închis. Totuși, să nu uităm că, pentru a demonstra fapta ilicită și vinovăția ca element constitutiv al răspunderii delictuale, pacientul reclamant poate să facă trimitere la conținutul obligațiilor contractuale ale prestatorului pârât și la neexecutarea acestora, fiind larg acceptat că neexecutarea obligației este, totodată, un fapt juridic ilicit.

Este un contract care intervine în drepturile personale nepatrimoniale ale unei părți, pacientul. Acestea sunt drepturi cu caracter absolut, în sensul că toată lumea (medic sau nu) este ținută să le respecte, indiferent de existența unui contract. De aici vocația concurenței acțiunilor. Ne aflăm așadar la intersecția dintre două instituții care întemeiază pretenția de reparare a prejudiciului: neexecutarea obligației contractuale și răspunderea delictuală. „În acest context, între cele două forme ale răspunderii civile – contractuală și delictuală –, ca de altfel între toate formele răspunderii juridice în general nu există deosebiri de esență, elementele care le condiționează fiind aceleași: existența unei fapte ilicite, prin care se încalcă o anumită obligație, aducându-se prin aceasta o atingere unui drept subiectiv; săvârșirea cu vinovăție a acestei fapte, ca element subiectiv al răspunderii; existența unui prejudiciu; un raport de cauzalitate între fapta ilicită și prejudiciu; capacitatea juridică a celui chemat să răspundă" [15, p. 80, nr. 60].

În doctrina română s-a mai specificat că, în regimul delictual al răspunderii, condiția „faptei ilicite" cuprinde și componenta nerespectării „unei obligații profesionale, fie prin neîndeplinirea ei, fie prin neîndeplinirea ei în mod necorespunzător" [15, p. 81, nr. 61].

În dreptul german se subliniază că, în practică, diferitele temeiuri de răspundere au o importanță redusă, deoarece problemele centrale sunt rezolvate în mod similar. Executarea necorespunzătoare a contractului de tratament este, în același timp, calificată ca o leziune corporală relevantă din punct de vedere delictual. În timp ce standardul de diligență, cerințele de cauzalitate și compensarea prejudiciului, inclusiv despăgubirile pentru durere și suferință, sunt în mare parte identice, diferența principală se reduce ~~doar~~ la întrebarea răspunderii pentru comportamentul personalului auxiliar (*Hilfspersonen*) conform § 278 din Codul civil german (în continuare, „BGB") sau § 831 BGB, precum și la privilegierea medicilor funcționari publici prin așa-numitul privilegiu de trimitere (*Verweisungsprivileg*) (§ 839 BGB) [16, p. 101].

Sub imperiul vechiului Cod civil român, poziția unei părți a doctrinei românești era de a prefera pretențiile delictuale: „acțiunile fondate pe neexecutarea sau executarea necorespunzătoare a unui contract vor constitui excepția în contextul răspunderii medicale. Atunci când se pretinde că un pacient a fost prejudiciat ca rezultat al neglijenței doctorului, temeiul va fi, de cele mai multe ori, răspunderea sa delictuală. De altfel,

răspunderea civilă delictuală alcătuiește dreptul comun al răspunderii civile, pe câtă vreme răspunderea contractuală este o răspundere cu caracter special, derogator” [15, p. 80, nr. 60].

În dreptul german, guvernat de sistemul concurenței acțiunilor, încălcarea unei obligații contractuale deja este o faptă ilicită. Nu este necesar să se cerceteze dacă s-a încălcat o valoare care se bucură de protecție juridică în sensul normelor care instituie răspunderea delictuală [11, § 630a, nr. 17]. S-a observat că drepturile pacientului arată limitele obligației de competență și prudență ale prestatorului de tratament [11, § 630a, nr. 2]. Drepturile pacientului sunt declanșate de un contract, dar ele sunt de natură absolută și nepatrimonială. Ele sunt valorificate în context contractual, dar intră în conținutul dreptului personalității. Aceasta justifică aplicarea regimului răspunderii delictuale.

Comparând sistemele de drept analizate în acest studiu, concluzionăm că încălcarea dreptului la viață sau la sănătate (drepturi absolute) este privită diferit:

a) dreptul german și, printre altele, dreptul Republicii Moldova sunt guvernate de principiul concurenței pretențiilor contractuale și delictuale. Dreptul german este dominat de sistemul concurenței **tuturor** pretențiilor rezultate din contract și din delict. De altă parte, dreptul moldav pornește de la prioritatea pretențiilor contractuale, care exclude pretenția delictuală (art. 1999 alin. (1) C. civ.). Totuși, încălcarea dreptului la viață sau la sănătate deschide calea concurenței pretenției rezultate din contract și din delict (art. 2028 alin. (5) C. civ.). Din punct de vedere practic, victima decide ce fel de pretenție înaintează. Prin urmare, este o concurență **limitată** a pretențiilor.

b) dreptul francez și român, deși recunosc natura contractuală a raportului de servicii de tratament, sunt guvernate de sistemul priorității răspunderii delictuale din considerentul că în joc intră vătămarea sănătății sau a vieții.

2.3. Părțile implicate

Strâns legată de întrebarea temeiului acțiunii de despăgubire este cea a legitimării active („pe cine indic în calitate de reclamant?”) și al legitimării pasive („pe cine indic în calitate de pârât?”; „pe cine acționez în judecată?”).

2.3.1. Reclamantul

Reclamantul este **persoana îndreptățită la pretenție**, persoana care este pretins titular al dreptului subiectiv încălcat și care pretinde instanței să i se atribuie o despăgubire din contul pârâtului. În cazul temeiului contractual și al celui delictual, reclamant este pacientul. Totuși, în cazul regimului delictual, apare figura victimei indirecte – persoanele apropiate pacientului care a suferit vătămarea sănătății sau a decedat, căreia C. civ. îi acordă un drept la despăgubire propriu, de regulă pe motivul lezării dreptului la viață privată și de familie. Într-o speță decisă de Curtea Supremă de Justiție [17], reclamanții (părinți ai unui copil) au menținut că medicii RB și EB nu doar că au provocat suferințe fizice și psihice copilului prin stabilirea tratamentului incorect, dar au provocat un prejudiciul moral și părinților copilului. Din cauza suferințelor suportate de către copil și a stresului emoțional suferit, EL a fost internat în spital. Ca rezultat, fiica de 4 ani, aproximativ o lună a avut de suferit dureri insuportabile, având mâna ruptă, iar dânșii ca părinți au suferit un prejudiciu moral colosal. Părinții au cerut despăgubiri morale de 50.000 lei. CSJ le-a atribuit 45.000 lei, cu motivarea „Colegiul consideră că recurenților li s-au cauzat suferințe de ordin moral ca urmare a evenimentelor produse, și urmează a fi admise în cuantum de 45 000 de lei, sumă pe care Colegiul o consideră necesară, reală și proporțională suferințelor suportate, cât și reieșind din situația prelungită de incertitudine constatată în faza de recurs de circa 5 ani”.

Într-o altă speță, SC și VC au chemat în judecată Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1 (SCMC1), RO, EI, MZ, NK, solicitând încasarea în mod solidar de la SCMC1 și de la ceilalți pârâți a prejudiciului material de 1.652.738 lei și a prejudiciului moral de 2.000.000 lei pentru acordarea necalitativă a serviciilor medicale și a cheltuielilor de judecată. Cauza a fost deschisă după ce fiica lor, L., a suferit complicații medicale și a decedat. Curtea Supremă de Justiție [18] a menținut soluția de a admite parțial acțiunea, acordând reclamanților 65.000 lei prejudiciu moral și 16.527,38 lei pentru serviciile funerare.

2.3.2. Pârâtul

Pârâtul este persoana ținută de pretenție, i.e. răspunzătoare pentru prejudiciu și obligată să plătească despăgubiri persoanei îndreptățite. În cazul regimului contractual de răspundere, acesta este prestatorul de servicii, angajatorul, nu salariatul (medicul ca persoană fizică). În cazul regimului delictual, prestatorul răspunde pentru fapta salariatului conform art. 2005 alin. (1) C. civ. Efectul art. 2005 nu este doar de a adăuga la răspunderea făptuitorului (salariatul, alt prepus) și răspunderea angajatorului astfel încât victima să aibă în față doi debitori paraleli pentru același prejudiciu (fie că ar fi solidari, fie subsidiari). Din contra, alin.(1) are efectul de a disloca răspunderea delictuală a făptuitorului și a o plasa pe un terț responsabil, adică angajatorul în anumite condiții. În mod practic, acesta este un efect de exonerare al prepusului (salariatului). Cu titlu de excepție, aici se deschide calea unei acțiuni a pacientului direct față de medicul salariat, dacă demonstrează că acesta a acționat cu intenție (art. 2005 alin. (2) C. civ.).

2.3.3. CNAM – garant al calității serviciilor acoperite de AOAM

Compania Națională de Asigurări în Medicină („CNAM") îndeplinește, în temeiul Legii nr. 1585/1998, rolul de asigurător în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală („AOAM"). În cadrul regimului contractual al răspunderii, asigurătorul nu este parte la contractul de servicii de tratament și nu poartă obligațiile unui prestator de tratament. Deci, conform regulilor comune ale Codului civil, CNAM nu este debitor al obligației neexecutate care a cauzat prejudiciul nepatrimonial pacientului. CNAM este un terț față de contractul de servicii de tratament și, în virtutea principiului relativității efectelor contractelor, nu are nici drepturi și nici obligații în baza acestui contract (art. 1086 C. civ.).

Cu toate acestea, Legea 1585/1998 introduce un regim derogatoriu față de dreptul comun. Potrivit art. 14. alin. (2), „asigurătorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient". Aceasta este o normă excepțională, care nu se regăsește, de exemplu, în dreptul german, unde organizația de asigurări obligatorii (*Krankenkasse*) nu garantează prestarea conformă a serviciilor de tratament. Observăm că această normă nu instituie un regim distinct al dreptului la despăgubiri al pacientului. Pacientul trebuie, în continuare, să demonstreze întrunirea condițiilor apariției acestui drept pe temeiul neexecutării obligației de către prestatorul de servicii din sistemul AOAM. În termeni practici, pacientul va indica, în cererea sa de chemare în judecată, prestatorul și CNAM drept copârâți și va cere instanței repararea prejudiciului în mod solidar în măsura în care prejudiciul este cauzat de o greșeală medicală în prestarea unui serviciu acoperit de sistemul AOAM. În mod alternativ, pacientul poate alege să înainteze pretenția doar față de unul dintre ei. Dacă va fi obligată să plătească pacientului despăgubiri, CNAM va avea un drept de regres față de prestator conform art. 14 alin. (4) și art. 12 alin. (2) lit. c) din Legea 1585/1998. Potrivit acesteia, CNAM are dreptul „să înainteze acțiuni în justiție împotriva prestatorului de servicii medicale, lucrătorului medical sau prestatorului de servicii farmaceutice în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora".

În cadrul regimului delictual al răspunderii din C. civ., asigurătorul nu este făptuitor și nici nu este un comitent al făptuitorului în sensul art. 2005 C. civ.; CNAM nu dă indicații prestatorilor cum să presteze fiecare serviciu medical în parte. La fel, asigurătorul cu greu poate fi calificat drept participant la delict (ca instigator, autor sau complice) în sensul art. 2023 C. civ. Așadar, asigurătorul este un terț față de delictul săvârșit asupra pacientului. Totuși, reintră din nou în scenă art. 14. alin. (2) din Legea 1585/1998, care poate fi interpretat în sensul răspunderii CNAM dacă prestarea serviciului „necalitativ sau insuficient" constituie un delict. Considerentele procesuale de mai sus se vor aplica în același mod.

Suplimentar, dacă prestatorul deține o poliță de asigurare de răspundere civilă de la o societate de asigurări privată, atunci riscul asigurat este anume angajarea răspunderii sale față de un terț (pacientul). În acest caz, pacientul are o pretenție directă față de asigurător în virtutea excepției enunțate de art. 1880 alin. (2) lit. d) C. civ., și anume „dacă terțul păgubit a suferit o vătămare corporală sau a decedat". *Per a contrario*, dacă incidentul a rezultat doar într-un prejudiciu nepatrimonial pacientului (frustrări, suferințe etc.), fără a fi însoțit de o vătămare corporală (e.g. serviciul medical s-a oferit cu întârziere sau cu o proastă informare), pacientul nu are o pretenție directă față de asigurătorul de răspundere civilă a prestatorului. Deci, el își va

formula pretenția doar față de asigurat (prestator), care ulterior va avea un regres față de asigurătorul de răspundere civilă (așa cum ne reamintește art. 1880 alin. (1) C. civ.: „drepturile terțelor persoane păgubite se exercită împotriva celor răspunzători de repararea prejudiciului”). Alte cazuri, mai rare ca aplicabilitate, când pacientul are o pretenție directă față de asigurător, sunt enunțate la același articol.

III. ***Temeiul contractual al pretenției***

3.1. Natura juridică a relației dintre pacient și prestatorul de tratament

Relația dintre pacient și prestatorul de tratament este, ca regulă, una contractuală. În altă ordine de idei, în unele cazuri, când pacientul nu își manifestă consimțământul personal sau prin reprezentant legal, natura relației este guvernată de regulile gestiunii de afaceri fără mandat din C. civ. În alte cazuri, cum ar fi tratamentul militarilor, examinarea medicală în caz de epidemii, îngrijirea medicală instituțională a deținuților, tratamentul obligatoriu staționar pentru cei internați forțat, raportul juridic are natura unui raport de drept public, lipsind un contract de servicii de tratament [16, p. 49].

Cum se încheie, în practică, contractul de servicii de tratament? Pacientul contactează prestatorul de tratament (prin telefon, aplicație, în persoană etc.), cere o programare la un specialist anume (= se definește natura serviciului), el este informat despre prețul serviciului (= se definește prețul), se convine asupra datei și orei. Deși pacientului nu i-a trecut prin cap că, în așa fel, el a încheiat un contract de tratament, juristul va analiza că (1) există o manifestare de voință a ambelor părți contractante; (2) ea se face cu intenția de a produce efecte juridice (nașterea unui raport juridic de serviciu de tratament) și nu este o joacă sau doar o „discuție prealabilă”. Faptul că pacientul poate oricând apela și înceta (rezoluționa) contractul nu afectează calificarea faptelor drept „contract”, ci arată o uzanță că pacientul poate renunța la serviciu și că, deoarece nu a suportat un cost anume din cauza renunțării, prestatorul nu înaintează pretenții față de pacient. Prezentarea pacientului la programare cu un act de identitate și plata pentru serviciu sunt fapte care au loc la faza executării contractului, și nu a încheierii acestuia. Intenția de a produce efecte juridice se manifestă chiar la momentul programării, deoarece este clar că pacientul dorește o certitudine juridică a faptului că va primi serviciul: dacă pacientul se prezintă la programare, dar i se refuză prestarea serviciului – avem un caz de neexecutare a obligației contractuale deja asumate, nu un caz de refuz de a contracta cu pacientul.

Aceeași analiză prevalează în dreptul german [19, p. 78]. Prin faptul că s-a dus la cabinetul doctorului din cauza problemelor sale, pacientul și-a manifestat voința de a fi examinat și de a primi tratament de la doctor. Juridic vorbind, pacientul i-a făcut doctorului o ofertă pentru încheierea unui contract de tratament (§ 145 BGB). Această ofertă a fost acceptată de doctor prin examinarea și tratarea pacientului (§§ 147, 151 enunțul 1 BGB). Astfel, între cei doi a fost încheiat un contract de tratament medical pe baza unor manifestări de voință concordante (ofertă și acceptare), ambele sub forma comportamentului concludent [16, p. 42].

În unele cazuri pacientul nu este parte la contract, deoarece nu el îl încheie, ci un terț (părintele în interesul copilului, o rudă, un soț, un angajator în interesul salariatului etc.), în calitate de stipulant, indicându-se că un terț beneficiar al serviciilor de tratament este pacientul. Este o aplicație clasică a figurii juridice de contract în folosul unui terț (stipulației pentru altul) conform art. 1096 și urm. C. civ. Regula este reiterată de art. 1400 alin. (2): „În cazul în care nu este parte contractantă, pacientul este considerat terțul căruia contractul îi conferă drepturi corelative obligațiilor pe care prestatorul de servicii de tratament le poartă conform prezentei secțiuni”. Și aici există o relație contractuală pacient-prestator, chiar dacă nu pacientul este cel care a contractat serviciile. Cerința privind consimțământul informat (art. 1404-1407 C. civ.) se aplică și în acest caz. În cazul în care prestatorul este chemat să trateze o persoană aflată în stare de inconștiență sau este, în alt mod, în imposibilitate de a consimți la acest contract, relația juridică pacient-prestator nu mai are o natură contractuală, ci legală. În fond, prestatorul gestionează fără mandat afacerile pacientului [16, p.49; 19, p.95] conform art. 1966 alin. (1) C. civ., care, în special, obligă prestatorul să „dea dovadă de diligența unui bun proprietar și să acționeze în conformitate cu interesele geratului [pacientului], luând în considerare voința reală sau prezumtivă a acestuia”. Dacă însă pacientul este persoană asigurată în sistemul AOAM (situația analizată ~~mai~~ detaliat mai jos), el este terț beneficiar al serviciului și un raport obligațional contractual deja există, nefiind necesară aplicarea figurii juridice a gestiunii de afaceri fără mandat. Prin urmare, regimul gestiunii de afaceri fără mandat se aplică persoanelor care nu primesc tratamentul în teme-

iul AOAM (de exemplu, un cetățean străin nerezident este adus la serviciul de urgență medicală în stare de inconștiență).

Indiferent de situație, art. 1407 C. civ. include o serie de reguli speciale când pacientul nu poate să-și dea consimțământul: prestatorul trebuie să obțină consimțământul unei persoane împuternicite prin lege sau trebuie să fie autorizat de o lege specială să intervină fără consimțământ. Excepțional, art. 1407 alin. (3) lit. c) oferă un drept direct prestatorului să intervină când „tratamentul trebuie oferit într-o situație de urgență". În această situație, prestatorul nu începe tratamentul până nu ia în considerare, în măsura în care este posibil, opinia pacientului inapt să-și exprime consimțământul privind tratamentul, precum și orice posibilă opinie exprimată de pacient înainte ca acesta să devină inapt să-și exprime consimțământul, adusă la cunoștință prestatorului de servicii de tratament. De asemenea, prestatorul are dreptul să ofere doar tratamentul destinat să îmbunătățească starea de sănătate a pacientului.

Fiind o relație contractuală, obiectul său trebuie să nu contravină legii, ordinii publice și bunelor moravuri. Altfel, contractul va fi lovit de nulitate absolută (art. 315 alin. (2) și 334 C. civ.). Acest risc există în cazul serviciilor de tratament atipice: tratamentele cosmetice, sterilizarea, castrarea, schimbarea chirurgicală a sexului, avortul, fertilizarea in vitro, experimentele umane, prelevările de organe și implantările de organe artificiale [16, p. 47]. Trebuie consultate reglementările speciale, inclusiv de drept penal, aplicabile acestora. Aceste servicii atipice la fel cad sub incidența reglementării contractului de servicii de tratament în temeiul art. 1400 alin. (2), care vizează „oricare alt serviciu în scopul de a schimba starea fizică sau mintală a persoanei".

Din cauza naturii raportului de tratament (pacientul nu se tratează în cadrul activității sale de întreprinzător sau profesionale în sensul art. 3 C. civ., ci în scopuri personale), pacientul are, totodată, statut de consumator [20]. Acest statut îi acordă o protecție juridică sporită, în special, prin garantarea de drepturi minime și înlăturarea de la aplicare a clauzelor abuzive.

În marea majoritate a cazurilor se aplică condiția legală de formă scrisă a contractului de tratament, fie deoarece prestatorul este o persoană juridică, fie deoarece remunerația prestatorului depășește pragul legal de 1.000 lei (art. 321 alin. (1) C. civ.). Este important să fim atenți la sancțiunea specifică aplicată părților dacă nu au încheiat contractul în formă scrisă: contractul este valabil, însă existența sa nu poate fi demonstrată prin martori; condiția formei scrise este așadar, *ad probationem*, iar nu *ad validitatem*. Din perspectivă procesuală, proba cu martori este inadmisibilă (art. 122 din Codul de procedură civilă [21], în continuare „CPC") în privința faptului, alegat de reclamant, că între reclamant și pârât s-ar fi încheiat un contract de tratament. În practică, ceea ce pacientul reclamant alegă este că el a solicitat un tratament (care i-a fost refuzat în mod nejustificat) sau că a fost supus unui tratament greșit. Pârâtul prestator arareori neagă aceste fapte, deoarece există alte mijloace de probă care demonstrează că pacientul a fost supus unui tratament.

Prin urmare, deoarece există aceste alte mijloace de probă (acte de trimitere, de diagnostic, prescripții medicale etc.) întocmite de personalul prestatorului (inclusiv trimise prin e-mail pacientului de către prestator), faptul tratamentului este adeseori necontestat de prestator. Dezbaterea contradictorie se transferă în aria existenței unei greșeli medicale (a malpraxisului).

Proba cu martori rămâne admisibilă în privința internării, în privința tratamentului și a oricărui comportament al prestatorului și al prepușilor săi, deoarece aici proba cu martori nu mai vizează oferta și acceptarea între părți, ci executarea contractului.

În dreptul **francez**, figura juridică a contractului medical a fost stabilită prin hotărârea Curții de Casație franceze din 20 mai 1936 în cauza Dr Nicolas c/ Épx Mercier. În ea curtea a statuat: „între medic și clientul său se formează un veritabil contract care comportă, pentru practician, angajamentul, dacă nu, bineînțeles, de a vindeca bolnavul, […] cel puțin de a-i acorda îngrijiri, nu de orice fel […], dar conștiincioase, atente și, sub rezerva circumstanțelor excepționale, conforme cu datele obținute din știință" („*conformes aux données acquises de la science*"). Contractul medical este așadar analizat dreptul un contract civil special, varietate a prestărilor de servicii, consensual, *intuitu personae*, sinalagmatic [22, nr. 10]. Noțiunea de „date obținute din știință" este folosită de către Codul francez de deontologie a medicilor (Codul de sănătate publică, art. R. 4127-32), în timp ce legea franceză (Codul de sănătate publică, art. L. 1110-5) preferă formula apropiată „cunoștințe medicale dovedite" („*connaissances médicales avérées*") [22, nr. 35].

În dreptul **român**, într-o analiză efectuată sub imperiul noului Cod civil român, s-a reținut că „prestarea serviciului medical se face în baza consimțământului pacientului. Prin Legea nr. 95/2006, legiuitorul subliniază la art. 649-650 nevoia consimțământului ca premisă a prestării serviciului medical, dar adaugă prin art. 652-655 și necesitatea consimțământului medicului pentru prestarea serviciului medical. Acest consimțământ reprezintă exteriorizarea voinței de a încheia un act juridic; iar întâlnirea consimțământului, a acordului de voință al pacientului cu consimțământul, acordul de voință al medicului înseamnă încheierea contractului medical conform art. 1166 NCC” [23, p. 39; 9, p. 598].

În ce ne privește, trebuie să observăm că există o distincție subtilă între (1) consimțământul dat pentru a încheia contractul de tratament și (2) consimțământul informat al pacientului dat înainte de începerea tratamentului. De fapt, pacientul trebuie să consimtă de două ori: la o primă etapă, el consimte la încheierea contractului (consimțământul nr. 1), prestatorul îi oferă informațiile necesare pentru consimțământul informat; la a doua etapă, pacientul își dă consimțământul pentru tratament (consimțământul nr. 2) pe baza executării de către prestator a obligației de informare. Informarea pacientului nu este o „simplă discuție”, ci o veritabilă executare a obligației contractuale. Din punct de vedere practic, adeseori se acumulează probe scrise doar ale consimțământului informat al pacientului (consimțământul nr. 2), ceea ce permite formularea unei concluzii logice potrivit căreia, anterior, pacientul a consimțit și la contractul cu prestatorul de tratament (consimțământul nr. 1). O anumită parte a doctrinei române susține această analiză [8, pp. 26-27].

Prof. român Liviu Pop observă că „de cele mai multe ori, serviciile medicale sunt acordate pacienților în temeiul și în executarea unui contract medical”. Dar, deoarece susține teoria „regimului de răspundere de al treilea tip” în dreptul român, prof. Liviu Pop continuă prin a arăta că „totuși, în același timp și indiferent dacă există sau nu un raport contractual, drepturile pacienților și obligațiile personalului medical și ale furnizorilor de servicii medicale, în majoritatea lor, avem în vedere pe cele mai relevante, sunt prevăzute și se nasc direct din normele imperative ale legii, nefiind necesară stipularea lor expresă în cauzele vreunui contract”. Observația profesorului ar putea fi justificată de existența unei reglementări speciale în dreptul român, dar oricum nu este convingătoare, fiindcă un raport contractual poate da naștere unor obligații impuse de normele imperative ale legii, mecanism numit „integrarea legală imperativă a contractului”. Acest fapt este enunțat în art. 1082 alin. (1) lit. a) din C. civ., potrivit căruia „contractul produce nu doar drepturile, obligațiile și alte efecte juridice stipulate expres de părți, dar și efectele juridice care rezultă, în următoarea ordine, din ... dispozițiile legale imperative”. Această sursă a obligațiilor contractuale este bine cunoscută în doctrina moldavă [24, p. 272].

3.2. Particularitățile contractului de servicii de tratament în sistemul AOAM

Concluzia potrivit căreia între pacient și prestator există un raport obligațional de natură contractuală nu este afectată de faptul că pacientul beneficiază de serviciul de tratament în cadrul sistemului AOAM. Diferența constă în faptul că, în cazul serviciului de tratament prestat în sistemul AOAM, nu avem un contractul pacient-prestator, cu o obligație de plată asumată de asigurător (opțiunea 1), ci suntem în prezența unui contract de servicii de tratament CNAM-prestator, în care pacientul este un terț beneficiar al contractului, dar este parte la raportul contractual în această calitate de terț beneficiar (opțiunea 2). Am mai făcut această analiză cu ocazia examinării figurii juridice a contractului în favoarea unui terț, unde am arătat următoarele [24, p .285]: „Instituția contractului în favoarea unui terț permite să explice construcții juridice complexe, cuprinzând chiar multiple nivele de contracte în favoarea terțului. O bună exemplificare oferă sistemul de asigurare medicală obligatorie de stat. Pentru a explica de ce pacientul primește asistență de la o instituție medicală fără să îi plătească ei direct, este nevoie de un grup de trei contracte: 1) contractul de muncă dintre salariat (viitor pacient) și angajator, care declanșează obligația de a asigura sănătatea salariatului; 2) contractul de asigurare medicală obligatorie de stat dintre angajator și Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), conform căruia salariatul se numește terț beneficiar și se naște obligația de a plăti contribuția (atât din contul salariatului, cât și din cel al angajatorului); 3) contractul de acordare a asistenței medicale dintre CNAM și instituția medico-sanitară, ultima purtând obligația de a trata salariatul doar la prezentarea poliței de asigurare emise de CNAM și fără a percepe plăți de la salariat. Se observă că atât al doilea, cât și al treilea contract conține clauze în favoarea unui terț. În al doilea contract, terțul

este strict determinat, însă în al treilea este determinabil (oricine deține o poliță și cere asistență).” Această analiză este valabilă și astăzi.

În doctrina recentă moldavă, prof. Nicolae Sadovei pe bună dreptate a trasat distincția dintre „contractarea indirectă”, prin intermediul sistemului AOAM, și „contractarea directă”, prin intermediul încheierii unor acte juridice de natură convențională – a contractelor de prestare a serviciilor de sănătate [25, p. 300].

Cu titlu de drept comparat, menționăm că în dreptul german, relația pacient-prestator este întotdeauna analizată sub forma opțiunii 1 (contract direct pacient-prestator) [19, p. 80; 16, p. 51]. Prestatorul este membru al unei asociații a medicilor de asigurări obligatorii de sănătate (*Kassenärztlichen Vereinigung*); este un raport juridic de membru guvernat de dreptul public. Asociația, la rândul său, are încheiat un contract-cadru de drept public cu organizația de asigurări sociale (*Sozialversicherungsträger*). În temeiul acestui contract-cadru, asociația pune la dispoziție serviciile membrilor săi (ale prestatorilor). Pacientul asigurat este membru, involuntar, în baza legii, al unei case de asigurări de sănătate (*Krankenkasse*) organizată de dreptul public, această companie joacă rolul organizației de asigurări sociale. Între pacientul asigurat și prestatorul din acest sistem apare un contract de drept privat, contract de servicii de tratament, așa cum o enunță § 630a (1) BGB. Așadar, în dreptul german sistemul este unul cvadripartit: prestator-asociație-casă-pacient. Sistemul din Republica Moldova este tripartit: prestator-CNAM-pacient.

În concluzie, adresarea pacientului la un prestator din sistemul AOAM și folosirea serviciilor în cadrul acestui sistem nu ar trebui privite ca o ofertă de a contracta, aptă să conducă la încheierea unui nou contract de servicii de tratament. Acest comportament concludent al pacientului ar trebui conceput ca exercitarea drepturilor sale contractuale care rezultă din calitatea acestuia de terț beneficiar al contractului de servicii de tratament (purtând denumirea oficială specifică „contractul de acordare a asistenței medicale”) dintre CNAM și prestatorul din sistemul AOAM. Acest contract se prezintă ca un contract-cadru de servicii de tratament, deoarece nu vizează un serviciu anume pentru un pacient anume, ci are un cerc determinabil de beneficiari și un cerc determinabil de servicii. În acest context, adresându-se prestatorului, pacientul nu are intenția de a se obliga și de a intra într-un raport contractual nou, ci are doar de a-și exercita un drept contractual deja deținut, ca terț beneficiar față de contract.

O problemă de calificare o ridică situația când, deși se adresează prestatorului în temeiul drepturilor sale din sistemul AOAM, asigurarea pacientului nu acoperă întregul spectru de servicii de tratament de care are nevoie (adică peste volumul Programului unic al AOAM), în acest caz art. 11 alin. (2) lit. b) și b1) din Legea 1585/1998 dispune că pacientul este personal dator față de prestator să plătească costul serviciului. Prin urmare, aici renaște opțiunea 1, de contract pacient-prestator, iar adresarea la prestator trebuie recalificată ca o ofertă de a contracta.

3.3. Noua reglementare a contractului privind serviciile de tratament introdusă la 1 martie 2019

La 1 martie 2019 capitolul „Prestări servicii” din Codul civil a fost completat cu art. 1400-1410, care formează secțiunea a 6-a „Servicii de tratament”. Aceasta preia complet art. IV.C.–8:101 până la art. IV.C.–8:111 din Proiectul Cadrului Comun de Referință al Uniunii Europene (*Draft Common Frame of Reference* sau *DCFR*) [26]. Deși este un text academic, de *soft law*, DCFR a avut o influență decisivă asupra modernizării Codului civil din 2019, așa cum o enunță nota informativă la proiectul de lege aferent [Nota informativă la proiectul de Lege privind modernizarea Codului civil și modificarea unor acte normative. Disponibilă: la animus.md/adnotari/n_inf].

În scopurile prezentului studiu vom trata noțiunile „serviciu medical”, „asistență medicală” și „serviciu de sănătate” ca echivalente. Lipsa unui termen unitar în legislație este regretabil. Vom folosi noțiunea de „serviciu de tratament” după modelul C. civ. și DCFR. Aceasta este mai largă, deoarece include nu doar tratamentul medical (menționat la art. 1400 alin. (1)), ci și tratament atipic, adică o intervenție care nu este impusă din rațiuni medicale, menționat la art. 1400 alin. (2) C. civ., cum ar fi o intervenție estetică sau o sterilizare. Prof. Nicolae Sadovei a exprimat o preferință față de noțiunea „serviciu de sănătate” și a criticat noțiunea de „serviciu de tratament” din C. civ. [25, p. 330] Aici trebuie doar să reiterăm că reglementarea C. civ. are, în mod intenționat, un domeniu mai larg decât serviciile de sănătate. Astfel, serviciile de sănătate sunt doar o varietate, este drept, cea mai mare și mai importantă, a serviciilor de tratament.

Conceptual, după modelul DCFR, urmat apoi de codificarea în BGB conform Legii germane privind drepturile pacientului din 20 februarie 2013, în art. 1400-1410 C. civ. drepturile pacientului față de prestator sunt prezentate ca drepturi care trebuie respectate în cadrul unui raport contractual. Fiecare drept al pacientului este, totodată, o obligație contractuală a prestatorului. Și, în mod corelativ, fiecare obligație a prestatorului este, totodată, un drept al pacientului.

Alte legi, speciale, nu fac această atribuire a drepturilor pacientului la raportul contractual, ci doar enunță drepturi, indiferent de context. Privite în context contractual, ele sunt obligații contractuale implicite (prin integrare legală). Privite în context delictual, ele stabilesc conținutul unui drept absolut și, în așa fel, obligă pe oricine intervine în aceste drepturi cu scop de a trata, în speță – medicul. Din același motiv, ele obligă și pe persoana care nu este admisă în profesia de medic, dar, prin înșelătorie (pseudo-medic) sau din motive de urgență (student la medicină acordă primul ajutor), intervine asupra altuia. Între cele două regimuri (contractual și delictual) există așadar o comunicare bidirecțională.

Codificarea drepturilor pacientului în Republica Moldova la 1 martie 2019 (după modelul DCFR) a coincis cu abordarea din dreptul german în 2013. În dreptul german anterior reformei din 2013, regimul răspunderii medicului față de pacient era același, indiferent dacă era de natură contractuală sau delictuală. Jurisprudența germană a dezvoltat timp îndelungat regimul acestei răspunderi deducând drepturi, obligații și reguli speciale privind sarcina probațiunii, toate pe fundament delictual (§ 823 BGB) [11, § 630a, nr. 2]. Totuși, odată cu introducerea noilor reguli în BGB privind contractele de tratament (*Behandlungsvertrag*, § 630a-630h BGB) ca o varietate a contractului de prestări servicii, s-a apreciat că răspunderea pe temeiul neexecutării obligațiilor contractuale a preluat rolul de lider în materia răspunderii medicale [11, § 823, nr. 1071].

Pare o curiozitate că regulile dezvoltate jurisprudențial ca parte a răspunderii (predominant) delictuale au fost transpuse de legislativ ca reguli contractuale. Comentatorii arată că, în realitate, fondul soluțiilor nu se va schimba în practica instanțelor judecătorești. Dreptul delictual rămâne relevant pentru următoarele situații:

a) în cazul în care nu poate fi identificat un contract;

b) pentru a angaja nu doar răspunderea prestatorului, ci și a medicului sau altor prepuși, care nu răspund contractual (deoarece nu sunt parte la contractul privind serviciile de tratament), dar sunt responsabili delictual dacă au săvârșit greșeala din intenție (art. 2005 C. civ.). În majoritatea sistemelor de drept (Germania, România, Franța etc.), acești prepuși răspund și în caz de imprudență (culpă). Prin urmare, dreptul delictual moldovean este mai protectiv față de medic și alți salariați. Astfel, în afară de cazul când medicul sau alt prepus al prestatorului a acționat cu intenție, pacientul nu are un drept de despăgubire (o pretenție; un drept la acțiune în sens material) față de aceștia. Doar acționarea cu intenție ridică vălul de protecție. Din perspectivă tactică, din cauza regulilor de procedură civilă din Republica Moldova, îndreptarea acțiunii față de medic sau alt prepus înseamnă că el devine copârât și nu mai poate fi chemat ca martor în proces (sub pedeapsă de răspundere penală).

c) delictelor le sunt rezervate un rol dezvoltator pentru viitor – judecătorul german din nou va folosi normele generale ale delictelor pentru a enunța soluții noi [11, § 823, nr. 1084].

Referințe bibliografice:

1. TRIF, A.B., ASTĂRĂSTOAE, V. *Responsabilitatea juridică medicală în România*, Ed. Polirom, Iași, 2000.
2. Codul civil al Republicii Moldova, Legea nr. 1107 din 6 iunie 2002, cu modificările ulterioare, republicată în *Monitorul Oficial Republicii Moldova*, nr. 66-75 din 1 martie 2019.
3. Monitorul Oficial Republicii Moldova, nr. 34 din 22 iunie 1995, art. 373.
4. Monitorul Oficial Republicii Moldova, nr. 176-181 din 30 decembrie 2005, art. 867.
5. Monitorul Oficial Republicii Moldova, nr. 172–175 din 23 decembrie 2005, art. 839.
6. Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 38/39 din30-04-1998, art. 280.
7. Monitorul Oficial Republicii Mo*ldova*, nr. 7-17 din 12 ianuarie 2018, art. 34.
8. Luntraru, L. C. *Răspunderea civilă pentru malpraxisul profesional*, Ed. Universul Juridic, București, 2018.
9. POP, L. *Tratat de drept civil. Obligațiile. Vol. III. Raporturile obligaționale extracontractuale*, Ed. Universul Juridic, București, 2020.

10. Looschelders, D. *Schuldrecht Allgemeiner Teil,* 19. Auf., Franz Vahlen, München, 2021.
11. G. Wagner, în *Münchener Kommentar zum BGB*, Band 5, 9. Auf., C.H. Beck, München, 2023.
12. Codul civil: Comentariu pe articole. Fl.-A. Baias, E. Chelaru, R. Constantinovici, I. Macovei (coord.), ed. 3-a, Ed. C.H. Beck, București, 2021.
13. DEMOGUE, R. *Traité des obligations en général. Sources des obligations*. Tome V, Librairie Arthur Rousseau, 1925, Paris.
14. POP, L. *Tabloul general al răspunderii civile în textele noului Cod civil, în R.R.D.P.*, nr. 1/2010, p. 230.
15. ANGHEL-TUDOR, G. *Răspunderea juridică pentru culpa și eroarea medicală*, Ed. Hamangiu, București, 2010.
16. M. Weirich. *Arztrecht leicht gemacht*, 2. Auf., Ed. Ewald v. Kleist Verlag, Berlin, 2013.
17. Decizia Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 7 februarie 2018, dosar nr. 2ra-6/18.
18. Decizia Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 28 septembrie 2016, dosar nr. 2ds-64/16.
19. E. DEUTSCH, E., SPICKHOFF, A. *Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*, 7. Auf., Springer, Berlin, 2014.
20. CAZAC, O. *Adnotare la art. 3* [online]. Codul civil Adnotat [citat 19.10.2025]. Disponibil: animus.md/adnotari/3/
21. Codul de procedură civilă al Republicii Moldova, Legea nr. 225 din 30 mai 2003, Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 285-294 din 3 august 2018, art. 436
22. TERRIER, E. Médecine: réparation des conséquences des risques sanitaires, nr. 10. În: *Répertoire de droit civil*, Dalloz, octobre 2020.
23. VIDA-SIMITI, I. Răspunderea civilă a medicului, Ed. Hamangiu, București, 2013.
24. Drept civil. Teoria generală a obligațiilor: Manual (coord. Sergiu Baieș), Tipografia Centrală, Chișinău, 2015.
25. SADOVEI, N. *Drept medical*, Vol. I, Teoria generală a dreptului medical, CEP USM, Chișinău, 2020.
26. Von BAR, C., CLIVE, E. (ed.) *Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law Draft Common Frame of Reference* (DCFR), Full Edition, Vol. IV, Oxford University Press, Oxford, 2010.
27. Nota informativă la proiectul de Lege privind modernizarea Codului civil și modificarea unor acte normative. Disponibilă: la animus.md/adnotari/n_inf
28. HOHL, F. *Procédure civile*, vol. I, 2e éd., Ed. Stämpfli, Berna, 2016.
29. *Unidroit Principles of International Commercial Contracts 2016*, International Institute for the Unification of Private Law (UNIDROIT), Roma, 2016.
30. POP, L., POPA, I.-FL., VIDU, S.I. *Curs de drept civil: obligațiile*, Universul Juridic, București, 2015.
31. PICOD, Y. Obligation. În: *Répertoire de droit civil*, Dalloz, juin 2017.
32. ZAMȘA, C.E. *Drept civil. Teoria generală a obligațiilor*, Ed. Hamangiu, București, 2023.
33. Hotărârea Curții de Justiție a Uniunii Europene din 5 martie 2015, cauza C-503/13 și C-504/13, Boston Scientific Medizintechnik GmbH împotriva AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse (C-503/13), Betriebskrankenkasse RWE (C-504/13), ECLI:EU:C:2015:148.
34. FLOUR, J., AUBERT, J.-L., SAVAUX, E. *Droit civil. Les obligations, t. 3, Le rapport d'obligation*, 9e éd., Ed. Sirey, Paris, 2015.
35. MARKESINIS, B. S., UNBERATH, H. *The German Law of Torts. A Comparative Treatise*, 4th ed., Hart Publishing, Oxford, 2002.
36. KATZENMEIER, Ch. Arzthaftung, Ed. Mohr Siebeck, Tübingen, 2002.
37. DIACONIȚĂ, V., CEALERA, C., ȘTEFANOPOL, C., BODEA, M. Zgomot în materia răspunderii pentru malpraxis medical, pp. 41-77. În: V. Diaconiță V. (coord.) *Răspunderea în cazurile de malpraxis medical. Aspecte de drept substanțial și procedural*, Ed. Solomon, București, 2022.
38. MANGU, Fl. I. *Malpraxisul medical. Răspunderea civilă medicală*, Ed. Wolters Kluwer, București, 2010.
39. Hotărârea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 29 ianuarie 2015, dosar nr. 2ra-79/14.
40. Hotărârea Judecătoriei Centru (Chișinău) din 6 noiembrie 2015, dosar nr. 3-1313/15.
41. Încheierea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 28 septembrie 2016, dosar nr. 2ra-1982/16.
42. Încheierea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 19 august 2020, dosar nr. 2ra-643/20.
43. Încheierea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 12 aprilie 2017, dosar nr. 2ra-860/17.

44. Încheierea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 6 martie 2019, dosar nr. 2ra-333/19.
45. Încheierea Curții Supreme de Justiție a Republicii Moldova din 11 mai 2022, dosar nr. 2ra-297/22.
46. *Studiu al jurisprudenței: pretium doloris – cu titlu de prejudiciu moral* (coord. O. Cazac), 2021, Chișinău. [citat 19.10.2025]. Disponibil: animus.md.

Date despre autor:
Octavian CAZAC, doctor în drept, conferențiar universitar, Universitatea de Stat din Moldova.
ORCID: 0000-0001-9106-9852
E-mail: octavian.cazac@usm.md

Prezentat: 10.09.2025