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

# REPARAREA PREJUDICIULUI MORAL ȘI BIOLOGIC ÎN CONTEXTUL MALPRAXISULUI MEDICAL: ASPECTE DE DREPT MATERIAL ȘI PROCEDURAL (PARTEA A II-A)

***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 II)

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.*

### 3.4. Complexul de fapte care trebuie stabilit de către judecător și aspectele procesuale

Pentru a-și întemeia pretenția față de prestator, pacientul își pune întrebarea: ce fapte trebuie să le aleghez și, apoi, să le demonstrez?

**Sarcina alegației**

Pacientul reclamant are sarcina de a introduce în proces, adică să alegheze în cererea de chemare în judecată, **faptele pertinente**. Acestea sunt elementele care corespund faptelor constitutive ale stării de fapt a normei juridice materiale aplicabile în cazul particular [28, p.203, nr.1230]. Pentru pretenția de plată a despăgubirilor pe temeiul contractual, pacientul reclamant trebuie să demonstreze întrunirea celor patru condiții incluse în tabelul de mai sus, pe care le repetăm: (1) (1.1) existența unui raport obligațional (rezultat din contract, gestiunea de afaceri fără mandat etc.) și (1.2) neexecutarea obligației de către prestator; (2) lipsa justificării prestatorului; (3) prejudiciul pacientului; (4) legătura cauzală dintre neexecutare și prejudiciu. În plus, deoarece reclamantul cere despăgubiri pentru un prejudiciu nepatrimonial, el are sarcina alegării că despăgubirile cerute prin pretenție oferă o compensație echitabilă (satisfacție echitabilă) a prejudiciului suportat.

**Sarcina probei**

Conform adagiului clasic *actori incumbit probatio* (art. 118 CPC), cel ce alegă (pacientul reclamant) trebuie să probeze faptele alegate. Există excepții legale, printre care: a) prestatorul pârât nu contestă faptul alegat de pacientul reclamant (art. 123 alin. (6) CPC) sau, *a fortiori*, prestatorul recunoaște faptul alegat; b) legea inversează sarcina probei și o pune asupra pârâtului (art. 118 alin. (1) CPC), inclusiv pe calea instituirii prezumțiilor legale (art. 123 alin. (4) CPC). În privința condiției (2), lipsa justificării prestatorului, art. 903 C. civ. operează cu o inversare a sarcinii probațiunii („...în măsura în care debitorul demonstrează una din următoarele circumstanțe”).

**Dreptul legal al pacientului la informare: mijloc de acumulare a probelor**

Pacientul este parte vulnerabilă a raportului juridic de tratament, fiind expus unei asimetrii informaționale și unei asimetrii de competențe profesionale. Este, așadar, de așteptat ca pacientul să nu își poată preconstitui cu ușurință probele în cursul tratamentului, astfel încât să fie gata să introducă probele în proces la etapa examinării judiciare a pretenției sale de despăgubire.

Potrivit art. 5 din Legea 263/2005, cu titlu de drepturi legale generale, pacientului are dreptul la:

1) informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective (lit. g));

2) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și cu privire la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora (lit. i)).

Mai concret și relevant este dreptul special de informare introdus de art. 11 alin. (4) enunțul întâi din Legea 263/2005. Prestatorul de tratament este obligat să asigure „accesul nelimitat al pacientului, al reprezentatului său legal sau al rudei apropiate la informația privind propriile date medicale, la rezultatele și la dosarele cu investigații, la tratamentele și îngrijirile primite, cu eliberarea unui rezumat în scris la externare”. Pacientul de asemenea poate obține copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale în modul stabilit de Ministerul Sănătății.

Evident, reclamantul se bucură și de unele mijloace specifice procedurii civile de acumulare a probelor, cum este asistența instanței de judecată (art. 119 CPC) și concluzia negativă pe care instanța o poate trage în defavoarea părții care a refuzat să ofere proba solicitată (art. 118 alin. (4) CPC).

3.4. Obligațiile de mijloace și de rezultat ale prestatorului: datorează activitatea sau rezultatul? [13, p.538, nr.1237]

**Precizări prealabile**

Prestatorului îi revin, în esență, două tipuri de obligații: de informare și de tratament. Aceste două tipuri de obligații se deosebesc după intensitatea lor, ceea ce are un impact semnificativ asupra aspectelor procesuale. Evident, vorbim aici despre clasificarea clasică a obligațiilor în obligații de mijloace și obligații de rezultat.

Această clasificare a fost formulată de autorul francez René Demogue – *obligations de résultat et obligations de moyens*. Autorul face analogie cu dreptul penal, care clasifică infracțiunile în formale (în care rezultatul nu este necesar) și materiale (care necesită un rezultat). El argumentează că, în dreptul francez al acelei epoci, între răspunderea contractuală și cea delictuală nu există diferențe substanțiale în privința sarcinii probațiunii: delictul înseamnă, de regulă, încălcarea unei îndatoriri (obligații) de mijloace (îndatorirea preexistentă de a depune prudență pentru a nu dăuna altuia), obligație care se regăsește și în contracte. Deci, în ambele cazuri reclamantul are sarcina de a demonstra încălcarea acestei obligații (îndatoriri). Sarcina se inversează în cazul obligațiilor (îndatoririlor) de rezultat, care, predominant, sunt contractuale. Susținem analiza dată și punctăm aici că îndatoririle de rezultat pot fi și delictuale, de exemplu, obligația șoferului de a se opri la culoarea roșie a semaforului sau de a purta centură de siguranță. René Demogue concluzionează că sarcina probațiunii depinde de întinderea obligației încălcate concrete, dar nu de natura ei contractuală sau delictuală [13, pp. 543-544].

Deși clasificarea a fost recunoscută anterior de doctrina autohtonă [24, p. 33], la 1 martie 2019, ea a fost codificată în art. 780 C. civ. („Obligația de rezultat și obligația de mijloace”), urmând modelul de reglementare al art. 5.1.4 din Principiile UNIDROIT ale Contractelor Comerciale Internaționale [29, p.155]. Potrivit acestei reglementări, debitorul unei obligații de rezultat este ținut să atingă rezultatul promis (alin. (1)). Debitorul

unei obligații de mijloace este ținut să manifeste, la executarea prestației sale, prudența și diligență unei persoane rezonabile de aceeași calitate, pusă în aceleași circumstanțe (alin. (2)).

În primul caz, debitorul garantează rezultatul executării, nu neapărat și activitatea de executare care conduce la rezultat [29, p. 156]. În al doilea caz, el nu garantează rezultatul executării, ci doar activitatea de executare. Aceasta are implicații asupra distribuirii sarcinii probațiunii în cazul litigiilor. În mod identic, în dreptul german se trasează distincția dintre activitatea de executare (*Leistungshandlung*) și rezultatul executării (*Leistungserfolg*) [10, p. 6, nr. 16].

S-a apreciat [30, p. 19; 31, nr. 87] că obligațiile de a da (e.g. de a transmite sau constitui un drept real; de a plăti un preț) și de a nu face (e.g. nedivulgarea unei informații) sunt prin esență obligații de rezultat, pe când obligațiile de a face pot fi, în funcție de obiectul lor, de rezultat (e.g. obligația locatarului de a asigura folosința pașnică; obligația antreprenorului de a finaliza lucrarea, vezi textul direct al art. 1339 C. civ., întitulat „obligația de a atinge rezultatul") sau de mijloace (e.g. obligația anumitor prestatori de servicii profesionale, cum ar fi un avocat, medic, consultant fiscal, traducător etc.). Un contract poate genera în sarcina unei părți contractante obligații de diferit tip: unele obligații – de rezultat (e.g. obligația prestatorului de a informa [9, p. 611]) și altele – de mijloace (e.g. obligația prestatorului de a trata). Aceasta nu înseamnă, în mod neapărat, că există o singură obligație de natură mixtă, după cum apreciază unii doctrinari români [30, p. 19], ci o serie de obligații în raportul aceluiași raport contractual.

În privința obligației medicului de a trata, s-a analizat că „obligația medicului de a efectua o operație chirurgicală este considerată de mijloace, însă presupune respectarea unui protocol medical cu proceduri stricte, reprezentând o sumă de obligații de rezultat" [32, p. 23]. Aici trebuie să ne concentrăm pe scopul obligației de a trata pacientul – vindecarea. Prin urmare, chiar dacă, în exemplul menționat, medicul ar respecta protocolul aplicabil, el oricum nu garantează vindecarea. Este adevărat că obligația de informare a medicului la fel nu garantează vindecarea, aceasta însă este o obligație distinctă de obligația de a trata.

Într-o analiză similară, s-a opinat că „în sarcina profesionistului sunt reglementate și unele obligații de rezultat care impun diligența maximă pentru îndeplinirea acestora, cum ar fi obligația avocatului de a se prezenta la audierea clientului său, de a redacta un act, de a promova o cale de atac în termenul legal etc. sau obligația arhitectului de a preda proiectul la termenul stabilit de creditare" [8, p. 30]. Din perspectiva noastră, ne aflăm în prezența unor obligații de mijloace, deoarece profesionistul în continuare nu garantează succesul acestor activități. Analiza corectă este că, deși aceste obligații sunt de mijloace, ele în general nu au fost executate (a lipsit activitatea de executare), prin urmare nu mai este necesar de a trece la al doilea nivel de analiză (dacă executarea, deși s-a oferit, nu a îndeplinit nivelul de competență și prudență impus profesionistului).

**Privire detaliată la contractul de servicii de tratament**

Revenind la contractul de servicii de tratament, desigur, succesul vindecării este scopul eforturilor medicale ale prestatorului. Totuși, niciunul dintre articolele care reglementează acest contract în C. civ. nu menționează „vindecarea". Contractul nu se numește „de servicii de vindecare", ci „servicii de tratament". Această politică legislativă are o explicație: prestatorul nu îi datorează pacientului succesul tratamentului, el nu garantează rezultatul urmărit – însănătoșirea. Prestatorul nici nu ar putea să facă aceasta, deoarece fiecare persoană este diferită, iar medicul nu poate garanta succesul activității sale din cauza multor procese biologice variate și incontrolabile în corpul uman. Contractul de tratament este un contract de servicii. Așadar, prestatorul nu îi datorează pacientului succesul, vindecarea, ci doar efortul profesional pentru vindecare; adică o prestație de tratament (*die Behandlungsleistung*) [19, p.100; 16, p.42.]. Faptul că obligația de a trata este una de mijloace este susținut constant în doctrina română [15, p. 52, nr. 43; 8, pp. 26-27; 9, p. 601]. În dreptul francez, Curtea de Casație franceză a reținut, în același sens, că „repararea consecinței hazardului terapeutic (*l'aléa thérapeutique*) nu intră în câmpul obligațiilor de care medicul este ținut contractual față de pacientul său" [22, nr. 36].

O problemă specială este folosirea de materiale necorespunzătoare. De exemplu, pacientul solicită dentistului să îi monteze o proteză dentară produsă de dentist sau contractată din altă parte de către dentist (dar nu de către pacient). În rezultat, pacientul nu poate mesteca cu aceasta. Deși dentistul l-a tratat profesional,

problema este că proteza este defectuoasă. S-ar părea că dentistul nu răspunde, deoarece el nu garanta succesul. Totuși, clasificarea contractului de tratament ca un contract de servicii nu exclude faptul că acest contract, ca orice contract de servicii, poate conține de asemenea elemente de contract de antrepriză (executare de lucrări). În exemplul discutat, fabricarea (anume confecționarea tehnică a) protezei intră sub incidența reglementărilor privind contractul de antrepriză, în timp ce toate serviciile orientate către îngrijirea protetică, de exemplu integrarea protezei, rămân servicii de nivel superior și, astfel, sunt supuse regimului contractului de servicii [16, p.43]. Aceeași abordare se aplică și în cazul fabricării și livrării de proteze, corsete sau talonete de către ortoped. Prin urmare, pacientul are dreptul să ceară remedierea viciului (remedierea sau înlocuirea protezei sale) (art. 1366 C. civ.) sau pacientul poate remedia viciul la alt dentist, cu rambursarea costului de la dentistul defectuos (art. 1368 C. civ.). Art. 1369 și 1370 reglementează remediul juridic al rezoluțiunii contractului (implicând restituirea prețului de către dentist) sau poate cere reducerea prețului (implicând restituirea diferenței de preț, dacă s-a făcut o supraplată).

Dreptul francez ajunge la o soluție similară, enunțând că chirurgul-dentist sau stomatologul este ținut la o obligație de mijloace în privința alegerii tratamentului, inclusiv concepția și alegerea eventualului aparat, precum și instalarea lui, dar este ținut de o obligație de rezultat în privința calității protezei [22, nr.nr. 44, 74].

La fel, în cazul vătămării cauzate de un medicament defectuos obligația este una de rezultat, deoarece medicamentul este un produs, iar răspunderea pentru produse defectuoasă este, în toate sistemele de drept studiate aici, una obiectivă (fără vinovăție), prin efectul transpunerii Directivei nr. 85/374/CEE din 25 iulie 1985 (vezi art. 2040 alin. (1) C. civ.). Sigur, prestatorul de servicii de tratament ar putea să se exonereze de răspundere conform art. 2041 alin. (4) dacă informează pacientul despre identitatea producătorului, importatorului sau distribuitorului. În acest context, Curtea de Justiție a Uniunii Europene a statuat în hotărârea pe cauza C-503/13 și C-504/13 [33], că art. 6 alin. (1) din Directiva 85/374/CEE (transpus în art. 2042 alin. (1) C. civ.) trebuie interpretat în sensul că constatarea unui potențial defect la produse care aparțin aceluiași grup sau aceleiași serii de producție, cum sunt stimulatoarele cardiace și defibrilatoarele automate implantabile, permite calificarea unui asemenea produs drept produs cu defecte fără a fi necesară constatarea defectului la produsul respectiv.

Chiar și aici, prestatorul păstrează obligația sa relativă la calitatea instrumentelor, a medicamentelor, a materialelor etc., conform art. 1402. Comentariul la art. IV.C.–8:103 DCFR [26, p. 1954] (sursa de inspirație pentru art. 1402 C. civ.) precizează că răspunderea prestatorului pentru instrumente, medicamente, materiale etc. necorespunzătoare este o răspundere obiectivă (fără vinovăție). Prestatorul va trebui să demonstreze că s-a asigurat că instrumentele, medicamentele, materialele, instalațiile și încăperile folosite au avut „cel puțin calitatea cerută în cadrul unei practici profesionale acceptate și prudente, care corespunde dispozițiilor legale în vigoare, și care sunt adecvate pentru atingerea scopului concret pentru care vor fi utilizate”. Este deci o obligație de rezultat prin excelență și reprezintă o politică legislativă de a agrava răspunderea instituțiilor medicale pentru incidente cum sunt infecțiile nosocomiale sau infectarea cu o boală prin transfuzia de sânge. Explicația politicii rezidă și în faptul că greșeala medicală nu este neapărat una individuală (a unui lucrător medical anume), ci reprezintă o greșeală în organizare, de sistem, iar răspunderea obiectivă ar trebui să impună presiune la nivel instituțional pentru a lua măsuri preventive mai energice. Soluția corespunde cu cea din dreptul francez [22, nr. 54] și român [9, p. 611]. În cazuri excepționale, un contract medical poate fi supus exclusiv regulilor antreprizei. De exemplu, prestațiile de tehnică medicală sau de laborator sunt supuse, de regulă, regimului contractelor de antrepriză atunci când prestatorul are exclusiv sarcina de a face o investigație (tehnică sau de laborator), fără a avea sarcina de a interpreta investigația, care, de regulă, se va face de către un alt prestator, cel care a făcut trimiterea. Analiza dată se aplică atunci când avem doi prestatori diferiți. În schimb, dacă un singur prestator asigura atât investigația, cât și tratamentul, vom vorbi în continuare de un contract de servicii de tratament cu elemente de antrepriză (după modelul dentistului, de mai sus) [16, p. 44]. Prin urmare, laboratorul are o obligație de rezultat (de a oferi pacientului informații exacte), și nu doar de mijloace [22, nr. 72].

În cazul tratamentului în regim de spitalizare, pe lângă serviciul de tratament apar elemente ale altor tipuri de contracte: închiriere (în ceea ce privește camera), servicii auxiliare de spitalizare (alimentație,

curățenie, igienă). Faptul că spitalul este o instituție publică nu afectează natura de drept privat a contractului. În plus, în privința instalării unui dispozitiv (e.g., a unui stimulator cardiac) – avem elementele unui contract de vânzare-cumpărare. Cu toate aceste diverse tipuri de servicii, tratamentul medical rămâne punctul central juridic și economic, astfel încât, chiar și în cazul spitalizării, în ceea ce privește tratamentul se aplică regimul juridic al contractelor de servicii [16, p.45]. Acesta este sensul regulii de calificare unitară [24, p. 258] a contractului enunțat în art. 995 alin. (3) și (4) C. civ.

**Aspecte de probațiune**

**Cazul obligației de rezultat**: creditorul trebuie să demonstreze existența obligației și să alegheze că rezultatul promis nu fost atins. La rândul său, debitorului îi va reveni sarcina de a proba că, de fapt, rezultatul a fost atins (de exemplu, să arate dovada efectuării unei plăți sau predării unui bun). Aici executarea corespunzătoare coincide cu rezultatul (succesul) [29, p. 156; 12, p. 1795, nr. 1]. Această logică însă nu se aplică obligațiilor negative (e.g. obligației de confidențialitate) – creditorul reclamant trebuie să demonstreze faptul pozitiv al neexecutării (e.g. că debitorul a divulgat informații interzise cuiva).

**Cazul obligației de mijloace**: Pe lângă faptul că are sarcina să demonstreze existența obligației, creditorul are și sarcina fie: a) să alegheze că prestația nu a fost executată în general, a lipsit activitatea de executare (de exemplu, avocatul nu a depus cererea de chemare în judecată sau nu a participat la o ședință de judecată; medicul nu s-a prezentat la intervenția planificată). Similar obligației de rezultat, debitorului îi va reveni sarcina de a proba că, de fapt, el a executat, neatingerea rezultatului fiind considerată un risc normal. Aici executarea nu coincide cu rezultatul (succesul); fie

b) să demonstreze că, deși debitorul a executat obligația (a desfășurat activitatea de executare), executarea a fost necorespunzătoare. Caracterul necorespunzător îl va demonstra comparând (i) nivelul de efort **utilizat** de către debitor în cadrul activității de executare cu (ii) nivelul de efort **etalon** la care debitorul era ținut în cadrul activității de executare. Astfel, creditorul nu va acuza lipsa rezultatului (succesului), ci va demonstra lipsa efortului de nivelul la care debitorul era ținut. Poziția este aceeași în dreptul german [11, § 630a, nr. 21], francez [22, nr. 71; 34, nr. 210] și român [15, p. 53, nr. 43; 37, p. 44].

Sub influența terminologiei engleze, acest etalon, acest nivel de referință este numit tradițional „standard", iar în materia discutată se vorbește despre „standard de prudență" (*standard of care*) sau „nivel de prudență". În principiu, tratăm noțiunile de „diligență" și „prudență" ca sinonime.

**Etalonul general** este cel al persoanei rezonabile în același rol contractual. Potrivit art. 780 alin. (2), debitorul „este ținut să manifeste, la executarea prestației sale, prudența și diligența unei persoane rezonabile de aceeași calitate, pusă în aceleași circumstanțe".

În materia obligației prestatorului de tratament, standardul este reluat cu fidelitate, raportat la calitatea specială a prestatorului: acesta trebuie să ofere pacientului „nivelul de competență și prudență pe care un prestator rezonabil de servicii de tratament l-ar oferi în circumstanțe asemănătoare" (art. 1403 alin. (1)). Cerința de „competență" se referă la cunoștințele prestatorului, iar cea de „prudență" la grija sa. Similar, în doctrina română s-a opinat că etalonul nu este atins când conduita medicului „este necorespunzătoare, inadecvată situației, cauzând un prejudiciu, care ar fi putut fi evitat de un alt medic (numit medic standard sau medic etalon, fără ca acesta să fie o somitate, un vârf profesional în domeniul medical), cu o conduită rezonabilă" [15, p. 117, nr. 83]. Etalonul este atins „dacă a acționat în concordanță cu o practică acceptată de un corp medical responsabil, specializat în această direcție. Mai mult, s-a statuat că un doctor nu este neglijent dacă acționează în concordanță cu o practică acceptată în momentul acela de o parte a corpului medical, deși ceilalți doctori au adoptat o practică diferită" [15, p. 117, nr. 83]. Curtea Federală de Justiție a Germaniei a statuat că medicul nu poate fi exonerat de răspundere din motiv că el nu a putut să respecte standardul obiectiv de competență și prudență, ținând cont de circumstanțele personale. Medicul trebuie „în principiu să răspundă în temeiul legii pentru acțiunile care contravin standardului medical, chiar dacă acestea pot părea în mod subiectiv a fi scuzabile, având în vedere situația sa personală" [11, § 630a, nr. 22]. Potrivit jurisprudenței germane, nerespectarea unei proceduri recomandate din punct de vedere medical constituie greșeală în tratament, indiferent de abilitățile subiective ale medicului curant. Prin urmare, în regimul contractual, medicul nu are o „justificare" în sensul art. 903 C. civ., iar în regimul delictual el nu poate invoca lipsa vinovăției în sensul art. 1998 C. civ.

**3.6. Consimțământul informat al pacientului – cauză de a înlătura caracterul ilicit al tratamentului corect**

După opinia tradițională în dreptul german, intervenția medicală în scop de tratament reprezintă o lezare a integrității corporale și a sănătății în sensul § 823 (1) BGB, indiferent dacă tratamentul este efectuat corect (*lege artis*) sau greșit [11, § 823, nr. 1073]. Așadar, linia de gândire în dreptul german, menținută de instanțele judecătorești germane, este că există o ilegalitate de îndată ce un drept sau interes menționat în § 823 BGB a fost încălcat [35, p .79]. Într-o opinie doctrinară minoritară, un tratament medical efectuat corect este o faptă în interesul pacientului și deci nu poate fi ilegală. Opinia dominantă, confirmată de jurisprudență, este că oricare intervenție în scop de tratament medical constituie o ingerință în integritatea corporală a persoanei. Potrivit jurisprudenței constante, consimțământul pacientului înlătură caracterul ilicit al ingerinței (este o justificare a debitorului), însă numai dacă consimțământul este „informat”, adică acordat după ce prestatorul i-a furnizat pacientului toată informația necesară pentru luarea deciziei asupra tratamentului. Astfel, consimțământul informat nu este o simplă formalitate în dreptul german, ci este privit foarte serios [35, p. 80].

În plus, consimțământul se consideră că nu aprobă un tratament greșit [11, § 630d, nr. 17], ceea ce duce la concluzia că un tratament greșit este o faptă ilicită, chiar dacă pacientul și-a dat consimțământul informat. Consimțământul informat nu este un act juridic de dispoziție, ci o manifestare de voință, o dispoziție privată autonomă asupra protecției valorilor juridice care se bucură de ocrotire delictuală. În cazuri de urgență, pot fi justificate și măsurile de tratament la care pacientul nu a consimțit efectiv, dar la care pacientul ar fi consimțit probabil (consimțământ prezumat). Conceptul de consimțământ prezumat dezvoltat în dreptul delictelor a fost codificat pentru dreptul contractual în § 630d (1) teza 4 BGB. În mod normal, justificarea prestatorului de tratament este posibilă doar prin consimțământul pacientului la tratament [11, § 823, nr. 1074]. Dar, deoarece consimțământul este o justificare a prestatorului de tratament, acestuia îi incumbă sarcina să demonstreze că el a obținut consimțământul informat al pacientului. În legislația Republicii Moldova, cerințele privind consimțământul informat se cuprind atât în legile speciale, cât și în Codul civil și au fost analizat de doctrina recentă [26, p. 312].

S-a mai observat, pe bună dreptate, că intervenția medicală fără consimțământul pacientului, dar care îi aduce folos nu îi încalcă dreptul la sănătate, ci dreptul la autodeterminare, care face parte din dreptul personalității [11, § 630a, nr. 14]. Obligația de informare prealabilă și de obținere a consimțământului informat este una de rezultat [9, p. 611]. Prin urmare, sub aspect probatoriu, pacientul are sarcina să demonstreze doar intervenția, pe când prestatorul are sarcina să demonstreze că a atins rezultatul: că a informat pacientul și a obținut consimțământul acestuia. Efectul normei este inversarea sarcinii probațiunii. Același scop îl urmărește inversarea sarcinii probațiunii de la §630h enunțul 2 BGB [11, § 630a, nr. 18]. Această obligație de informare diferă de obligația de competență și prudență, care este una de mijloace.

**3.7. Neexecutarea obligației de către prestator: greșeala medicală**

După ce am vorbit despre natura diferită a obligației prestatorului de a trata și a celei de a informa, vom examina situația neexecutării acestor obligații.

**Precizări terminologice**

Ceea ce dreptul civil numește „neexecutarea obligației prestatorului de servicii de tratament”, în legislația specială are o terminologie aparte.

Legea 263/2005 nu folosește noțiunea de „malpraxis”, ci a introdus, la art. 1 alin. (2), noțiunea de „eroare medicală” și, inițial, a definit-o în modul următor: „*activitatea sau inactivitatea conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism*”. Prin Legea 330/2023 această definiție a fost reformată: „*eroare profesională comisă în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de daune pacientului, atrăgând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse, prestatorului de servicii medicale, sanitare și farmaceutice*”. Definiția nouă de fapt o reia pe cea a noțiunii de „malpraxis” din art. 653 alin. (1) lit. b) din Legea română 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Niciuna dintre aceste definiții nu oferă precizie juridică. Ele nu răspund la o multitudine de întrebări ju-

ridice pe care dreptul civil le pune cu ocazia unei pretenții de despăgubire. Mai rău, această definiție legală este **inutilă**, deoarece Legea 263/2005 însăși nu o folosește în vreuna dintre reglementările sale. Reamintim că prevederea care vizează dreptul pacientului la despăgubiri dispune că pacientul are dreptul la „despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației" (art. 5 lit. q)). Aceeași definiție este introdusă de Legea 15/2024 în art. $1^1$ al Legii nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiunii de medic. Este un exemplu trist de paralelism legislativ, descurajat de art. 65 alin. (2) lit. a) al Legii nr. 100/2017 cu privire la actele normative.

La rândul său, noțiunea „act medical" (și echivalentul său, „intervenție medicală") este definită ca „*orice examinare, tratament, cercetare clinică și asistență sau altă acțiune aplicată pacientului cu scop profilactic, diagnostic, curativ (de tratament), de reabilitare sau de cercetare biomedicală și executată de un medic sau alt lucrător medical*". Cuvintele „altă acțiune" este suficient de largă pentru a include și informarea pacientului, și obținerea consimțământului informat al pacientului în noțiunea „act medical".

În ce ne privește, exprimăm părerea că alegerea noțiunii „eroare medicală" nu este optimă, deoarece, în dreptul civil, „eroarea" se asociază cu încheierea unui act juridic din eroare (în engleză *mistake,* iar în Germană *Irrtum*), adică o necunoaștere exactă a adevărului. Pentru a se referi la neexecutarea obligațiilor medicului față de pacient, terminologia engleză preferă „medical malpractice", iar cea germană folosește „ärztliches Fehlverhalten" (conduită medicală greșită), care se divide în două categorii: „Behandlungsfehler" [36, p. 273] (greșeală în tratament) și „Aufklärungsfehler" (greșeală în informare), corespunzând celor două obligații-cheie ale prestatorului – de a trata și de a informa. Prin urmare, sugerăm utilizarea în limba română a noțiunii de „greșeală medicală", cu cele două varietăți ale sale: greșeală în tratament și greșeală în informare. În lucrarea de față vom folosi această terminologie. Credem că ea este echivalentă cu noțiunea, frecvent folosită și inclusă chiar și titlul acestei lucrări, de „malpraxis medical". Suntem de acord că, în limbajul obișnuit al limbii române, noțiunile „eroare" și „greșeală" sunt sinonime. Însă conotația juridică istorică a noțiunii „eroare" ar trebui să ne îndepărteze de la folosirea ei în context medical.

Dreptul român consacră noțiunea „malpraxis" în art. 653 alin. (1) lit. b) din Legea română 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și îl definește identic ca noua definiție moldavă – „eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice". Doctrina română folosește uneori „malpraxis medical" [8, p.65; 37], „greșeală medicală" [15, p. 79, nr. 60], iar alteori – „eroare medicală", malpraxisul fiind definit ca „o greșeală, o abatere a medicului de la anumite exigențe ce țin de profesia sa" [37, p. 43].

**Confuzia dintre greșeala medicală și vinovăție**

Din păcate, noțiunile juridice în materia răspunderii civile nu sunt folosite consecvent nici în literatura juridică și nici în cea medicală. Adeseori, teoreticienii și practicienii, juriști sau medici, fac confuzie între greșeala medicală (ca neatingere a unui standard de comportament) și vinovăția prestatorului (ca atitudine psihică). Iată un exemplu: „vinovăția medicului este cu atât mai greu de dovedit în ipotezele în care, deși acesta a aplicat același tratament unor bolnavi care sufereau de aceeași boală, unii s-au vindecat, iar alții nu. Explicația unei atare situații de fapt se regăsește în caracteristicile unice ale fiecărui organism uman, astfel că fiecare individ poate reacționa diferit și cu totul neașteptat la tratamentul aplicat de medic, motiv pentru care acesta nu poate garanta însănătoșirea tuturor pacienților" [15, p.53, nr.43]. Dacă în prima propoziție se vorbește despre vinovăție, în a doua se vorbește despre greșeala medicală, și anume greșeala de terapie ca formă a greșelii în tratament. Credem că este imprecis din punct de vedere juridic de a pune semnul egalității între „nu este vinovat" și „nu a greșit", chiar dacă aceasta reprezintă limbajul obișnuit, profan, al oamenilor.

**Greșeala în tratament**

Punctul de plecare al oricărei greșeli de tratament este art. 1403 C. civ. Prestatorul are obligația să ofere pacientului un tratament competent și prudent (*lege artis*). Standardul folosit de jurisprudența germană este că tratamentul trebuie să fie efectuat conform „regulilor recunoscute și verificate ale științei medicale" („anerkannten und gesicherten Regeln der medizinischen Wissenschaft") [16, p. 110]. Am văzut mai sus că în dreptul francez etalonul este de a acorda îngrijiri „conștiincioase, atente și, sub rezerva circumstanțelor

excepționale, conforme cu datele obținute din știință” („conformes aux données acquises de la science”). 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 doctrina română acest etalon constituie „rețeaua normelor pe care medicii trebuie să le respecte în executarea obligației lor de a acorda îngrijiri medicale – deci rețeaua normelor care compun imaginea conduitei medicale etalon –, este amplă, complicată și compusă din surse diferite” [37, p . 44]. Aceste norme rezultă nu doar din legi, ci și din legislație secundară, de implementare [38, p. 260]. Legea română nr. 95/2006 la art. 666 stabilește sursa normativă a standardului în modul următor: „În acordarea asistenței medicale/ îngrijirilor de sănătate, personalul medical are obligația aplicării standardelor terapeutice, stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național, sau, în lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective”. Potrivit art. 4 alin. (1) lit. g), ghidurile de practică medicală sunt documente care transpun, la nivel național, recomandările dezvoltate în mod sistematic, bazate pe dovezi științifice privind îngrijirile medicale care trebuie acordate într-o anumită circumstanță clinică, elaborate de Colegiul Medicilor din România, de societăți medicale de profil sau de experți în cadrul proiectelor derulate de Ministerul Sănătății al României sau de unitățile din subordinea acestuia; ghidurile de practică medicală sunt avizate de Ministerul Sănătății al României. În acest context, în dreptul german [16, p. 111], s-a stabilit că:

– este relevant nivelul de cunoaștere al științei medicale la momentul tratamentului; evoluțiile ulterioare ale științei nu pot fi luate în calcul;

– comportamentul etalon al prestatorului, adică standardul de diligență datorat (*der Sorgfaltsmaßstab*), nu este determinat de instanțele de judecată, ci este stabilit de medicină însăși pe baza studiilor științifice, a cărților, a publicațiilor etc., astfel încât stabilirea acestuia necesită, în general, obținerea unui aviz de expertiză;

– se aplică un standard de diligență obiectiv tipizat (*ein objektiv typisierender Sorgfaltsmaßstab*) conform principiului „neglijență în comparație cu grupul” (*Gruppenfahrlässigkeit*), adică trebuie să se ia în considerare modul în care un medic experimentat, prudent și conștiincios din domeniul respectiv s-ar fi comportat în situația concretă. Capacitățile individuale ale medicului nu joacă deci, în general, un rol.

Similar, în dreptul român, greșeala medicală a fost definită ca „încălcarea regulilor de conduită profesională în raport cu cazul dat (*in concreto*) și cu conduita altui medic într-o situație similară. Greșeala începe acolo unde încetează disputele științifice, iar medicul, dacă a avut mai multe alternative de lucru, nu este vinovat dacă a acceptat-o pe cea mai adecvată experienței sale (*in dubio non obligat*)” [15, p.79, nr. 60; 8, p. 69]. Aceeași analiză și același standard se aplică și când pretenția pacientului este întemeiată pe răspunderea delictuală a prestatorului.

Acest standard este aplicat și în jurisprudența instanțelor din Republica Moldova. De exemplu, reclamanta RM a acționat în judecată IMSP Spitalul raional Hâncești, cerând constatarea încălcării normelor deontologice și încasarea prejudiciului moral. A susținut că soțul său, AR, a primit tratament medical necorespunzător și neglijent, care a contribuit la decesul lui. A solicitat 850.000 lei pentru prejudiciu moral. Spitalul a negat acuzațiile, susținând că tratamentul acordat a fost adecvat și conform standardelor medicale. Deși instanța de fond și de apel au respins acțiunea ca neîntemeiată, Curtea Supremă de Justiție a emis o nouă hotărâre [39], constatând încălcarea deontologiei medicale de către IMSP Spitalul raional Hâncești și încasând prejudiciul moral în sumă de 20.000 lei.

În mod similar, într-un alt caz, reclamanții DB și MB au chemat în judecată un spital privat notoriu și societatea de asigurări privată, solicitând compensație pentru prejudiciile materiale și morale suferite în urma complicațiilor la nașterea copilului lor, cu acuzații de neglijență medicală și asistență inadecvată. Au cerut 24.924,05 euro, 18.896 dolari SUA, 79.037,64 lei, 29.750 ruble și 3.739 RON pentru prejudicii materiale și 500.000 lei pentru prejudicii morale. Instanța de fond [40] a admis parțial acțiunea, atribuind reclamanților DB și MB suma totală de 24.924,05 euro, 18.896 dolari SUA, 579.037,64 lei, 29.750 ruble și 3.739 RON, dintre care 500.000 lei cu titlu de prejudiciu moral. Taxa de stat în mărime de 18.286,19 lei a fost încasată de la pârâtă în beneficiul statului. Restul cererilor reclamanților respinse ca fiind neîntemeiate. Soluția a fost menținută de Curtea Supremă de Justiție [41].

Vom adopta clasificarea din dreptul german a greșelii în tratament, care, pe baza jurisprudenței constante, a identificat următoarele tipuri și subtipuri de greșeală în tratament:

A. Greșeală în diagnostic (*Diagnosefehler*): interpretare greșită a rezultatelor; necolectarea datelor necesare de diagnostic și control; neglijarea monitorizării evoluției. Acestea sunt detaliate în art. 1401 C. civ.;

B. Greșeală în terapie (*Therapiefehler*): greșeală în alegerea metodei de diagnostic; greșeală în domeniul alegerii terapiei; greșeală în alegerea metodei de intervenție aparatură. Aceste greșeli se evaluează conform etalonului de competență și prudență stabilit la art. 1403 alin. (1) C. civ.;

C. Neglijența în a-și asuma tratamentul (*Übernahmeverschulden*): este ipoteza prevăzută de art. 1403 alin. (2) C. civ.: prestatorului îi lipsește experiența sau competența pentru tratarea pacientului cu nivelul necesar de competență și prudență, iar el oricum își asumă să continue tratamentul, în loc să-și îndeplinească obligația de a trimite pacientul unui alt prestator de servicii de tratament capabil să ofere acest nivel;

D. Deficiențe organizaționale (*Organisationsmängel*) (așa-numitele deficiențe generalizate de calitate): igienă, standardele de bază aparative, aprovizionare cu medicamente (standardul este detaliat în art. 1402 C. civ.); diviziunea verticală și orizontală a muncii;

E. Lipsa de informare de securitate terapeutică (*Therapeutische Sicherungsaufklärung*): neinformarea suficientă a pacientului despre măsurile de protecție și avertismentele necesare pe care el însuși trebuie să le ia în vederea vindecării (de exemplu, despre administrarea de medicamente postoperatorii; activități de risc postexternare). Prin aceasta, pacientul este îndemnat să colaboreze la vindecare și să fie protejat de o posibilă autorănire. Informarea terapeutică de securitate este o parte necesară a tratamentului medical adecvat. Prin urmare, neîndeplinirea adecvată a acesteia constituie o greșeală în tratament. Este deci o obligație distinctă de informarea prealabilă cu privire la tratament despre care se va vorbi mai jos.

**Greșeala în informare**

Doctrina germană a identificat următoarele întrebări relevante pentru a verifica executarea obligației de informare despre intervenția planificată [16, p. 121]:

1. Este vorba de o informare despre intervenție (art. 1404 C. civ.) sau este vorba de un caz de așa-numita informare de siguranță ca parte a tratamentului (post intervenție)?

2. A avut loc o informare despre intervenție?

3. Informarea despre intervenție a fost efectuată corect: a) destinatarul a fost cel corect? b) persoana obligată să informeze a fost cea corectă? c) momentul informării a fost corect? d) locul informării a fost corect? e) modul și conținutul discuției de informare a fost corect?

Momentul pentru o informare corectă depinde de urgența și gravitatea intervenției planificate. Pentru intervenții care nu sunt de urgență, potrivit informațiilor disponibile prestatorului, el ar fi trebuit să informeze pacientul suficient de devreme pentru ca acesta să poată cântări în liniște avantajele și dezavantajele intervenției. Din contra, potrivit art. 1406 alin. (2) C. civ., obligația de informare poate să nu fie executată atunci când tratamentul este oferit în situație de urgență. În acest caz, prestatorul de servicii de tratament trebuie să ofere informația mai târziu, în măsura posibilului.

Spre deosebire de momentul informării, care este reglementat strict, modul de informare, adică conținutul și gradul de detaliere al informației, se orientează mai ales după urgența intervenției, gravitatea posibilelor complicații sau riscuri și comportamentul pacientului. În acest sens, jurisprudența germană a stabilit următoarele standarde: informarea este determinată și limitată de necesitatea de a oferi pacientului, în calitate de profan în medicină, o imagine generală a gravității tratamentului medical și a încărcăturilor și riscurilor – în termeni de direcție și gravitate – la care se expune prin tratament. Scopul informării nu este să ofere pacientului cunoștințe medicale detaliate, ci să-i ofere o bază de decizie corectă pentru exercitarea dreptului său la autodeterminare. Pacientul trebuie informat, pe scurt, despre natura, gravitatea și riscurile esențiale; i se va explica „în linii mari” („im Großen und Ganzen”) ce înseamnă intervenția pentru situația sa personală [16, p. 121].

În mod similar, privitor la conținut, art. 1404 alin. (1) și (2) C. civ. (care este similar cu art. 11 alin. (5) din Legea 263/2005) stabilește că prestatorul trebuie să informeze în particular despre:

a) starea curentă de sănătate a pacientului;
b) natura tratamentului propus;
c) avantajele tratamentului propus;
d) riscurile tratamentului propus.

Aici ar trebui să se facă distincția dintre riscuri tipice și riscuri generale: este întotdeauna necesara informarea despre riscurile tipice ale unei intervenții. Însă informarea despre riscurile generale (infecție a rănii, sângerare ulterioară, cicatrici etc.) este necesara doar daca medicul ar fi putut recunoaște ca pacientul nu le cunoaște;

e) alternativele la tratamentul propus, precum și avantajele și riscurile lor în comparație cu cele ale tratamentului propus. S-a observat că obligația de informare este cu atât mai largă, cu cât medicul se abate mai mult de la procedurile de vindecare stabilite sau recunoscute profesional sau dorește să pătrundă în teritoriu necunoscut [16, p. 126];

f) consecințele în caz că nu se recurge la tratament;

g) în orice circumstanță, orice risc sau alternativă care ar putea influența în mod rezonabil decizia pacientului de a accepta sau a refuza tratamentul propus. Se prezumă că un risc poate influența în mod rezonabil decizia dacă materializarea sa ar provoca o daună serioasă pacientului.

De exemplu, pacientul primește de la medicul său o rețetă medicală fără alte sfaturi. Pacientul este fumător înrăit și, ulterior, suferă un accident vascular cerebral la câteva săptămâni după administrarea medicamentului. Se dovedește că accidentul vascular a fost cauzat de interacțiunea dintre nicotină și substanța activă a medicamentului. Aici va trebui să se analizeze dacă medicul a îndeplinit obligația sa de examinare preliminară impusă de art. 1401 lit. a) C. civ.: prestatorul trebuie, în măsura în care acest lucru este necesar în mod rezonabil pentru prestarea serviciului, să pună întrebări pacientului referitoare la starea lui de sănătate, la simptomele, bolile suportate, alergiile, tratamentele anterioare sau alte tratamente curente, precum și la preferințele și prioritățile privind tratamentul. Prin urmare, deși pacientului îi va fi mai greu să demonstreze că a existat o greșeală în tratament (o obligație de mijloace), el va putea invoca greșeala de informare (obligație de rezultat) pe care prestatorul o poartă.

În privința modului de furnizare a informației, art. 1404 alin. (3) C. civ. stabilește că informația trebuie să fie oferită pacientului pe înțelesul acestuia. În același sens, art. 11 alin. (5) din Legea 263/2005 impune cerința prezentării informației „într-un limbaj clar, respectuos şi accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale”.

**III. Cuantumul despăgubirii**

Prezentul studiu este dedicat pretenției de plată a despăgubirii pentru prejudiciul nepatrimonial, adică prejudiciul care nu se reflectă într-o daună reală sau profit ratat asupra patrimoniului victimei, dar pe care legea îl privește ca relevant și demn de reparație. Art. 19 C. civ. divizează prejudiciul nepatrimonial în:

a) componenta clasică, **prejudiciu moral**: suferințe fizice (e.g. durerea corpului); suferințe psihice (e.g. îngrijorări, afecțiuni mentale) și diminuarea calității vieții (e.g. pierderea șansei de a se căsători, de a avea un copil).

De exemplu, într-o speță VS a solicitat repararea prejudiciului moral în valoare de 50.000 lei de la IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, pentru tratamentul inuman și neglijență la acordarea asistenței medicale. El a susținut că a fost transportat la spital acuzând dureri, dar a fost trimis acasă fără un tratament adecvat și a suferit în consecință. Spre deosebire de instanța de fond și de apel, instanța supremă [42] a atribuit despăgubiri de 10.000 de lei.

b) componenta nou-introdusă la 1 martie 2019, **prejudiciu biologic**: pierderea sau diminuarea unei capacități a corpului uman (e.g. pierderea unei mâini, paralizia unui picior).

În cazul încălcării dreptului la viață sau sănătate (drepturi absolute, personale nepatrimoniale), C. civ. privește ca fiind acceptabil și permite atribuirea de despăgubiri (bănești) victimei pentru a repara prejudiciul nepatrimonial. În Republica Moldova stabilirea cuantumului despăgubirii este, ca și în majoritatea sistemelor de drept, o chestiune de discreție judiciară. De exemplu, într-o speță BR a acționat în judecată un SRL, cerând repararea prejudiciului material de 7.000 lei și prejudiciu moral de 5.000 lei. La 8.05.2015, a fost

internată și operată în cadrul SRL, dar a continuat să se simtă rău. A fost nevoită să primească tratament și operații suplimentare în alte spitale. A afirmat că SRL i-a prestat servicii medicale necalitative și ineficiente. Acțiunea a fost admisă integral de instanța de apel și menținută în instanța de recurs [43].

Într-o altă speță, Reclamantul B. I. (soțul) a cerut repararea prejudiciului moral de la IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime" și de la A. R. în valoare de 2.000.000 lei, urmare a decesului soției sale, A. B., în 2013, pe care l-a atribuit neglijenței medicale și tratamentului inadecvat. El a susținut că soţia sa, deşi s-a aflat sub supraveghere medicală permanentă în perioada sarcinii şi după, totuşi a decedat, deoarece starea sa de sănătate a fost subestimată de către toți lucrătorii medicali, care la diferite etape i-au acordat asistenţă medicală, nefiind diagnosticată corect şi la timp şi nefiindu-i administrat tratament specific maladiei de care suferea. În speță, după naştere, A. B. s-a simțit rău, primind tratament şi nimeni dintre medici n-au semnalat probleme grave de sănătate care i-ar pune viaţa în pericol, fiind la 07.06.2013 externată din Spitalul din Ștefan Vodă, chiar dacă starea ei de sănătate a fost apreciată de medici drept satisfăcătoare. După multe ezitări ale medicilor și transferul la altă instituție, soția a decedat. Apărarea spitalului și a A. R. a fost că nu există dovezi directe care să lege acțiunile lor de decesul A. B. și că toate procedurile medicale au fost efectuate conform standardelor. Raportul de expertiză a arătat că la toate spitalizările pacientei A. B. i-a fost aplicat un tratament deplin, adecvat, dar cu întârziere. În cadrul procesului penal, medicul responsabil, A. R., a fost condamnat penal. Instanța supremă a menținut soluția instanței de fond de a atribui despăgubiri morale în mărime de 75.000 de lei [44].

Într-o speță mai recentă, R. R. și T. R. au depus o cerere de chemare în judecată împotriva Instituției Medico-Sanitare Publice „Institutul Mamei și Copilului" și intervenientului accesoriu V.S., solicitând încasarea sumei de 100.000 lei pentru fiecare, cu titlu de prejudiciu moral. Ei au susținut că, în urma unei examinări medicale greșite efectuate la instituție li s-a indicat un diagnostic eronat pentru făt, cauzându-le suferințe psihice semnificative. Instituția a contestat acuzațiile, argumentând că nu există dovezi suficiente care să lege acțiunile lor de suferințele psihice ale reclamanților și a negat responsabilitatea pentru diagnosticul presupus eronat. Instanțele au atribuit 50.000 lei pentru prejudiciul moral către T.R. și 50.000 lei pentru R. R [45].

Criteriul legal este că judecătorul trebuie să adapteze suma atribuită victimei tuturor circumstanțelor cauzei, iar cuantumul ei trebuie să ofere victimei „satisfacție echitabilă" (art. 2037 alin. (1) C. civ.). Începând cu 1 martie 2019, art. 2037 alin. (3) a cimentat rolul jurisprudenței pentru a atinge justiție pe orizontală și pe verticală: la determinarea despăgubirii, instanța de judecată va tinde să acorde o despăgubire care, pe de o parte, are o mărime comparabilă cu cea acordată în mod obișnuit în împrejurări similare și, pe de altă parte, ia în cont particularitățile cazului.

Jurisprudența națională pe cuantumul despăgubirilor pentru greșeală medicală încă nu este sistematizată, probabil, în primul rând, deoarece nu este bogată. Prin urmare, judecătorii ar trebui să ia ca reper despăgubirile atribuite de instanțele judecătorești în cauze nelegate de greșeală medicală. O încercare de sistematizare se cuprinde în *Studiul jurisprudenței: pretium doloris – cu titlu de prejudiciu moral* (coord. O. Cazac) din anul 2021 [46].

**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 al Republicii Moldova, nr. 34 din 22 iunie 1995, art. 373.
4. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 176-181 din 30 decembrie 2005, art. 867.
5. Monitorul Oficial al 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 al Republicii Moldova, 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. WAGNER, G. 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. WEIRICH, M. *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. 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 (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*