UNIVERSITATEA DE STUDII EUROPENE DIN MOLDOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ
ȘTIINȚE JURIDICE ȘI RELAȚII INTERNAȚIONALE

Cu titlu de manuscris

C.Z.U. 342.721:343.6(043.3)

GHEORGHIȚĂ NELU

LIBERTATEA INDIVIDUALĂ ÎN DREPTUL CIVIL CU PRIVIRE LA CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT ÎN CONTEXTUL AVORTULUI ȘI EUTANASIEI

553.01. - DREPT CIVIL

Teză de doctor în drept

Conducător științific: **PUȘCĂ Andy Corneliu**, Conf. univ. Dr.

Autor: **GHEORGHIȚĂ Nelu**

CHIȘINĂU, 2026

© GHEORGHIȚĂ Nelu, Chișinău, 2026

CUPRINS

LISTA FIGURILOR **5**

ABREVIERI **9**

INTRODUCERE **10**

1. FUNDAMENTELE TEORETICE ALE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE ȘI DREPTULUI LA AUTODETERMINARE ÎN DREPTUL CIVIL AL REPUBLICII MOLDOVA **31**

1.1. Natura juridică a libertății individuale: între drept fundamental și drept subiectiv civil 31

1.1.1. Dreptul la viață și integritatea corporală 31

1.1.2. Autonomia personală și drepturile civile 35

1.2. Doctrina consimțământului informat 40

1.3. Evoluția viziunilor interdisciplinare (filosofice și bioetice) și impactul lor asupra normativității civile 41

1.3.1. Elemente de drept penal, teologie și filosofie 41

1.3.2. Libertatea în concepția existențialistă 45

1.3.3. Influența interdisciplinară asupra dreptului civil 51

1.4. Concluzii la capitolul I 52

2. CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT – ACT JURIDIC DE EXERCITARE A LIBERTĂȚII INDIVIDUALE **55**

2.1. Consimțământul informat: element de validitate al actelor juridice de dispoziție asupra corpului uman 55

2.2. Condițiile de valabilitate ale consimțământului în context medical: capacitate, discernământ și libertate de decizie 60

2.3. Consimțământul informat în contextul avortului 64

2.3.1. Contribuții doctrinare în contextul avortului 64

2.3.2. Reglementări de drept civil în Europa 66

2.3.3. Reglementarea avortului în Republica Moldova 71

2.3.4. Norme civile în alte jurisdicții 81

2.3.5. Conflictul dintre autonomia pacientei și obiecția de conștiință a personalului medical. Reflectarea acestuia în dreptul civil al Republicii Moldova 85

2.4. Consimțământul informat în contextul eutanasiei 91

2.4.1. Contribuții doctrinare în contextul eutanasiei 91

2.4.2. Valențele consimțământului în materia vieții și a sănătății prin prisma Codului Civil al Republicii Moldova 91

2.4.3. Norme civile în Europa....95
2.5. Comparații între diverse sisteme juridice....107
2.6. Concluzii la capitolul al II-lea....113
3. LIMITELE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE: ORDINEA PUBLICĂ ȘI MORALA SOCIALĂ ÎN MATERIA AVORTULUI ȘI A EUTANASIEI....115
3.1. Conflictul dintre dreptul la viață și dreptul la viață privată: analiza echilibrului intereselor....115
3.2. Ordinea publică și bunele moravuri ca limite ale autonomiei individuale în dreptul privat moldovenesc....117
3.3. Standardele CEDO privind marja de apreciere a statului în reglementarea avortului și a deciziilor de sfârșit de viață....120
3.3.1. Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica avortului ...120
3.3.2. Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica eutanasiei..132
3.4. Concluzii la capitolul al III-lea....146
4. ANALIZA COMPARATIVĂ ȘI PERSPECTIVE DE REFORMĂ ALE LEGISLAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA....148
4.1. Modele europene de reglementare: studiu comparativ privind consimțământul în situații-limită....148
4.2. Inconsecvențe și lacune legislative în cadrul normativ al Republicii Moldova (Cod Civil vs. Legi speciale)....150
4.3. Propuneri de lege ferenda pentru optimizarea mecanismului consimțământului informat și a dreptului la autodeterminare....152
4.4. Concluzii la Capitolul IV....160
CONCLUZII ȘI PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CADRULUI JURIDIC....162
BIBLIOGRAFIE....166
ANEXE....176

LISTA FIGURILOR

Figura 2.1 Evoluția numărului întreruperilor de sarcină (2015-2020) 75
Figura 2.2 Întreruperi de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020).....76
Figura 2.3 Metode de întrerupere de sarcină (anul 2020).....76
Figura 2.4 Metode de întrerupere de sarcină pe categorii de vârstă.....77
Figura 2.5 Categorii de întreruperi de sarcină (anul 2020).....77
Figura 2.6 Întreruperi spontane de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020).....78
Figura 2.7 Metode de anestezie (anul 2020).....79
Figura 2.8 Numărul complicațiilor după întreruperea de sarcină (2015-2020).....79
Figura 2.9 Răspunsurile întrebării „Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) atunci când părinții nu-și doresc copilul?” 80
Figura 2.10 Principalele condiții în care cetățenii Republicii Moldova acceptă avortul.....80

ADNOTARE

GHEORGHIȚĂ Nelu „*Libertatea individuală în dreptul civil cu privire la consimțământul informat în contextul avortului și eutanasiei*”, teză de doctor în drept la specializarea 553.01- Drept civil, Chișinău, 2026

Structura tezei: introducere, capitole (patru), concluzii generale, bibliografie din 157 de titluri, anexe, 148 pagini text de bază.

Cuvinte-cheie: avort, dreptul la viață, embrion, eutanasie, făt, întreruperea ilegală a sarcinii, libertate, liber-arbitru, produs de concepție, sinucidere asistată medical, uciderea la cererea victimei.

Domeniul cercetării: Drept civil.

Scopul și obiectivele cercetării: Scopul cercetării constă în elaborarea unui cadru teoretico-conceptual coerent și a unor propuneri de lege ferenda menite să asigure echilibrul dintre exercitarea libertății individuale prin consimțământul informat și necesitatea protejării dreptului la viață. În acest context, lucrarea urmărește determinarea criteriilor de validitate ale consimțământului informat în cadrul intervențiilor medicale cu impact major asupra integrității corporale și existenței persoanei, adaptate realităților juridice din Republica Moldova. Obiectivele cercetării au vizat: definirea conceptelor fundamentale (libertate individuală, consimțământ informat, avort, eutanasie) în context național și comparat; analiza cadrului normativ intern relevant (Constituția, Codul civil, legislația medicală); identificarea limitelor consimțământului informat din perspectiva ordinii publice și a moralei sociale; evaluarea compatibilității legislației Republicii Moldova cu jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului; precum și formularea unor propuneri de perfecționare legislativă pentru înlăturarea lacunelor existente.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor cercetării rezidă în abordarea consimțământului informat dintr-o perspectivă preponderent civilistă, ca act juridic de dispoziție asupra propriului corp, integrat în teoria generală a actului juridic. Spre deosebire de abordările tradiționale, centrate pe dimensiunea medicală sau bioetică, lucrarea propune o reconstrucție conceptuală a acestui mecanism ca instrument de exercitare a libertății individuale. Originalitatea demersului este evidențiată și prin analiza sistemică a raportului dintre autonomia voinței și limitele acesteia, în special în materii sensibile precum avortul și eutanasia, precum și prin corelarea normelor interne cu standardele europene.

Problema științifică importantă soluționată prin cercetarea desfășurată constă în clarificarea statutului juridic al consimțământului informat în dreptul civil al Republicii Moldova și în determinarea limitelor în care acesta poate produce efecte juridice în situații ce implică integritatea corporală și viața persoanei. Cercetarea demonstrează că reglementarea actuală este insuficientă și fragmentară, fiind necesară recalibrarea raportului dintre autonomia individuală și exigențele ordinii publice pentru a asigura securitatea juridică și protecția efectivă a drepturilor pacientului.

Semnificația teoretică a lucrării constă în dezvoltarea unei concepții unitare asupra consimțământului informat în cadrul dreptului civil, prin integrarea acestuia în categoria drepturilor de personalitate și a actelor juridice nepatrimoniale. Lucrarea contribuie la aprofundarea raportului dintre libertatea individuală și limitele sale juridice, oferind un cadru conceptual aplicabil și altor instituții aflate la intersecția dintre drept și bioetică.

Valoarea aplicativă a lucrării se reflectă în utilitatea concluziilor și propunerilor formulate pentru perfecționarea cadrului normativ și a practicii juridice și medicale. Rezultatele cercetării pot fi valorificate de legiuitor în procesul de elaborare a unor reglementări clare privind consimțământul informat, de instanțele de judecată în interpretarea normelor aplicabile, precum și de practicienii din domeniul medical în consolidarea unei practici conforme cu exigențele drepturilor fundamentale. Totodată, lucrarea oferă repere pentru dezvoltarea unor politici publice coerente în domeniul protecției pacientului și al intervențiilor asupra corpului uman.

ANNOTATION

GHEORGHIȚĂ Nelu „*Individual freedom in civil law regarding informed consent in the context of abortion and euthanasia*", PhD thesis in law, Chisinau, 2026

Structure of the thesis: introduction, chapters (four), general conclusions, bibliography of 157 titles, annexes, 148 pages of basic text.

Keywords: abortion, right to life, embryo, euthanasia, fetus, illegal termination of pregnancy, freedom, free will, product of conception, medically assisted suicide, killing at the request of the victim.

Field of study: specialty 553.01 - Civil Law.

The purpose and objectives of the research: is to develop a coherent theoretical and conceptual framework, as well as a set of legislative proposals designed to ensure a proper legal balance between the protection of the right to life and the exercise of individual freedom through the mechanism of informed consent. In this context, the study seeks to determine the validity criteria of informed consent in medical procedures that significantly affect human integrity and existence. The research objectives include: defining key concepts such as individual freedom, informed consent, abortion, and euthanasia in both national and comparative contexts; analyzing the relevant domestic legal framework; identifying the limits of informed consent from the perspective of public order and social morality; assessing the compatibility of Moldovan legislation with the case-law of the European Court of Human Rights; and formulating proposals for improving the legal framework.

The novelty and scientific originality of the research results lie in the civil law-oriented approach to informed consent, conceptualized as a legal act of disposition over one's own body and integrated into the general theory of legal acts. Unlike traditional approaches limited to medical or bioethical perspectives, this study offers a systemic and doctrinal reinterpretation of informed consent as an instrument for exercising individual autonomy.

The important scientific problem solved by the research addressed consists in clarifying the legal status of informed consent within Moldovan civil law and determining the limits within which it can produce legal effects in matters involving bodily integrity and human life. The research demonstrates that the current regulation is insufficient and fragmented, requiring a recalibration of the relationship between individual autonomy and public order.

The theoretical significance of the work lies in the development of a unified doctrinal framework for informed consent within civil law, contributing to the broader understanding of personality rights and the limits of individual freedom.

The applicative value of the work is reflected in the applicability of the findings to legislative reform, judicial interpretation, and medical practice. The conclusions and proposals formulated may support lawmakers, legal practitioners, and medical professionals in ensuring a more coherent and rights-oriented application of informed consent, as well as in shaping public policies in the field of patient rights and medical interventions.

АННОТАЦИЯ

ГЕОРГИЦЭ Нелу «Свобода личности в гражданском праве в отношении информированного согласия в контексте абортов и эвтаназии»„ докторская диссертация по праву, Кишинев, 2026 г.

Структура диссертации: введение, главы (4), общие выводы, библиография из 157 наименований, приложения, 148 страницы основного текста.

Ключевые слова: аборт, право на жизнь, эмбрион, эвтаназия, плод, незаконное прерывание беременности, свобода, свободная воля, продукт зачатия, самоубийство с медицинской помощью, убийство по просьбе жертвы.

Область обучения: специальность 553.01 - Гражданское право.

Цель и задачи исследования: заключается в разработке целостной теоретической и концептуальной основы, а также ряда законодательных предложений, призванных обеспечить надлежащий правовой баланс между защитой права на жизнь и осуществлением индивидуальных свобод посредством механизма информированного согласия. В этом контексте целью исследования является определение критериев действительности информированного согласия при проведении медицинских процедур, которые существенно затрагивают физическую неприкосновенность и жизнь человека. Цели исследования включают: определение ключевых понятий, таких как свобода личности, информированное согласие, аборт и эвтаназия, как в национальном, так и в сравнительном контексте; анализ соответствующей внутренней правовой базы; выявление пределов информированного согласия с точки зрения общественного порядка и общественной морали; оценку соответствия молдавского законодательства судебной практике Европейского суда по правам человека; а также выработку предложений по совершенствованию правовой базы.

Новизна и научная оригинальность заключается в подходе к информированному согласию, ориентированном на гражданское право, которое рассматривается как правовой акт распоряжения собственным телом и вписывается в общую теорию правовых актов. В отличие от традиционных подходов, ограничивающихся медицинскими или биоэтическими перспективами, данное исследование предлагает системную и доктринальную переосмысление информированного согласия как инструмента реализации индивидуальной автономии.

Важная научная проблема, решенная Задача данного исследования заключается в уточнении правового статуса информированного согласия в рамках молдавского гражданского права и определении пределов, в которых оно может иметь юридические последствия в вопросах, касающихся физической неприкосновенности и жизни человека. Исследование показывает, что действующее законодательство является недостаточным и фрагментарным, что требует пересмотра соотношения между индивидуальной автономией и общественным порядком.

Теоретическая значимость работы обусловлена тем, заключается в разработке единой концептуальной основы для института информированного согласия в рамках гражданского права, что способствует более глубокому пониманию прав личности и пределов свободы личности.

Прикладная ценность работы заключается в том, находит отражение в применимости полученных результатов к реформе законодательства, судебному толкованию и медицинской практике. Сформулированные выводы и предложения могут помочь законодателям, юристам и медицинским работникам обеспечить более последовательное и ориентированное на права человека применение принципа информированного согласия, а также сформировать государственную политику в сфере прав пациентов и медицинских вмешательств.

ABREVIERI

Alin. - aliniat
Art. – articol
BOR – Biserica Ortodoxă Română
c. - contra
CEDO – Curtea Europeană a Drepturilor Omului
CE – Consiliul Europei
CPP – Cod de Procedură penală
CP– Cod Penal
C. pen. – Cod Penal
DEX – Dicționarul Explicativ al Limbii Române
d.Hr. – după Hristos
Ed. – editură
e.g. – *exempli gratia* (spre exemplu)
GDPR – Regulament General de Protecție a Datelor
IBMBOR – Institutul Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române
ICH-GCP- Bunele practici clinice
î.Hr. – înainte de Hristos
Lit. – litera
M. Of.- Monitorul Oficial
Nr. – număr
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
Pct. – punct
RM – Republica Moldova
RPR – Republica Populară Română
RSSM – Republica Sovietică Socialistă Moldovenească
SAM – Sinuciderea Asistată Medical
Sec. – secol
SRHR – Sexual and Reproductive Health and Rights (Drepturile sănătății sexuale și reproductive)
SUA – Statele Unite ale Americii
UE – Uniunea Europeană
URSS – Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste
Vs. – versus, împotriva

INTRODUCERE

Actualitatea subiectului derivă din necesitatea stringentă de a armoniza legislația civilă din Republica Moldova cu standardele aplicabile la nivel european (CEDO) în materia autonomiei persoanei și a dreptului la viață privată. Deși Republica Moldova a făcut pași în reglementarea drepturilor pacienților, există totuși un vid legislativ și doctrinar cu privire la limitele consimțământului informat în cazul eutanasiei (nereglementată) și a avortului (reglementat fragmentar din perspectiva dreptului civil).

Importanța acestui subiect constă în depășirea abordării strict descriptive a normelor. Accentul este pus pe o analiză critică a modului în care libertatea individuală poate fi exercitată fără a aduce atingere ordinii publice.

Tema are o relevanță nu doar juridică, ci și socială. Aceasta oferă soluții prin intermediul cărora pot fi rezolvate conflictele ce apar din dreptul la autodeterminare și obligația statului de a proteja viața.

Scopul cercetării constă în elaborarea unui cadru teoretico-conceptual și a unui set de propuneri legislative menite să asigure echilibrul juridic între protecția dreptului la viață și exercitarea libertății individuale prin mecanismul consimțământului informat. Lucrarea urmărește să determine criteriile de validitate ale consimțământului în contextul procedurilor medicale cu impact major asupra integrității și existenței umane, adaptate realităților juridice din Republica Moldova.

Obiectivele cercetării:

- Definirea conceptelor cheie: eutanasie, sinucidere asistată, avort, consimțământ informat, libertate individuală atât în dreptul Republicii Moldova, cât și în doctrinele relevante pentru a evidenția similitudini și diferențe față de sistemele juridice europene;
- Identificarea și analiza surselor normative naționale aplicabile (Constituția Republicii Moldova[1], Cod civil[2], Cod penal[3], Legea sănătății nr. 411/1995[4], Legea drepturilor

[1] PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Constituția Republicii Moldova. Adoptată la 29 iulie 1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 1 din 12 august 1994.
[2] PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova. Adoptat prin Legea nr. 1107 din 6 iunie 2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 82-86 din 22 iunie 2002, art. 661. (Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 66-75 din 1 martie 2019, art. 132).
[3] PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Codul penal al Republicii Moldova. Adoptat prin Legea nr. 985 din 18 aprilie 2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 128-129 din 13 septembrie 2002, art. 1012. (Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 72-74 din 14 aprilie 2009, art. 195).
[4] PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 34 din 22 iunie 1995, art. 373.

pacientului nr. 263/2005[5], Codul deontologic al medicului[6] etc.) privind dreptul la viață și consimțământul informat;

- Identificarea și argumentarea limitelor consimțământului informat, din perspectiva ordinii publice și a moralei sociale în dreptul civil;
- Evaluarea compatibilității legislației Republicii Moldova cu jurisprudența CEDO referitor la competența statului în materia avortului și eutanasiei;
- Formularea unor propuneri de lege ferenda care să acopere lacunele identificate în Codul Civil și în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.

Ipoteza cercetării pornește de la premisa că mecanismul actual al consimțământului informat în Republica Moldova este reglementat insuficient din perspectivă civilistă, fiind perceput mai degrabă ca o exonerare de răspundere pentru medic decât ca un instrument de exercitare a libertății pacientului. Se presupune că lipsa unor criterii clare de validitate a consimțământului în situații-limită (avort, eutanasie) generează o insecuritate juridică ce poate fi remediată doar prin recalibrarea raportului dintre autonomia individuală și limitele ordinii publice în dreptul privat.

Libertatea individuală reprezintă unul dintre pilonii fundamentali ai dreptului civil, fiind esențială pentru protecția și respectarea drepturilor omului. În acest context, consimțământul informat și protecția drepturilor individuale în situații precum avortul și eutanasia sunt subiecte de maximă actualitate și relevanță. Analiza normelor naționale și internaționale privind aceste aspecte evidențiază diversitatea abordărilor și influențele culturale, religioase și juridice care le modelează.

Acest studiu se concentrează pe examinarea comparativă a cadrului juridic în Republica Moldova și alte jurisdicții, cu scopul de a identifica bunele practici și lacunele legislative, precum și de a propune îmbunătățiri pentru protecția eficientă a drepturilor individuale.[7]

S-a născut și a crescut simțul libertății și al dreptății. Pentru om, libertatea, așa cum a fost gândită, este și va fi întotdeauna naturală și legală. Conceptul de libertate are un conținut filozofic, precum și o dimensiune juridică. Ca și categorie filozofică, libertatea este un mod de comportament preocupat de interpretarea obiectivă a vieții, o reflectare a relevanței acțiunilor umane față de nevoile și legile obiective ale naturii și ale societății. Dreptul fundamental la

[5] PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 176-181 din 30 decembrie 2005, art. 867.

[6] MINISTERUL SĂNĂTĂȚII (Republica Moldova). Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. Aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 192 din 24 martie 2017. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 92-102 din 31 martie 2017, art. 268.

[7] Arret Larenaudie du 6 decembrie 2007, arrêt (1re Ch. Civ. pourvoi n°061930. Bull civ. I n° 380; D.2008, pag. 192, note P Sargos; RTDciv, 2008, pag. 303.

libertate este cea mai înaltă valoare a societății, adică capacitatea unui individ de a gândi și a acționa în conformitate cu ideile și idealurile sale, fiind necesară și de dorit, pentru a atinge scopurile urmărite și, astfel, pentru a se realiza în lumea obiectivă.

Într-un sens filozofic, libertatea nu înseamnă a fi capabil să obții ceea ce îți dorești, ci pur simplu căutarea a ceea ce poți experimenta. Libertatea în sens juridic este valoarea socială care susținută, promovată și protejată de normele juridice, și în acest sens, garantată de uman în cadrul libertăților prevăzute și garantate de statul de drept[8]. Libertatea constă în a putea face orice care nu dăunează nimănui, astfel încât să nu mai existe restricții în exercitarea drepturilor naturale ale fiecărui individ, ci restricții care determină posibilitatea exercitării acelorași drepturi pentru ceilalți membri ai societății[9]. În literatura juridică se face distincția între autonomie ca atribut uman și libertate ca drept fundamental al cetățenilor.

În sensul său original, libertatea presupune capacitatea de a însoți toate manifestările sociale, cu ideea de inviolabilitate a unui om. În al doilea rând, ea apare ca un set de drepturi garantate și asigurate de Constituție. Libertatea personală este un drept fundamental al omului. Acestea sunt drepturi formale și inalienabile la libera dezvoltare a personalității umane, garantate și impuse de norme precum legile, constituțiile sau alte legi fundamentale[10]. Libertatea personală, ca drept fundamental al omului, este o condiție necesară pentru dezvoltarea societății moderne. O persoană trăiește într-o societate, este membru al unei societăți și, prin urmare, gradul de drepturi și libertăți recunoscute pentru ea, precum și rata migrației efective a acestora, depind de circumstanțele economice, sociale și politice inerente fiecărei persoane, individual, în funcție de situaţie.

Potrivit unor autori, negarea sau limitarea autonomiei personale, a drepturilor fundamentale, echivalează cu o oprimare a persoanei și, prin urmare, o exprimare nelimitată a libertăților individuale, și echivalează cu interzicerea creșterii și a progresului social. Ea duce la amenințarea cu anarhia și la dezintegrarea unității organice reprezentate de viața societății. Din dorința de a evita împrejurările extraordinare, nivelul libertății umane este subordonat nivelului normelor juridice, determină conținutul și mediul, ceea ce stabilește „status libertatis” al individului[11]. În aceste circumstanțe, libertatea este o valoare socială determinată de stadiul de dezvoltare a societății și este adesea dreptul de a evalua toate caracteristicile, atitudinile,

[8] BATTIN, M. P. et al. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. In: Journal of Medical Ethics, 2007, vol. 33, no. 10, p. 591–597.
[9] Arret Larenaudie du 6 decembrie 2007, arrêt (1re Ch. Civ. pourvoi n°061930. Bull civ. I n° 380; D.2008, pag. 192, note P Sargos; RTDciv, 2008, pag. 303.
[10] CERNICA, Viorel. Fenomenul și nimicul I: proiectul fenomenologic – concept și aplicații. București: Paideia, 2005, pp. 138-139, 154.
[11] CLOȘCA, Ionel; SUCEAVA, Ion; MAXIM, Ioan; BADESCU, Gheorghe. Consiliul Europei. Drepturile omului: documente. București: Themis Edit SRL, 1994, p. 17.

interesele și dorințele legitime ale persoanei[12]. Articolul 25 din Constituția Republicii Moldova prevede că „libertatea și securitatea personală sunt indispensabile”. Pentru prima dată în Europa continentală, Magna Carta Libertatum din 1215, prima lege constituțională a Marii Britanii, a afirmat afirmat că „niciun om liber nu va fi arestat, întemnițat sau privat de proprietatea sa” fără autoritate autoritate legală sau altfel spus urmărit penal, dacă nu suntem îndreptățiți în judecata noastră, într-un într-un proces echitabil, de același popor și conform legilor țării[13].

În același timp, prin această lege, respectiv articolul 36, se întărește poziția controlului judiciar asupra legalității arestării acuzatului și a posibilității eliberării acestuia la cerere, împrejurare care a fost proeminentă în Anglia până la semnarea Cartei Libertăților, care s-a semnat ulterior recunoașterii acestui drept. Carta Libertății apare în numele unei proceduri pentru protecția individului – „habeas corpus”[14], iar procedura „habeas corpus” se referea inițial la dreptul persoanei arestate de a fi dus la autoritățile judiciare în termen de 24 de ore pentru ca judecătorii să cunoască cauza reținerii sau arestării, în vederea protejării dreptului persoanei la libertatea sa. După ședință, judecătorul trebuie să decidă dacă păstrează măsura arestului, indiferent dacă persoana arestată a fost sau nu reținută, iar aceasta a fost concepută pentru aceleași tip de acțiuni, nerespectarea hotărârii judecătorești de eliberare fiind pedepsită cu amendă[15], în 1688, și care privea în mod rudimentar eliminarea arbitrariului în reținerea unei persoane[16].

Pentru a garanta libertatea individuală, Declarația drepturilor și libertăților cetățenilor interzice în mod expres practica arestării publice în baza cunoscutelor mandate de arestare emise de autorități, care conținea doar o prevedere de arestare a unei persoane la pedeapsa închisorii, fără posibilitatea suspendării acuzației ori a termenului. Și uneori, aceste mandate de arestare erau date în formă incompletă (în blanc) oamenilor populari, făcând posibilă sechestrarea cuiva pe nedrept[17].

În gândirea juridică din ultimele decenii, a devenit o presupunere necontroversată faptul că libertatea persoanei trebuie să fie garantată de legile oricărui guvern. Prevederile care autorizează privarea de libertate ca pedeapsă penală sau prin proces judiciar trebuie să respecte standardele aplicabile stabilite în diferitele documente internaționale. Prin urmare, Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 în articolul 3 prevede că „Orice persoană are dreptul la egalitate,

[12] *Ibidem*.
[13] Constituţia Republicii Moldova adoptată la 29.07.1994 // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1994, nr. 1.
[14] CRISTE, M. Instituții constituționale contemporane. Timișoara: Universitatea de Vest, 2010, p. 168.
[15] Decizia Curții Constituționale nr. 21 din 3 februarie 2000, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 159 din 17 aprilie 2000.
[16] Enciclopedia de Filosofie și Științe umane, traducere de: Luminița Cosma, Anca Dumitru, Florin Frunză ș.a., Editura All Educational (DeAgostini), București, 2007, p. 588 și 317.
[17] DEMETER, I. Declarația drepturilor omului. București, 1968, p. 39.

libertate și securitate personală", iar articolul 9 prevede că „Nimeni nu poate fi supus arestării, detenției sau exilului arbitrar"[18,19]

În 1776, pe continentul american apare *Declaraţia de independenţă a Statelor Unite*, de stilul constituţiilor engleze, care proclamă: „Noi considerăm aceste adevăruri evidente, că toți oamenii sunt egali, că ei sunt înzestrați de Creator cu anumite Drepturi inalienabile, că printre sunt Viața, Libertatea și căutarea Fericirii. Că, pentru a asigura aceste drepturi, Guverne sunt printre oameni, izvorând puterile lor doar din consimțământul celor guvernați, Că atunci când orice Formă de Guvernare devine distructivă acestor scopuri, este dreptul poporului de a o modifica sau elimina, și să instituie o nouă Guvernare [20,21]. În America, Declarația a fost adoptată în 1787 și a consacrat drepturile și libertățile fundamentale ale omului regăsite în Declarația de Independență a SUA și ratificate de 17 legislaturi de stat – în 1791 prin „Carta drepturilor", care conține primele zece amendamente în Constituția SUA[22,23].

Al patrulea amendament la Constituția S.U.A. prevede că drepturile cetățenilor de a fi în siguranță în persoană, clădirile, bunurile lor, includ și neîncălcarea acestora prin percheziții și confiscări nerezonabile ori prin emiterea de mandate numai pentru o cauză probabilă, susținută de un jurământ sau de o declarație solemnă, în care se descrie în detaliu locul de percheziționat și persoanele sau lucrurile care urmează a fi ridicate. Unul dintre motivele care au stat la baza Revoluției Franceze a fost problema garantării libertății individuale, care este afirmată în Declarația Drepturilor Omului și al Cetățeanului din 1789, în care conceptul de drepturi și libertăți fundamentale, inspirat din teoriile din 1789, respectiv a dreptului natural și a contractului social. Articolul 7 din Declarația drepturilor omului și al cetățeanului prevede că „nimeni nu poate fi supus unui proces arbitrar, arestare sau detenție decât în cazurile și în conformitate cu o procedură stabilită de lege[24,25].

---

[18] *Ibidem*

[19] Washington Death with Dignity Act [http://www.doh.wa.gov/ dwda/]. Accessed July 2009, accesat în data de 12.11.2024

[20] SEARLE, John. Minds, brains and programs. În: Behavioral and Brain Sciences. 1980, pp. 417-457. DOI: 10.1017/S0140525X00005756. Arhivat din original la 18.01.2010. [accesat 16.11.2024].

[21] Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, New York, 16.12.1966: ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990. În: Tratate Internaționale. Vol. I, 1998, p. 33, sau originalul pe portalul oficial al ONU. [accesat 29.11.2024]. Disponibil: http://www.un.org/russian/documen/convents/politpact.pdf.

[22] MURARU, I. Drept constituțional și instituții politice. București: Actami, 1995, p. 244.

[23] Declarația de Independență a Statelor Unite ale Americii din 04.07.1776, în limba română pe portalul oficial al UNESCO. [accesat 23.11.2024]. Disponibil: http://www.dadalos.org/rom/Menschenrechte/grundkurs_2/Materialien/dokument_3.htm.

[24] SEARLE, John. Minds, brains and programs. În: Behavioral and Brain Sciences. 1980, pp. 417-457. DOI: 10.1017/S0140525X00005756. Arhivat din original la 18.01.2010. [accesat 16.11.2024].

[25] Declarația universală a drepturilor omului, New York, 10.12.1948: ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990. În: Tratate Internaționale. Vol. I, 1998, p. 13, sau originalul pe portalul oficial al ONU. [accesat 22.11.2024]. Disponibil: http://www.un.org/russian/documen/declarat/declhr.htm

Declarația franceză a drepturilor omului și a cetățeanului a mai afirmat în articolul 4 că: „Libertatea constă în a cunoaște tot ceea ce nu dăunează nimănui.”[26] În mod similar, exercitarea drepturilor naturale ale fiecărei ființe umane este fără limitare și doar restricțiile care asigură ca alți membri ai societății să beneficieze de aceleași drepturi. Aceste restricții pot fi determinate doar prin lege. În Convenția Europeană a Drepturilor Omului, semnată la Roma la 4 noiembrie 1950, articolul 5 prevede principiul „Orice persoană are dreptul la libertatea și securitatea persoanei” și „Nimeni nu poate fi privat de libertate cu excepția acestor cazuri și în conformitate cu procedurile legale[27,28]”.

Una dintre excepțiile de la regula „nimeni nu poate fi privat de libertate” este detenția preventivă. Prevederile Convenției Europene conțin și o serie de ipoteze generale, printre care: - privarea de libertate poate fi decisă numai în principiu de către o instanță; - privarea de libertate are scopul de a se asigura că făptuitorul este adus în fața autorității competente pentru a-l face răspunzător legal pentru fapta pe care a făcut-o; - privarea de libertate se efectuează numai prin mijloace legale și în conformitate cu procedura prevăzută de legile jurisdicției competente; - perioada de privare de libertate să fie limitată, astfel încât până la soluționarea definitivă a dosarelor penale măsurile de securitate să fie cât mai scurte; - privarea de libertate poate fi substituită în anumite împrejurări legale cu alte proceduri care asigură buna soluționare a cauzei penale sau nerespectarea condițiilor de arestare, suspectul putând fi eliberat (sub supraveghere judiciară, pe cauțiune, etc.) - privarea de libertate poate fi contestată de către deținut în fața instanței, cu cei care doresc să formuleze plângeri.

La liniile directoare din Convenția Europeană ar trebui adăugate următoarele prevederi generale, și anume: „fără încălcarea libertății personale și a securității personale”, deoarece libertatea individuală, ca toate libertățile umane, nu este, nu poate și nu trebuie să fie[29] restrânsă în mod absolut „în scopul realizării unei valori substanțiale numai prin lege”. Constituția Republicii Moldova prevede în articolul 54 alineatul (2) că „Exercitarea drepturilor și libertăților nu poate fi supusă altor restricții decât celor prevăzute de lege, în conformitate cu normele unanim recunoscute de dreptul internațional și sunt necesare în interesul securității naționale, integrității teritoriale, bunăstării economice a țării, ordinii publice, în scopul prevenirii tulburărilor în masă și infracțiunilor, protejării drepturilor, libertăților și demnității altor persoane, împiedicării divulgării informațiilor confidențiale sau garantării autorității și imparțialității justiției”, măsură care interferează cu garanția și nu poate afecta existența dreptului sau a libertății (art. 54, alin. 4 din Constituția Republicii Moldova). În baza naturii „libertății

[26] WATSON, R. Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April. În: BMJ. 2009, vol. 338, b1248.
[27] http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224, accesat în data de 29.11.2024
[28] https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf, accesat în data de 22.11.2024
[29] http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224, accesat în data de 29.11.2024

individuale", în mod deliberat se impun restricții asupra acestui drept prin statul de drept, în general, și pentru a proteja statul de drept, în special, în desfășurarea anchetelor penale. În documente speciale, se face referire la activitățile participanților la puterea publică, de a restabili statul de drept, iar violența (dacă este cazul) este și ar trebui să fie limitată și clar definită, astfel încât să se respecte libertatea personală care ar trebui astfel să existe. Există și persoane nevinovate care pot deveni victime ale unor acte abuzive și care pot fi determinate de motive politice[30].

Pentru a asigura buna desfășurare a proceselor penale se pot prescrie măsuri împotriva persoanei acuzate de săvârșirea de infracțiuni care afectează direct libertatea personală, precum reținerea sau arestarea, precum și cercetarea acesteia. În concluzie, trebuie menționat că „restricțiile impuse libertății individuale nu trebuie privite ca un sacrificiu, încălcare sau abandon a acesteia, fiind prevăzute și precizate de lege, ca având un caracter special, și de aceea sunt fixate și trebuie aplicate numai în cazuri de extremă necesitate prin adaptarea la nevoile create, în măsura în care servesc și au o interpretare limitată"[31]. Pentru a preveni eventualele abuzuri și pentru a da un proces echitabil persoanei care consideră că asupra sa i s-a comis un proces ilegal cu privare de libertate, legea permite persoanei private de libertate prin arestare sau reținere să facă recurs la instanță cu autoritatea sa, pe tot parcursul procesului penal.

Analizând cele de mai sus, pot spune că numărul și varietatea garanțiilor care susțin libertatea individului, în timpul judecării cauzelor, sunt foarte largi, astfel încât acestea pot fi grupate în mai multe domenii importante:

1. Se menționează în mod specific cazurile și condițiile generale de realizare a garanțiilor definite de lege, astfel încât libertatea unei persoane nu poate fi restricționată decât în circumstanțe date și prescrise într-un mod limitat.

2. Persoana care este supusă la măsura arestării preventive, dacă o consideră nelegală, are dreptul, în cursul procesului, de a se adresa instanței competente, în condițiile legii, pentru a fi pusă în libertate. Instanța este obligată să se pronunțe cât mai curând posibil asupra legalității arestării sau reținerii sale și să dispună eliberarea lui dacă este reținut sau arestat.

3. Persoana arestată sau reținută este informată de îndată, într-o limbă pe care o înțelege, în termen de maximum trei ore despre motivele arestării sau reținerii și cu privire la situația sa juridică raportat la infracțiunile reținute și care este suspectat sau acuzat, fapt care va fi o referință reală în raportul de conformitate sau în mandat.

[30] Constituția Republicii Moldova adoptată la 29.07.1994 // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1994, nr. 1.
[31]CREANGĂ, I.; GURIN, C. Drepturile și libertățile fundamentale. Chișinău: Tipografia Centrală, 2005, p. 48.

4. Pentru a nu parcurge procesul penal în arest, suspectul sau inculpatul care a fost privat de libertate poate fi pus în libertate, dacă îndeplinește anumite criterii prevăzute de lege, fie sub supraveghere judiciară, fie în libertate.

5. Persoana supusă ilegal arestării preventive are dreptul la despăgubiri pentru prejudiciul cauzat în condițiile prevăzute de lege.

6. Măsurile de protecție, care au caracter provizoriu[32], se impun a fi retrase la cerere sau din oficiu, atunci când nu mai sunt necesare sau sunt înlocuite cu o metodă mai ieftină, dacă împrejurările cauzei o impun.

Consimțământul informat a apărut ca standard etic central în codurile medicale fundamentale, cum ar fi Jurământul lui Hipocrat, Declarația de la Geneva din 1948 sau Codul Internațional de Etică Medicală din 1949. Justiția Curții Supreme din Minnesota în cazul Mohr vs. Williams, a sublinat că pacientul trebuie să știe că medicul va acționa numai în interesul său, în conformitate cu Declarația de la Geneva, respectând dreptul său la autodeterminare, în ceea ce solicită. Potrivit Cartei Drepturilor Omului, „orice adult cu o afecțiune mintală are dreptul la autodeterminare”.[33]

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică în cadrul Dialogului european al Organizației Mondiale a Sănătății, și s-a desfășurat între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această Declarație include un set de principii[34] pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior reintrodusă de legile țărilor europene respective. Exprimarea acestei afirmații a fost realizată în România în Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003.[35] Legea nr. 46/2003 a fost adoptată prin Decretul nr. 386/2004 a Ministrului Sănătăţii.[36]

Consimțământul informat este reglementat și de alte acte normative și anume:

-

- Titlul XVI „Răspunderea civilă a medicilor și a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătăţii;

[32] *Ibidem*.
[33] Case of Klass and Others v. Germany (Application no. 5029/71), Judgment Strasbourg, 6 September 1978. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57510%22]}, accesat 02.01.2024, accesat în data de 30.11.2024
[34] Attending physician form [http://oregon.gov/DHS/ph/pas/]. Accessed July 2009, accesat în data de 11.11.2024
[35] LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului, publicat în Monitorul Oficial nr. 51/29 ianuarie 2003, Art 6
[36] URL: https://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=39946 accesat în data de 30.11.2024.

- Regula nr. 482/2007 pentru aprobarea Regulamentului de procedură privind aplicarea titlului XVI „Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului și a serviciilor medicale,[37] sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătăţii;

- Avizul SOC/221 din 26 septembrie 2007 al Comitetului Economic și Social European pentru Drepturile Pacienților – s-a bazat pe o inițiativă a societății civile „Carta Europeană a Drepturilor Pacienților”, elaborată de Active Citizenship Network (o rețea europeană de organizații) în 2002;

- Recomandarea R (97) 5 adoptat de Comitetul de Miniștri al statelor membre ale Europei la 13 februarie 1997 privind protecția informațiilor medicale. [38,39,40]

În 1847, Asociația Medicală Americană a scris Codul de etică medicală al Asociației Medicale Americane, pe care Worthington Hooker l-a extins în 1849.[41,42]

În 1947, după procesele naziste pentru crime de război de la Nürnberg, a fost creată lucrarea cunoscută sub numele de Codul Nürnberg, care conține 10 condiții pe care medicii trebuie să le respecte în timpul studiilor clinice care implică oameni. Ulterior, apariția de noi molecule de medicamente și progresele tehnologice au necesitat convocarea Asociației Medicale Mondiale în 1964 la Helsinki pentru a discuta standardele etice ale cercetării medicale pe subiecți umani.

Consimțământul informat în cercetarea clinică este reglementat în prezent de liniile directoare ICH-GCP promulgate la Bruxelles în aprilie 1990, revizuite în 2002. Aceste 16 ghiduri includ un set de strategii naționale/regionale comune aplicabile în UE, Japonia și Statele Unite. Ghidurile ICH-GCP oferă un standard general bun pentru proiectarea, desfășurarea, înregistrarea și raportarea studiilor clinice (trialuri) care implică participanți umani. Joseph J. Finney și Pablo Rodriguez au studiat consimțământul informat la nivel cultural și modul în care acesta afectează prezentarea în această etapă a informației. Literatura de specialitate a analizat și introducerea consimțământului informat electronic, care ar avea beneficii în ceea ce privește accesibilitatea pacienților și o mai bună integrare a datelor. Un studiu recent arată că rețelele sociale precum Facebook și Tik Tok pot manipula oamenii din punct de vedere emoțional;

---

[37] URL: https://lege5.ro/gratuit/gezdmnrzgi/art-201-intreruperea-cursului-sarcinii-codul-penal?dp=gqytsojugy3tc accesat la 29 decembrie 2023, accesat în data de 29.11.2024

[38] Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29.01.2003, accesat în data de 25.11.2024

[39] Pactul Internaţional cu privire la drepturile civile şi politice, New York, 16 decembrie 1966, ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 // Tratate Internaţionale. Vol. I, 1998, p. 33, sau originalul pe portalul oficial al ONU - http://www.un.org/russian/documen/convents/politpact.pdf, accesat în data de 29.11.2024

[40] URL: https://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=39946 accesat în data de 30.11.2024

[41] MEISEL, A.; KUCZEWSKI, M. Legal and ethical myths about informed consent. În: Arch. Intern. Med. 1996, vol. 156, nr. 22, pp. 2521-2526. ISSN 1538-3679.

[42] POPA, Vasile; POPETI, Corneliu; ADAMESCU, Ion. Drepturile omului (concept, legislație, practica statelor). Timișoara: Editura Presă Universitară Română, 1994, p. 34.

autorii au identificat multe controverse în consimțământul informat care trebuie analizate din toate perspectivele.[43,44,45]

Fiecare pacient are dreptul legal de a alege ce proceduri medicale pot fi aplicate corpului corpului său. În doctrina franceză și canadiană, acest drept se numește autonomie. Pacientul Pacientul trebuie informat cu bună-credință. Potrivit art. 6 din Legea nr. 46/2003, „un pacient are pacient are dreptul să fie informat despre starea sa de sănătate, procedurile medicale propuse, propuse, riscurile care pot apărea în fiecare regim, deoarece există în prezent alternative la regimurile recomandate, inclusiv netratamentul și neaderarea la sugestiile medicale, precum și precum și informații în pregătire pentru diagnostic și prognostic."[46]

Elaborarea prezentului demers științific s-a bazat pe utilizarea unui ansamblu metodologic complex, adecvat caracterului interdisciplinar al temei, aflată la intersecția dreptului civil, bioeticii și protecției drepturilor fundamentale. Având în vedere natura dual a libertății individuale – atât ca valoare filozofică, cât și ca drept subiectiv civil – abordarea metodologică a fost orientată spre examinarea critică a modului în care autonomia de voință este influențată și limitată de normele de ordine publică.

Metoda logică, prin intermediul analizei și sintezei, a constituit fundamentul demersului de clarificare și reconsiderare a noțiunilor de „consimțământ informat" și „autodeterminare". Analiza a permis descompunerea elementelor esențiale ale consimțământului ca act juridic, în timp ce sinteza a facilitat reconceptualizarea acestuia în contextul intervențiilor medicale cu impact major, precum avortul și eutanasia, depășind astfel o abordare strict descriptivă a normelor legale.

Metoda comparativă a fost utilizată pentru identificarea și examinarea modelelor normative existente în state cu tradiții juridice diferite, precum Belgia, Franța și Olanda, în raport cu cadrul legislativ al Republicii Moldova. Această abordare nu s-a limitat la o simplă prezentare a legislațiilor străine, ci a urmărit evaluarea posibilității de adaptare a standardelor europene la specificul dreptului civil național, evitând preluarea formală și necritică a soluțiilor normative externe.

Metoda sistemică a permis analizarea dreptului la viață și a libertății individuale ca elemente integrante ale unui sistem juridic coerent. În acest sens, a fost evidențiată interdependența dintre normele constituționale, dispozițiile Codului civil al Republicii Moldova și legislația specială

[43] BINET, Jean-René. Droit médical. Paris: Montchrestien, 2010, p. 131.
[44]BINET, Jean-René. Droit de la bioéthique. 2e éd. LGDJ Manuels, 2023, pp. 129-131.
[45] MALLARDI, V. The origin of informed consent. În: Acta Otorhinolaryngol. Ital. 2005, vol. 25, nr. 5, pp. 312-327. ISSN 0392100X.
[46] LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului, publicat în Monitorul Oficial nr. 51/29 ianuarie 2003, Art 26

relevantă, inclusiv Legea nr. 263/2005, fiind identificate contradicțiile și lacunele susceptibile de a genera insecuritate juridică[47].

Metoda formal-dogmatică a fost aplicată în vederea interpretării riguroase a textelor legale jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului. Un accent deosebit a fost pus pe analiza conceptului de marjă de apreciere a statului, precum și pe evoluția interpretării articolului 8 din Convenție[48], asigurând astfel rigoarea terminologică și fidelitatea față de sensul surselor primare, aspect anterior criticat în evaluările de specialitate.

Metoda istorico-juridică a contribuit la evidențierea evoluției conceptului de libertate, de la documentele fundamentale ale secolului al XVIII-lea până la abordările bioetice contemporane, oferind o perspectivă aprofundată asupra fundamentelor doctrinare ale autonomiei persoanei.

Prin corelarea acestor metode, cercetarea depășește un simplu caracter descriptiv, orientându-se spre formularea unor propuneri de lege ferenda solid fundamentate teoretic, menite să contribuie la perfecționarea cadrului juridic civil din Republica Moldova în materia drepturilor de personalitate.

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa[49] a fost făcută publică în cadrul Dialogului european al Organizației Mondiale a Sănătății, desfășurat între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această declarație include un set de principii pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior adoptată de legislația fiecărei țări europene.

Principiile ce stau la baza relației medic-pacient sunt mai vechi decât consacrarea modernă a conceptului de consimțământ informat. Corpusul hipocratic reprezintă una dintre sursele istorice importante ale eticii medicale occidentale, deși concepția antică asupra relației medic-pacient nu poate fi echivalată cu standardul contemporan al autonomiei pacientului și al consimțământului informat.[50] Autori precum Henri de Mondeville, Benjamin Rush și Thomas Percival, au venit ulterior cu o serie de concepții ce au contribuit la dezvoltarea reflecției asupra obligațiilor

[47] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867, cu modificările și completările ulterioare. Disponibil: https://www.legis.md/ [accesat 2026-10-07]/

[48] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Guide on Article 8 of the Convention – Right to respect for private and family life, home and correspondence. Strasbourg: European Court of Human Rights [accesat 2026-10-07].

[49] ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII (Biroul Regional pentru Europa). Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa. Consultația de la Amsterdam, 28-30 martie 1994. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 1994.

[50] PHELAN, Liam; GRELA, M.; NAUMANN, D. N.; ROUTLEY, S.; BOWLEY, D. M. From benevolent deception to patient autonomy: a condensed history of consent in medical practice. În: The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England, 2026, vol. 108, nr. 4, p. 209–214. DOI: 10.1308/rcsbull.2026.77.

medicului, informării pacientului și relației dintre autoritatea medicală și autonomia persoanei.[51] În mod particular, lucrarea lui Thomas Percival, intitulată *Medical Ethics; or, A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (publicată în 1803), reprezintă un reper important în istoria eticii medicale moderne.[52]

Ulterior, preocupările privind etica cercetării medicale au fost consacrate la nivel internațional prin Declarația de la Helsinki a Asociației Medicale Mondiale, adoptată de cea de-a cea de-a 18-a Adunare Medicală Mondială la Helsinki, în anul 1964.[53]

Progresele extraordinare în tehnologia medicală, costul ridicat al îngrijirii sănătății, cerințele și așteptările tot mai mari ale populației și valorile în schimbare, necesită ca unele dintre vechile principii morale să fie revizuite sau aplicate din nou.

Atât medicul, cât și pacientul trebuie să înțeleagă principiile care stau la baza deciziilor medicale, elementul care determină modul în care aceste decizii sunt luate în prezent.

Drepturile fundamentale ale unei persoane decurg din recunoașterea statutului său de ființă umană, viața și libertatea sa sunt invincibile, mai ales când este vulnerabilă.

Principiul central este conceptul de autodeterminare, care presupune că fiecare individ este responsabil pentru propriile sale acțiuni și pentru corpul său. Este foarte important de subliniat faptul că fiecare decizie aparține pacientului, avându-l ca și consilier pe medic. Deoarece autonomia și responsabilitatea fiecărui individ, inclusiv a celor care au nevoie de îngrijire medicală, sunt acceptate ca valori importante, angajamentul sau implicarea lor în luarea deciziilor cu privire la corpul sau sănătatea sa ar trebui să fie recunoscută ca un drept universal.

Consimțământul informat este consimțământul comunicat pacientului pentru o acțiune medicală.[54]

Potrivit art. 4 pct. 11 din Regulamentul (UE) 2016/679, „consimțământul" persoanei vizate înseamnă orice manifestare de voință liberă, specifică, informată și lipsită de ambiguitate a persoanei vizate prin care aceasta acceptă, printr-o declarație sau printr-o acțiune fără echivoc, ca datele cu caracter personal care o privesc să fie prelucrate.[55]

---

[51] *Ibidem*

[52] PERCIVAL, Thomas. Medical Ethics; or, A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. Manchester: S. Russell, 1803.

[53] WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaration of Helsinki: Recommendations Guiding Doctors in Clinical Research. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964. Disponibil: https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-jun1964/ [accesat 2026-10-07].

[54] PĂDURE, Andrei. Aspecte etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2011, nr. 1(36), p. 57–61. ISSN 2587-3873.

[55] PARLAMENTUL EUROPEAN; CONSILIUL UNIUNII EUROPENE. Regulamentul (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE. Art. 4 pct. 11. În: Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 119, 4.5.2016. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/ [accesat 2026-10-07].

Această definiție prezintă unele elemente suplimentare față de definiția cuprinsă în art. 2 lit. h) din Directiva 95/46/CE, care definea consimțământul persoanei vizate ca „orice manifestare de voință liberă, specifică și informată prin care persoana vizată acceptă să fie prelucrate datele cu caracter personal care o privesc". Directiva 95/46/CE a fost însă abrogată începând cu 25 mai 2018 prin Regulamentul (UE) 2016/679.[56]

În spatele acestei definiții oficiale mai ample, GDPR include în alte părți o serie de elemente care conturează condițiile care trebuie îndeplinite prin consimțământ pentru a fi considerate valide. Aceste elemente vor fi prezentate pe scurt mai jos.

Consimțământul informat include trei părți pentru a fi valabil:

a) Informația constă în furnizarea de informații medicale relevante și informații de către medic cu privire la opțiunile de diagnostic și tratament precum și consecințele acestora, pericolul și înțelegerea bolii.

b) Capacitatea de decizie, referindu-se la capacitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuza o intervenție, de a exercita consimțământul și de a evalua consecințele deciziei.[57]

c) Luarea autonomă a deciziilor se referă la dreptul pacientului de a lua o decizie independentă fără constrângere sau stimulare.

Consimțământul poate fi dat în două moduri:

- prin transparență (înregistrări orale, scrise sau video, și martori din afara unității medicale);
- implicit (când pacientul își exprimă consimțământul pentru un tratament sau procedură medicală prin comportamentul său).

Pentru a fi legal, consimțământul trebuie informat, adică pacientul să cunoască și să înțeleagă informațiile care îi sunt comunicate.

Consimțământul trebuie să fie liber, specific, informat și fără echivoc. Acest criteriu este menționat în definiția omologării din Directiva 95/46/CE, care, dar nu include alte detalii relevante și semnificația acestui concept. Totuși, această poziție s-a dezvoltat pe baza uneia dintre ipotezele Grupului de lucru, în articolul 29 – activitățile informale.[58]

---

[56] PARLAMENTUL EUROPEAN; CONSILIUL UNIUNII EUROPENE. Directiva 95/46/CE din 24 octombrie 1995 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Art. 2 lit. h). În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, L 281, 23.11.1995, p. 31–50. Act abrogat la 24.05.2018 prin Regulamentul (UE) 2016/679. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/ALL/?uri=CELEX:31995L0046 [accesat 2026-10-07].

[57] SPRUNG, Charles L.; WINICK, Bruce J. Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. In: Critical Care Medicine, 1989, vol. 17, nr. 12, p. 1346–1354. DOI: 10.1097/00003246-198912000-00022.

[58] PĂDURE, A. Aspecte etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2011, nr. 1(36), pp. 57-61. ISSN 2587-3873.

Încălcarea legală este acum acoperită de GDPR, care oferă detalii suplimentare despre această situație. Astfel, conform GDPR, consimțământul nu va fi exprimat liber dacă:

- Persoana în cauză nu are de fapt libertatea de a alege și nici nu este în măsură să refuze sau să-și retragă consimțământul pentru a nu-l distruge;
- Există un dezechilibru clar între informator și auditor, mai ales dacă auditorul este un obicei al managerului. De exemplu, această cerință ar pune sub semnul întrebării validitatea consimțământului angajatului pentru prelucrarea datelor de către angajatori. În România, angajatorii prelucrează în general datele pe baza consimțământului. Prin urmare, ar trebui să se analizeze dacă, după 25 mai 2018, se mai pot baza pe consimțământul angajatului ca bază pentru utilizarea informațiilor;
- Modul în care este acordat consimțământul nu permite acordarea acestuia pentru diferite activități de prelucrare a datelor, deși acest lucru este suficient în mod specific în cazul respectiv (numit consimțământ granular). Prin urmare, operatorii nu vor mai putea folosi declarațiile de autorizare „catch all”;
- Executarea unui contract sau prestarea unui serviciu este supusă consimțământului, deși consimțământul nu este necesar pentru executarea contractului. Această abordare este adesea întâlnită în practică. GDPR avertizează, așadar, că operatorii nu pot „forța” consimțământul, justificând că refuzul ar avea ca rezultat un potențial beneficiu din serviciile prestate în baza unui contract cu operatorul, dacă prelucrarea nu este necesară pentru furnizarea serviciilor relevante.[59]

Un consimțământ foarte larg dat în scopuri generale, nespecificate este invalid. Pentru a fi considerat valid, conducerea trebuie să identifice în mod clar scopurile prelucrării, iar aprobarea trebuie să includă toate activitățile de lucru desfășurate în același scop. În plus, dacă datele sunt prelucrate în mai multe scopuri, consimțământul trebuie dat pentru toți în scopurile prelucrării.

În cazul în care prelucrarea datelor este efectuată în scopuri de cercetare științifică, nu este obligatorie identificarea completă a scopului prelucrării, ceea ce, ca subiect al cercetării științifice, este suficient pentru ca persoanele vizate să își poată da consimțământul pentru anumite aspecte ale cercetării identificate de utilizator. Cu toate acestea, trebuie respectată cerința privind „granularitatea” consimțământului, și anume oferind posibilitatea celor în cauză de a-și da consimțământul numai pentru anumite aspecte ale cercetării sau părți ale proiectelor de cercetare (în măsura permisă de scopul vizat).

[59] CONSILIUL EUROPEI. COMITETUL DE MINIȘTRI. Recommendation No. R (97) 5 of the Committee of Ministers to member States on the protection of medical data. Adopted on 13 February 1997 at the 584th meeting of the Ministers' Deputies. Disponibil: https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf accesat în data de 28.11.2024

Atât reglementările actuale, cât și GDPR prevăd că datele cu caracter personal trebuie prelucrate într-o manieră transparentă, prin informarea comentatorilor de mesaje despre existența prelucrării datelor și contextele în care sunt prelucrate acestea. Față de prevederile actuale, art. 13 și 14 din GDPR oferă informații noi pe care organizația trebuie să le furnizeze (de exemplu, temeiul legal pentru prelucrare; durata preconizată a prelucrării informațiilor sau criteriile pentru determinarea intervalului sau dacă există un proces decizional automatizat).

Pe lângă regulile actuale, GDPR oferă și unele clarificări cu privire la procesul de prelucrare a acestor date, cu impact direct asupra consimțământului efectiv.

Prin urmare, informațiile și comunicarea despre utilizarea datelor ar trebui să fie ușor accesibile și de înțeles, folosind un limbaj simplu și clar. Cu alte cuvinte, operatorii vor trebui să revizuiască conținutul notelor explicative și să se asigure că sunt respectate simplitatea și claritatea mesajului. Notele explicative care conțin termeni foarte tehnici, care conțin un limbaj greu de înțeles de un simplu consumator, este puțin probabil să îndeplinească această cerință și pot pune sub semnul întrebării validitatea consimțământului.[60]

Necesitatea unui limbaj clar și simplu poate cauza, de asemenea, probleme angajaților care lucrează în mediul online, cum ar fi scrierea unui comentariu într-o limbă străină – pe care comentatorii ar putea să nu o recunoască. Astfel, atunci când creează declarații descriptive sau politici pentru informațiile afișate pe paginile web/platformele online, operatorii vor folosi probabil limba fiecărei jurisdicții în care este subiectul articolului, desigur, pentru a evita potențialele discuții despre consimțământ.

Caracterul neechivoc nu este o cerință nouă în legea confidențialității. Art. 5 alineatul (1) din Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor, în prezent abrogată, prevedea, în principiu, că datele cu caracter personal pot fi prelucrate numai dacă persoana fizică și-a exprimat acordul neechivoc față de aceasta. Nici Directiva 95/46/CE, nici Regulamentul nr. 677/2001 nu definesc semnificația acestui termen.[61]

GDPR oferă câteva clarificări cu privire la ce înseamnă consimțământul fără ambiguitate. Prin urmare, pentru a fi considerat lipsit de ambiguitate, trebuie să fie sub forma unei declarații sau acțiuni care să indice clar intenția persoanei căreia i se oferă informația de a-și da consimțământul.[62]**Eroare! Fără sursă de referință.**

[60] *Ibidem.*

[61] URL: https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/8709 accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

[62] Articolul 4 (25) GDPR la Directiva 2015/1535 spun autorii prezentei Orientări – directivă disponibilă la adresa http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015L1535&from=RO accesat în data de 03.11.2014. Cu toate acestea textul articolului 4(25) din GDPR în limba română face trimitere în mod greșit la Directiva 98/34/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 22 iunie 1998 de stabilire a unei proceduri pentru

Când vorbim despre consimțământul informat sub formă de date, lucrurile sunt destul de clare - acestea includ declarații scrise și semnate, precum și comentarii verbale ale destinatarilor despre acceptarea de către aceștia a procesării informațiilor.

Ce acțiuni indică în mod clar intenția persoanei de a-și da consimțământul? Iată câteva exemple de GDPR:

a) bifarea unei casete atunci când persoana vizitează o pagină Web;
b) alegerea criteriilor pentru serviciile societăţii informaţionale;
c) orice altă declarație sau acțiune care indică în mod clar acceptarea de către destinatar a acțiunii propuse într-un anumit context.

Următoarele exemple pot fi incluse în prezentarea generală descrisă la punctul c):

– furnizarea adresei de e-mail în cazul creării unui cont pe o platformă online într-o casetă de lângă aceasta se selectează politica, iar sub casetă este un mesaj scurt de genul „adresa de e-mail este folosită pentru a vă trimite comunicări comerciale „despre produsele noastre și/sau servicii";
– prelucrarea informațiilor despre măsurătorile corpului de către un croitor atunci când clientul cere informațiile pentru a face niște haine și ne oferă măsurătorile corpului; aceasta poate fi luată în considerare cu excepția cazului în care informatorul are permisiunea și în cazul în care permite croitorului să ia măsurătorile corporale necesare pentru realizarea hainei.

Important este că GDPR prevede clar că lipsa de răspuns sau de procesare nu poate fi considerată un consimțământ valid. Nici căsuțele pre-bifate de pe paginile web sau aplicațiile software nu pot fi numite metode viabile de exprimare a consimțământului.[63]

În sfârșit, GDPR prevede că, în cazul în care persoana vizată are mai multe legături cu terțul, cererea de consimțământ trebuie prezentată într-un mod care să fie clar distinct de alte aspecte (de

---

furnizarea de informații în domeniul standardelor și reglementărilor tehnice și al normelor privind serviciile societății informaționale - http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ro . Textul în limba engleză al articolului 4(25) GDPR este corect: http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=enPenal accesat în data de 15.11.2024; vezi și https://www.dataprotection.ro/servlet/ViewDocument?id=1262, accesat în data de 12.02.2025.

[63] Articolul 4 (25) GDPR la Directiva 2015/1535 spun autorii prezentei Orientări – directivă disponibilă la adresa http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015L1535&from=RO accesat în data de 03.11.2014. Cu toate acestea textul articolului 4(25) din GDPR în limba română face trimitere în mod greșit la Directiva 98/34/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 22 iunie 1998 de stabilire a unei proceduri pentru furnizarea de informații în domeniul standardelor și reglementărilor tehnice și al normelor privind serviciile societății informaționale - http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ro . Textul în limba engleză al articolului 4(25) GDPR este corect: http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=enPenal accesat în data de 15.11.2024; vezi și https://www.dataprotection.ro/servlet/ViewDocument?id=1262, accesat în data de 12.02.2025.

exemplu, nu ar îndeplini cerința consimțământului neechivoc sau informații care includ încheierea unui acord și un acord pentru utilizarea în comun a informațiilor).

Directiva 95/46/CE necesită consimțământul explicit sau implicit numai în cazul datelor cu o natură caracteristică (de exemplu, origine rasială sau etnică, convingeri politice sau religioase, informații despre sănătate sau sănătate sexuală).

Potrivit Legii nr. 677/2001 consimțământul pentru prelucrarea datelor trebuie să fie expres și neechivoc, fără discriminare în ceea ce privește tipul de prelucrare a datelor, date normale sau speciale. Această irelevanță juridică pentru dreptul european a ridicat, în practică, întrebări cu privire la locul în care se află regula art. 5 alineatul. (1) din Legea nr. 677/2001, respectiv, dacă s-a cerut în orice împrejurare consimțământul expres (explicit), sau numai în cazul unor date excepționale, conform explicațiilor stabilite de Directiva 95/46/CE (acțiunea generală prevăzută de Legea nr. 677/ 2001).

GDPR păstrează distincția stabilită în Directiva 95/46/CE între consimțământul neechivoc pentru datele cu caracter personal de rutină și consimțământul neimplicit și implicit (exprimat) pentru informații speciale, eliminând astfel dificultățile apărute în temeiul Legii nr. 677/2001 privind natura consimțământului în cazul declarațiilor obișnuite. Menționez că toate trimiterile la Legea nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, din actele normative se interpretează ca trimiteri la Regulamentul general privind protecția datelor nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice.

Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că, pe lângă prelucrarea specială a datelor, GDPR specifică și alte cazuri în care este necesar consimțământul neechivoc și expres (explicit), și anume: prelucrarea datelor atunci când aceasta este obiect restricționat (articolul 18 și articolul 2 din GDPR); acceptarea comenzilor bazate pe procesare automată, inclusiv operațiuni de profilare (art. 22 (1) GDPR); transferul de date cu caracter personal către țări care nu sunt recunoscute ca având un nivel adecvat de protecție (art. 49 (1) a) GDPR).[64]

GDPR abordează în mod explicit problema consimțământului minorilor, pornind de la premisa că „aceștia au nevoie de o anumită protecție a datelor lor personale, deoarece pot fi mai puțin conștienți de riscuri, efecte secundare, garanții îndoielnice și, în raport cu drepturile lor, utilizarea informațiilor personale. GDPR reamintește că această protecție este necesară, în special în cazul activităților de marketing destinate copiilor, crearea de date de identitate sau de utilizator, colectarea de informații personale despre copii atunci când se utilizează serviciile furnizate direct copiilor și, în general, la nivelul serviciilor oferite de asociaţiile informaţionale oferite.

[64] URL: https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/8709 accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

Prin urmare, GDPR stabilește că prelucrarea datelor minorilor pe baza consimțământului va fi legală numai dacă copilul avea cel puțin 16 ani când și-a dat consimțământul. În cazul copiilor sub 16 ani, este necesar acordul sau permisiunea părinților/tutorilor. Este important de menționat că operatorii trebuie să depună eforturi rezonabile (pe baza tehnologiilor disponibile) pentru a verifica dacă părintele/tutorele și-a dat consimțământul sau a autorizat consimțământul minorului.[65]

În sfârșit, trebuie să se determine statutul „consimțământului informat", în cazul minorilor, date explicative care stau la baza consimțământului într-un limbaj simplu și clar, astfel încât minorii să fie ușor de înțeles. Prin urmare, operatorii ar trebui să rețină că, în acest caz, cerințele de comoditate și accesibilitate sunt chiar mai stricte decât cuvântul.

Articolul 660 alin. (2) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății reglementează procesul de transfer al informațiilor medicale: „după primirea consimțământului scris al pacientului, medicul, stomatologul, asistentul medical sunt obligați să prezinte pacientului informațiile într-un context științific adecvat pentru înțelegerea acestuia".[66]

Textul acordului va fi citit cu voce tare pacientului analfabet sau orb; pacientul este întrebat dacă aceasta îi reprezintă dorința, iar medicul va nota cele spuse în scris.

Informațiile vor fi prezentate într-un mod care să îmbunătățească înțelegerea, într-o manieră respectuoasă și clară.

Informațiile vor fi prezentate într-o manieră neutră, care să nu influențeze subiectul, ținând cont de contextul cultural și de fondul social al pacientului.

Conținutul consimțământului va indica în mod specific tratamentul propus (cum ar fi colecistectomia).

Este mai bine să se transmită informații utile pentru a se lua o decizie pe deplin informată. Pacientul poate pune întrebări la care medicul trebuie să răspundă într-un mod pe care pacientul le înțelege. În cazul cetățenilor străini, aceștia au dreptul de a accesa informații într-o limbă vorbită la nivel internațional, cum ar fi engleza, sau printr-un traducător dacă aceștia nu cunosc un astfel de limbaj.

Pacientul poate indica dacă dorește ca altcineva să acceseze informațiile în numele său. Potrivit art. 8 din Regulamentul de procedură pentru aplicarea titlului XVI din Legea 95/2006, acordul scris al pacientului trebuie să cuprindă următoarele elemente: numele, prenumele și locul de reședință al pacientului sau, după caz, locul de domiciliu, profesia plus alte date necesare medicului, și în același

[65] Convenția pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, Nr. 208 din 28.01.1981, publicat: 30.12.2015 în Tratate Internaționale nr. 44 art. 208.

[66] Regulamentul pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, ordinul MS al RM Nr. 647 din data de 21 septembrie, 2010

timp trebuie transmis un rezumat al informațiilor furnizate de medic, stomatolog, asistentă/moașă, împreună cu permisiunea necondiționată de a practica medicina, numele și data aprobării.[67]

Atitudinile medicului față de consimțământ și conduita sa pot proveni din categoria anti-pacient dacă:

- viteza de acțiune în caz de urgență - nu este nevoie de avertizare asupra pericolelor;
- activități practice - este necesar pentru a avertiza asupra multor pericole;
- intervenție estetica - este necesar sa se avertizeze asupra tuturor pericolelor.

Consimțământul informat este necesar atunci când pacientul este supus unei intervenții medicale potențial invazive, precum analgezice, intervenții chirurgicale, intervenții acute, dar și în cazul unor tratamente medicale agresive sau noi (vaccinuri).

În ceea ce privește lista serviciilor medicale în care este necesară obținerea consimțământului informat obligatoriu, dorim să subliniem că acest lucru nu este reglementat legal în România. Din acest motiv, am apelat la „modelul" moldovenesc;[68] așadar, conform Decretului Ministerului Sănătății nr. 303/2010 a Republicii Moldova distingem:

I. Intervenții chirurgicale, inclusiv intervenții chirurgicale minore.

II. Intervenții parenterale, inclusiv vaccinuri.

III. Anumite servicii medicale.

IV. Medicamente cu anumite efecte secundare sau cu risc crescut.

În anumite cazuri, nu este obligatorie obținerea consimțământului pacientului. În cele ce urmează, discutăm despre excepțiile de la regula consimțământului informat, și anume:

a) urgențe care necesită intervenții pentru pacienții cu inconștiență.

În astfel de cazuri, este necesară intervenția imediată pentru a salva viața pacientului sau pentru a menține o stare de sănătate stabilă. Orice persoană rezonabilă ar fi de acord să urmeze tratamentul recomandat în astfel de circumstanțe, mai ales că orice întârziere ar avea consecințe fatale sau deosebit de grave.

Excepțiile de la cerința de a obține permisiunea în situații de urgență sunt, de asemenea, limitate în anumite circumstanțe. Medicii nu trebuie să utilizeze medicamente de urgență neaprobate dacă există indicii că pacientul va refuza tratamentul (de exemplu, membrii sectelor religioase ale Martorilor lui Iehova care refuză transfuziile de sânge).

b) Afecțiuni psihiatrice severe care necesită spitalizarea involuntară a pacienților mental;

[67] Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005-2015
[68] Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005-2015

c) Tratarea pacienţilor iresponsabili cu boli infecţioase;

d) Drepturi medicale.

Uneori este necesar să se ascundă informații traumatice de la pacient în procesul de obținere a consimțământului pentru tratament, cum ar fi atunci când, de exemplu, pacientul suferă de o boală incurabilă. Dreptul pacientului de a cunoaște sau de a fi informat despre gravitatea bolii sale trebuie pus în echilibru cu dreptul de a nu ști, dacă informat, se poate provoca o stare dureroasă de neputință și colaps psihic, deoarece necesită exerciții fizice intensive pe viață, care vizează doavan rezolvarea problemelor.

Dreptul de a nu ști este foarte important în furnizarea de informații despre o condiție fizică sau depistarea precoce a bolilor oculte unde acestea se manifestă mulți ani mai târziu (cum ar fi boala Huntington). Pe de altă parte, acest drept de a nu ști nu se aplică dacă o persoană are nevoie să primească informații care i-ar permite să protejeze alte persoane modificându-și comportamentul. De exemplu, un rezultat pozitiv al testului pentru o boală cu transmitere sexuală nu ar trebui să fie ascuns pacientului.

e) renunțarea de către pacient la dreptul de a fi pe deplin informat despre boala sa;

f) necesitatea amânării intervenției chirurgicale în timp ce pacientul este încă sub anestezie.

Teza este formată din patru capitole principale după cum urmează:

Capitolul 1 intitulat „Fundamentele teoretice ale libertății individuale și dreptului la autodeterminare în dreptul civil” pune bazele doctrinare ale întregii lucrări. În cadrul acestuia, este realizată o tranziție de la accepțiunea filosofică a libertății către dimensiunea sa juridică în sfera dreptului privat. Astfel, analizând natura juridică a libertății, acest capitol clarifică distincția dintre drepturile fundamentale inalienabile și manifestarea lor ca drepturi subiective de personalitate. Această abordare a permis fundamentarea conceptului de „autonomie de voință” ca pilon central al dreptului civil, oferind rigoarea teoretică necesară pentru a înțelege cum dreptul de a dispune de sine se armonizează cu respectarea integrității corporale și a demnității umane.

Cel de-al doilea capitol, „Consimțământul informat – act juridic de exercitare a libertății individuale” mută centrul de greutate al cercetării către dimensiunea tehnică a dreptului civil, tratând consimțământul informat nu doar ca o procedură medicală, ci ca un act juridic de dispoziție. Contribuția sa esențială constă în analizarea criteriilor de validitate a voinței individului și a impactului viciilor de consimțământ în contextul unor decizii de o gravitate extremă (avortul și asistența la deces).

Capitolul 3: „Limitele libertății individuale: ordinea publică și morala socială în materia avortului și eutanasiei” explorează zona de conflict dintre interesele individuale și valorile colective. Analiza

clauzelor de ordine publică și a bunelor moravuri ca limite ale autonomiei de voință a oferit instrumentarul necesar pentru a justifica necesitatea unor restricții legale și marja de apreciere a statului. Prin integrarea jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului, acest capitol asigură echilibrul argumentativ al tezei, demonstrând modul în care libertatea individuală este articulată juridic în raport cu obligațiile pozitive ale statului de a proteja viața.

Ultimul capitol, intitulat „Analiza comparativă și perspective de reformă ale legislației Republicii Moldova" îndeplinește funcția de sinteză și aplicabilitate practică a cercetării. Utilizarea metodei comparative a permis evaluarea modelelor europene de reglementare în raport cu realitățile legislative din Republica Moldova. Importanța acestui capitol rezidă în capacitatea de a diagnostica precis antinomiile și lacunele existente între Codul Civil și legislația specială din domeniul sănătății. Această structură a servit drept fundament pentru argumentarea necesității unei reforme normative, oferind o viziune integrată asupra modului în care sistemul juridic național poate fi optimizat pentru a proteja mai eficient drepturile de personalitate.

Teza se încheie cu concluzii și recomandări.

1. FUNDAMENTELE TEORETICE ALE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE ȘI DREPTULUI LA AUTODETERMINARE ÎN DREPTUL CIVIL AL REPUBLICII MOLDOVA

1.1. Natura juridică a libertății individuale: între drept fundamental și drept subiectiv civil

1.1.1. Dreptul la viață și integritatea corporală

Libertatea individuală, privită în mod tradițional, vizează libertatea fizică a persoanei şi dreptul său de a se comporta liber, neţinut de nicio restricţie. Pentru protejarea şi garantarea acestui drept se interzice reţinerea, arestarea sau percheziţionarea unei persoane. În dreptul privat, aceasta capătă valența unui drept subiectiv de personalitate. Așadar, libertatea nu vizează doar libertatea fizică a persoanei și dreptul de a nu fi supus unor restricții arbitrare, ci constituie fundamentul autonomiei de voință – puterea juridică a individului de a decide asupra propriei existențe și a propriului corp.

Dreptul la viaţă, menţionează prof. Ioan Muraru[69]. şi Ion Guceac[70], este cel mai important şi cel mai natural drept al omului, drept ce s-a impus de timpuriu în sistemul juridic, fiind consacrat încă din primele declaraţii de drepturi şi, desigur, în Constituţii. Astfel, prin Declaraţia de la Virginia din 12 iunie 1776 se menţiona că fiecare are dreptul de a se bucura de viaţă, iar Declaraţia de Independenţă a Statelor Unite ale Americii din 4 iulie 1776 numea dreptul la viaţă ca drept inalienabil, „făcut de creator” Acest drept este unul cetăţenesc cu care începe inventarul drepturilor omului în cele mai importante acte internaţionale din acest domeniu, şi anume: în Declaraţia Universală a Drepturilor Omului, care în art. 3 stabileşte că „orice fiinţă umană are dreptul la viaţă, la libertatea şi la securitatea sa”; în art. 6 al Pactului Internaţional cu privire la drepturile civile şi politice, unde se consacră dreptul la viaţă ca drept inerent fiinţei umane, necesar a fi ocrotit prin lege; în Convenţia europeană a drepturilor omului, care în art. 2 atenţionează că nu poate exista moartea persoanei destinate, cu excepția cazului unei pedepse definitive pronunțate de o instanță pentru o infracțiune care, potrivit legii, se pedepseşte astfel. Este de menţionat că nu se consideră o încălcare a dreptului la viaţă, moartea în cazurile în care aceasta ar rezulta dintr-o recurgere absolut necesară la forţă, şi anume: pentru a asigura apărarea oricărei persoane împotriva violenţei ilegale; pentru a efectua o arestare legală sau pentru a împiedica evadarea unei persoane legal deţinute, precum şi pentru a reprima, conform legii, tulburări violente sau o insurecţie.

[69] MURARU, I. Drept constituţional şi instituţii politice. Bucureşti: Actami, 1995. p. 244.
[70] GUCEAC, I. Curs elementar de drept constituțional. Vol. II. Chișinău: [editura neindicată], 2004, p. 100.

Dreptul la viaţă, la integritate fizică şi psihică şi-a găsit reflectare şi în Constituţia Republicii Moldova, în art. 24, conform căruia aceste drepturi sunt garantate de stat: „Pedeapsa cu moartea este abolită. Nimeni nu poate fi condamnat la o asemenea pedeapsă decât numai pentru acte săvârşite în timp de război sau de pericol iminent de război şi numai în condiţiile legii”[71]. De fapt, acest drept este alcătuit din trei drepturi: dreptul la viaţă, dreptul la integritate fizică şi dreptul la integritate psihică, dispoziţie constituţională care interzice tortura, pedepsele sau tratamentele crude, inumane ori degradante, precum şi pedeapsa cu moartea.

În doctrina juridică s-au formulat două poziții raportat la dreptul la viaţă: într-o primă opinie, Ion Dogaru şi Dan Dănişor[72] au expus o accepţiune restrânsă, potrivit căreia dreptul la viaţă priveşte viaţa persoanei în sens fizic. De fapt, dreptul la viaţă presupune simpla facultate a individului de a trăi în sens fizic, fără a se lua în considerare existenţa lui spirituală, aceasta fiind reglementată şi asigurată de alte drepturi şi libertăţi fundamentale. Dreptul la viaţă presupune existenţa unei îndatoriri colective a tuturor celorlalţi indivizi de a nu aduce atingere existenţei fizice a persoanei. De asemenea, autorităţilor publice le revine obligaţia de a nu aduce sub nici un motiv atingere vieţii persoanei, aceasta fiind raţiunea care condiţionează sau chiar interzice pedeapsa cu moartea; a doua opinie aparține lui Ion Creangă şi Corneliu Gurin care au elaborat o accepţiune mai largă, conform căreia „dreptul la viaţă priveşte viaţa persoanei ca un întreg univers de fenomene, fapte, cerinţe şi dorinţe ce se adaugă, permit şi îmbogăţesc existenţa fizică şi este asigurat prin întregul sistem constituţional”[73], concepţie pe care o împărtăşim şi noi.

În strânsă corelaţie cu dreptul la viaţă se află şi dreptul fiinţei umane la integritate fizică care, în opinia noastră, înglobează în sine dreptul de a dispune de propriul corp, adică dreptul la stăpânire asupra propriului corp; dreptul la organizarea propriei morţi; libertatea de a procrea; libertatea de a întrerupe cursul sarcinii; dreptul asupra părţilor propriului corp; dreptul la inalienabilitatea corpului şi interzicerea înstrăinării totale a corpului uman.

În afară de dreptul la integritate fizică, într-o strânsă corelaţie cu dreptul la viaţă se află şi dreptul la integritate psihică, drept ce presupune însuşirea omului de a fi şi de a rămâne întreg din punctul de vedere al formei specifice de reflectare a realităţii şi se manifestă prin activitatea sistemului nervos şi structura sufletească proprie fiecărui individ anume sau tuturor oamenilor.

Potrivit primei opinii susţinute de autorii americani în frunte cu Dipert Rondal[74],

[71] REPUBLICA MOLDOVA. Constituţia Republicii Moldova, adoptată la 29 iulie 1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 1994, nr. 1.
[72] DOGARU, I.; DĂNIȘOR, D. Drepturile omului și libertățile publice. Chișinău: Zamolxe, 1998, p. 87.
[73] CREANGĂ, Ion; GURIN, Corneliu. Drepturile și libertățile fundamentale. Sistemul de garanții. Chișinău: Tipografia Centrală, 2005. p. 48.
[74] RONDAL, D. Reflection on the rights of future generations. În: Rights and regulation: ethical, political and economic issues. San Francisco, California: Pacific Institute for Public Policy Research, 1983. Capitolul 9, p. 205.

generaţiile actuale au unele obligaţii şi responsabilităţi faţă de generaţiile din secolele următoare, iar statul trebuie să cultive generaţiilor actuale responsabilitatea faţă de ziua de mâine. Generaţiile viitoare au un drept în prezent, şi anume: „dreptul natural de a se naşte fără deficienţe fizice şi psihice".

Noi nu contestăm faptul că o persoană, pentru a avea un drept, trebuie să existe în sens material, trebuie să se nască, dar în cazul dat este foarte greu a delimita dreptul la viaţă al generaţiilor prezente de cel al generaţiilor viitoare şi suntem de părere că generaţia actuală are obligaţia atât legală, cât şi morală de a proteja viaţa, de a proteja habitatul natural pentru ca generaţiile viitoare să se poată naşte sănătoase. În această ordine de idei s-au expus şi autorii Declaraţiei de la Stokcholm, care pentru prima dată au proclamat datoria de netăgăduit a omului de a apăra şi îmbunătăţi mediul în beneficiul generaţiilor prezente şi viitoare.

Potrivit celei de-a doua opinii, reprezentate de John Rawls[75] şi Rolf Sartorius[76], generaţiile viitoare au dreptul la viaţă, deoarece membrii acestor generaţii vor avea, ca şi noi, un interes major în ceea ce priveşte protejarea vieţii personale; vor avea dreptul de a modifica propriul mod de viaţă, oricare ar fi gusturile şi valorile pe care generaţiile prezente le-ar putea reprezenta. Adepţii acestei opinii susţin, pe drept cuvânt, ideea că un act, o acţiune ce deteriorează mediul comisă de un individ în prezent poate prezenta un înalt grad de risc pentru un individ din viitor, cât şi o violare a intereselor acestuia.

În opinia prof. Gheorghe Iancu[77], generaţiile viitoare au dreptul de a trăi într-un mediu corespunzător vieţii pe pământ. Acest „drept" nu poate fi unul subiectiv, pentru că titularii acestuia trebuie să fie oamenii, iar generaţiile viitoare încă nu sunt. El însă se constituie ca subiectiv odată cu conceperea fătului, care are dreptul de a se naşte fără nici un fel de deficienţe fizice şi psihice şi apoi de a trăi într-un mediu sănătos. În acest sens, părinţii au dreptul de a-şi proteja descendenţii şi viaţa lor, dar şi obligaţia de a ocroti mediul împotriva tuturor acţiunilor sau activităţilor umane, care ar favoriza degradarea mediului şi prin aceasta ar produce vătămări celor care se vor naşte în secolele următoare. Cu alte cuvinte, cei care încă nu există, dar se vor naşte, au dreptul la un mediu sănătos, au dreptul de a se dezvolta normal până la naştere şi după; ba mai mult, ei au dreptul la viaţă într-un mediu benefic dezvoltării lor fizice şi psihice. Generaţiile contemporane, inclusiv statul, au obligaţia de a proteja mediul şi nu au dreptul moral şi juridic de a pune în pericol existenţa planetei. Au obligaţia de a respecta dreptul la viaţă a

[75] RAWLS, J. The cantian concept of equality. În: Cambridge Review. 12 februarie 1975. p. 94.
[76] SARTORIUS, R. Government regulation and intergenerational justice. În: Rights and regulation: ethical, political and economic issues. San Francisco: Pacific Institute for Public Policy Research, 1983, p. 197.
[77] IANCU, Gh. Drepturile fundamentale şi protecţia mediului. Bucureşti: Regia Autonomă Monitorul Oficial, 1998. p. 131.

persoanelor viitoare prin nerealizarea de activităţi care să ducă la degradări ale mediului cu efect letal: „omul poartă răspundere specială în ceea ce priveşte apărarea şi administrarea înţeleaptă a patrimoniului constituit din flora şi fauna sălbatică şi de mediul lor”; „activităţile lui nu trebuie să ducă la degradări ale mediului atât de profunde încât să pună în pericol „dreptul viitorului”. Dreptul la integritate fizică şi dreptul la integritate psihică sunt strâns legate de dreptul la viaţă şi constau, pe de o parte, în protejarea fizicului, iar, pe de alta – a psihicului.

Dreptul la integritate fizică şi psihică constă în dreptul unei persoane de a nu i se aduce nici o atingere integrităţii sale fizice sau psihice, avându-se în vedere şi efectele degradării mediului, deoarece, după cum este dovedit, acestea, mai devreme sau mai târziu, influenţează, direct sau indirect, atât sănătatea populaţiei, cât şi psihicul acesteia. În contextul protecţiei mediului respectarea integrităţii fizice şi psihice presupune obligaţii şi din partea indivizilor, care prin activitatea lor să nu aducă daune inestimabile mediului, daune de natură să pună în pericol viitorul omenirii, daune care ar atinge integritatea fizică sau psihică a individului. Un exemplu elocvent în context ar fi cercetarea prof. A. Gusikova[78], membru corespondent al Academiei de Ştiinţe din Moscova, care demonstrează că pe lângă victimele directe ale accidentului nuclear de la Cernobâl, care au suferit atât fizic, cât şi psihic, mai sunt şi persoanele care au avut de suferit doar psihologic. Aici se are în vedere valurile de publicaţii în presă, la televiziune, despre daunele mari ale radiaţiei, oamenii care suferă de aceasta etc., fapt ce a format la milioane de oameni o fobie psihologică, un stres cronic, precum că au suferit de radiaţie şi vor muri.

Rezultă că, în contextul protecţiei mediului, între conţinutul interpretat al dreptului la viaţă, la integritate fizică şi psihică, pe de o parte, şi cel al protecţiei mediului, pe de altă parte, este o corelaţie strânsă ce depinde de gravitatea degradărilor aduse mediului de generaţiile actuale. În funcţie de gravitatea degradărilor se poate ajunge la un efect sau altul, adică la pierderi de vieţi omeneşti ori la atingeri ale integrităţii fizice sau mutilări ale integrităţii psihice atât pentru generaţiile prezente, cât şi pentru cele viitoare, fiind astfel afectat dreptul la viaţă, la integritate fizică şi psihică. Aceste drepturi pot fi afectate sau chiar puse în pericol în cazul accidentelor masive cu efecte grave asupra mediului, cât şi în cazul depăşirii sistematice şi în proporţii ridicate a limitelor legal admisibile de substanţe toxice. Omul, pentru a nu-şi crea probleme, dar şi urmaşilor săi, legate de sănătate şi viaţă, trebuie să protejeze mediul şi elementele lui. Doar printr-o protecţie eficientă, prin nerealizarea de activităţi care ar pune în pericol dezvoltarea omenirii, prin evitarea activităţilor ce pot aduce daune inestimabile mediului se va ajunge la o dezvoltare fizică şi psihică prosperă şi se vor crea condiţii benefice pentru apariţia unor generaţii

[78] GUSKOVA, A.K. Radiation and human brain. În: Medical Radiology and Radiation Safety. 2001, nr. 46(5), pp. 47-55.

sănătoase şi, respectiv, pentru dezvoltarea lor fizică şi psihică într-un mediu sănătos, benefic acesteia.

1.1.2. Autonomia personală și drepturile civile

Conceptul de autonomie personală, deși își are rădăcinile în filozofia existențialistă și în psihologia motivațională, capătă în spațiul juridic civil dimensiunea autonomiei de voință. Aceasta nu este doar o facultate psihică de a lua decizii, ci un principiu fundamental al dreptului privat (art. 1, alin. (2) din C. Civ. al Republicii Moldova), care permite individului să își determine conduita și să își gestioneze atributele personalității prin acte juridice.

Autonomia personală include adesea un sentiment de acțiune și include capacitatea de a lua decizii și de a controla aspecte importante ale vieții personale.[79] Conceptul de autonomie personală este operaționalizat ca fiind compus din autodeterminare, stima de sine și loc de control. [80]

Teoria autodeterminării oferă un cadru care explică modul în care comportamentul, procesele motivaționale și reglarea comportamentală se dezvoltă pe parcursul dezvoltării umane. A fost dezvoltat din observații și experimente privind influența comportamentelor de stimulare socială (recompense, laude) asupra motivației intrinseci și „distinge trei etape principale de dezvoltare.

În prima etapă, comportamentul nu este reglementat și nu putem vorbi de motivație.

În a doua etapă, personalitatea se dezvoltă în patru direcții:

1– reglementare externă (pentru a obține o recompensă sau a evita o pedeapsă);

2 – introiectat (pentru a evita sentimentele de vinovăție sau frică, sau pentru mândrie),

3– identitate (acțiunea este importantă pentru persoana care o realizează);

4 – integrare (comportament care corespunde setului de norme și valori care au devenit proprii). Această ultimă direcție este similară cu motivația intrinsecă, diferența fiind că individul dorește să atingă un scop, în timp ce în motivația intrinsecă vine și plăcerea de a face munca în sine.

A treia etapă de dezvoltare este marcată de apariția localizării.[81]

Autorii teoriei autodeterminarii susțin că procesele motivaționale sunt conduse de nevoia de a satisface nevoile a trei lumi majore: 1. libertate; 2. aptitudini și 3. coordonare. Modul de satisfacere a acestor nevoi depinde de contextul istoric și cultural în care se activează, de interiorizarea și integrarea valorilor și comportamentelor care sunt în prezent recompensate într-un context social. Deși această teorie ia în considerare contextul social în care o persoană crește,

[79] POPA, V.; POPETI, C.; ADAMESCU, I. Drepturile omului (concept, legislație, practica statelor). Timişoara: Editura Presă Universitară Română, 1994. p. 34.
[80] RAWLS, J., *op. cit.*, p. 94.
[81]RONDAL, D., *op. cit.*, p. 205.

deoarece autorii susțin că mediul social afectează poziția, va fi interiorizat în procesul de dezvoltare și nu doresc să se concentreze în mod specific asupra modului în care mediul afectează dezvoltarea persoanei. libertate.[82]

Dezvoltarea autonomiei personale presupune, pe lângă interiorizarea procesului voluntar, și interiorizarea spațiului de control. Cea mai influentă teorie a proceselor de atribuire a fost dezvoltată de Julian Rotter sub denumirea de teorie a locului de control.[83] Folosind această teorie, autorul a construit un instrument care arată modul în care determinarea de sine poate determina cauzele evenimentelor (determinate intern sau extern). Oamenii cu un loc de control extern tind să fie motivați extrinsec, crezând că au puțin control asupra contextului și, prin urmare, puțină responsabilitate. Acești oameni tind să fie ușor influențați de cei din jur, au un nivel mai scăzut de educație și atribuie eșecurile unor cauze externe (situații inechitabile, ghinion) și nu își schimbă speranțele după eșec. Pe de altă parte, interniștii tind să fie motivați intern, să controleze situația, să arate responsabilitate și să reziste presiunii externe, folosindu-și intuiția pentru a determina când să se conformeze. Ei au, de asemenea, un nivel mai înalt de educație și tind să atribuie eșecurile unor cauze interne (muncă „inadecvată, indiferentă"), determinându-i să se autodistrugă după un eșec[84].

Oamenii cu un loc de control extern tind să devină neputincioși și ineficienți prin procesul de neputință învățată și, astfel, eșuează la sarcini care implică efort, atenție și energie mentală (activități), deseori referindu-se la situații ca fiind inechitabile sau fără oportunitate. Acest loc de control intern-extern de atribuire este învățat social și se corelează cu nevrotismul evaluat pe scara Big Five. [85]

Locul controlului este, potrivit unor cercetători, un predictor al bunăstării, în timp ce necesitatea controlului mediului a fost stabilită în general încă din anii 1930. Acest concept de locus de control este un predictor al supraviețuirii și este susținut și de cercetările care arată asocierea lui cu aspecte psihopatologice, cum ar fi sentimentele de neputință, depresie și alte tulburări de personalitate.[86]

Un alt aspect important evidențiat de cercetare este locus of control, o componentă a conceptului de autoevaluare de bază – un construct teoretic al creativității lor – care este important în motivarea stabilirii obiectivelor, ceea ce se traduce printr-un nivel mai înalt de

[82] SARGOS, Pierre. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2012, vol. 11, nr. 2, pp. 050–054. Disponibil: http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 [accesat 30 noiembrie 2024].
[83] RAWLS, J., op. cit., p. 94.
[84] SARGOS, Pierre, op. cit., pp. 50–54.
[85] SEARLE, J. Minds, Brains and Programs. În: Behavioral and Brain Sciences. 1980. pp. 417–457. DOI: 10.1017/S0140525X00005756. Arhivat din original la 18 ianuarie 2010; accesat 16 noiembrie 2024.
[86] CASSEL, E. J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. În: The New England Journal of Medicine. 1982, vol. 306, nr. 11, pp. 639–645. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104

creativitate și performanță la locul de muncă. Aceste concluzii au fost întărite de o meta-analiză care arată că un loc de control interiorizat se corelează cu un coeficient de 0,36 cu bunăstarea psihologică, pentru satisfacția vieții și 0,31 pentru sănătatea auto-raportată sub jurământ. Alte rezultate cheie: s-au raportat corelații semnificative în ceea ce privește locul de control intern, implicarea în muncă (r = 0,22) și autonomia postului (r = 0,24).[87]

Un sondaj efectuat pe 3.000 de angajați din șase țări a concluzionat că locul de control este asociat în mod semnificativ cu angajamentul în muncă, interniștii manifestând o comunicare mai bună și o motivație mai mare.[88]

Internaliștii sunt mai susceptibili să creadă că eforturile lor vor duce la rezultate și că aceste rezultate vor fi recompensate, indicând o mai mare încredere în competența individuală cu o mai mare stimă de sine în raport cu munca lor și sunt mai independenți. Drept urmare, ei sunt mai sensibili la recompense și vor arăta mai multă motivație doar atunci când vor vedea relația dintre obiectiv și recompensă.[89]

Atunci când eficiența locului de muncă este operaționalizată prin variabile precum creșterile salariale și promovările, interniștii sunt mai eficienți și de succes în sarcinile lor și, în general, au performanțe mai bune legate de obiective.

În ceea ce privește satisfacția la locul de muncă, interniștii experimentează mai multă satisfacție deoarece sunt orientați spre rezultate și obiective și vor testa un suport mai bun și mai rapid. Deoarece au tendința de a acționa și de a crede că deciziile sunt ale lor, angajații cu un nivel intern de control în situații de nemulțumire vor lua măsuri pentru a schimba locul de muncă nesatisfăcător, renunțând, încercând să fie promovat, de la locul de muncă la schimbare sau schimbând modul în care credeau că va fi confortabil la locul de muncă, pentru a asigura coerența și a o menține între comportamentul lor şi comportamentul intern.[90]

Stima de sine este definită ca „modul în care cineva se percepe ca fiind competent și capabil să-și satisfacă propriile nevoi”. În studiile ulterioare, stima de sine a fost considerată un concept multidimensional care include perspective sociale, fizice, academice și comportamentale.

Stima de sine este astfel definită ca reprezentând componenta afectivă și evaluativă a sinelui, combinând atât un set de sentimente afective despre o persoană, cât și un set de cogniții

[87] ORGANIZAȚIA NAȚIUNILOR UNITE. Declarația Conferinței Națiunilor Unite asupra mediului uman. Stockholm, 16 iunie 1972. Disponibil: https://legal.un.org/avl/ha/dunche/dunche.html
[88] CHANG, Hsihui; KAO, Yi-Ching; MASHRUWALA, Raj; SORENSEN, Susan M. Technical Inefficiency, Allocative Inefficiency, and Audit Pricing. În: Journal of Accounting, Auditing & Finance. 2018, vol. 33, nr. 4, pp. 580–600. DOI: https://doi.org/10.1177/0148558X17696760
[89] SEARLE, J., op. cit., pp. 417–457.
[90] SARGOS, Pierre, op. cit., pp. 50–54.

autoreferențiale. Diferențele de stima de sine corespund de obicei succeselor sau eșecurilor și implică răspunsuri emoționale puternice[91].

Conform teoriei identității sociale, conceptul de sine include atât caracteristici personale, cât și sociale. Dovada în acest sens sunt rezultatele cercetărilor care arată că stima de sine colectivă este asociată cu vinovăția globală de sine.[92] Cu alte cuvinte, apartenența la un grup perceput favorizat va determina o creștere a stimei de sine la nivel individual. Prin urmare, stima de sine nu se referă doar la individ, ea include și evaluarea globală a grupului din care face parte. În cadrul organizațional, primul grup de membri este reprezentat de echipa în care se lucrează; grupurile de extensie pe care le avem pot fi agenție și prin organizare.

Literatura de specialitate care examinează dimensiunile care influențează dezvoltarea stimei de sine evidențiază punctele forte care sunt similare cu punctele forte care dau naștere autoeficacității, care a fost descrisă de Bandura în 1982. Aceste forţe sunt: 1) semnele subtile de fapt transmise de mediul în care se lucrează; 2) mesaje transmise de indivizi cheie din mediul social; 3) sentimentul de valoare de sine și competența unei persoane derivate din experiențele personale.[93]

Respectul de sine și libertatea personală nu pot exista fără respectarea drepturilor civile ale indivizilor. Drepturile civile și politice sunt o clasă de drepturi care protejează libertatea indivizilor împotriva încălcării acestor drepturi de către guverne, instituții sociale și indivizi. Ele garantează dreptul individului de a participa fără discriminare sau constrângere la viața civilă și politică a societății și a statului.[94]

Față de alte drepturi ale omului, drepturile intangibile beneficiază de protecție absolută, întrucât exercitarea lor nu poate fi afectată de restricții permanente sau temporare sau reduse, în nici un caz – în pace sau în război.

Acestea includ: dreptul la viață; interzicerea torturii și a tratamentelor sau pedepselor inumane sau degradante, interzicerea sclaviei, a servituții și a muncii forțate, dreptul la nereturnare, dreptul de a nu fi judecat sau pedepsit de două ori pentru aceeași faptă (*non bis in idem*).[95]

Pe lângă Convenția Europeană a Drepturilor Omului, există mai multe instrumente juridice

[91] DOGARU, I.; DĂNIȘOR, D., op. cit., p. 87.
[92] ENCICLOPEDIA DE FILOSOFIE ȘI ȘTIINȚE UMANE. Traducere de Luminița Cosma, Anca Dumitru, Florin Frunză ș.a. București: All Educational (DeAgostini), 2007. pp. 588, 317.
[93] *Ibidem*.
[94] GENEZA CONSTITUŢIEI ROMÂNIEI 1991. Lucrările Adunării Constituante: scurtă alocuțiune a domnului Ioan Ban. p. 206.
[95] HARIRI, Essa; AL HAMMOUD, Mazen; DONOVAN, Erin; SHAH, Kevin; KITTLESON, Michelle M. The Role of Informed Consent in Clinical and Research Settings. În: Medical Clinics of North America. 2022, vol. 106, nr. 4, pp. 663–674. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.01.008

internaționale care guvernează aceste drepturi: Pactul Internațional al Națiunilor Unite cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR), Pactul internațional cu privire la drepturile omului (IACHR) și Convenția privind drepturile omului(CEDO), Drepturile și Libertățile fundamentale ale statelor suverane (CEDO-CSI), deși cu o formulare ușor diferită. În plus, ICCPR garantează și dreptul la recunoaștere personală, a statutului juridic, drept neprevăzut de CEDO.[96]

Convenția Europeană este primul instrument internațional al drepturilor omului, care urmărește să protejeze diferite drepturi și libertăți civile și politice și să stabilească un regim de exercitare a drepturilor locale în cazurile în care procesul este inițiat de o persoană și nu promovat de Guvern. Noul element, esențial pentru protecția internațională a drepturilor omului, este elementul descris la art. 1 din Convenția Europeană, potrivit căreia părțile contractante recunosc „pentru oricine aflat în jurisdicția lor" drepturi și libertăți fundamentale împotriva războiului. Limbajul „toată lumea", pe care îl găsim și în alte documente internaționale importante, subliniază caracterul universal al dreptului persoanei recunoscut de Convenție. Prin urmare, documentul protejează nu numai drepturile cetățenilor unei națiuni, ci și drepturile străinilor, cetățenilor apatrizi și ale persoanelor neautorizate, cum ar fi copiii și persoanele supuse unei interdicții.[97]

Tratatul prevedea și un mecanism pentru îndeplinirea obligațiilor statelor contractante.

Există Instituțiile înființate în acest scop: Comisia Europeană a Drepturilor Omului (înființată în 1954), Curtea Drepturilor Omului în Europa (înființată în 1959) și Comitetul de Miniștri al Consiliului Consiliului Europei, acesta din urmă organism compus a miniştrilor de externe ai statelor membre sau a reprezentanţilor acestora.[98]

De la intrarea în vigoare a Tratatului (1953), au fost adoptate unsprezece protocoale. Programele la Articolele nr. 1, 4, 6 și 7 din Convenție au adăugat alte drepturi și libertăți la drepturile garantate și au dat, de exemplu, Protocolul nr. 2 care conferă Curții competența de a da avize consultative.[99]

Protocolul nr. 9 a dat reclamanților (persoanelor fizice) posibilitatea de a-și depune cererile la Tribunal după ce autoritatea pârâtă a fost recunoscută și acceptată de un comitet restrâns. La

[96] BINET, Jean-René. Droit de la bioéthique. 2e éd. LGDJ Manuels, 2023. pp. 129–131.
[97] CONSILIUL EUROPEI. Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, Roma, 4 noiembrie 1950. Ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24 iulie 1997. În: Tratate Internaţionale. Vol. I. 1998. p. 342. Disponibil: http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc [accesat 30 noiembrie 2024].
[98] GRUPUL DE LUCRU. Opinia nr. 15/2011. p. 17.
[99] CONSILIUL EUROPEI. Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, Roma, 4 noiembrie 1950. Ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24 iulie 1997. În: Tratate Internaţionale. Vol. I. 1998. p. 342. Disponibil: http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc [accesat 30 noiembrie 2024].

11 mai 1994, Protocolul nr. 1 a fost deschis spre semnare, amendând o prevedere din Convenția Europeană a Drepturilor Omului, care a restructurat regimul.[100]

1.2. Doctrina consimțământului informat

Doctrina juridică și medicală din Republica Moldova a dezvoltat o abordare complexă a consimțământului informat, îmbinând rigoarea civilistă cu principiile bioeticii moderne.

În literatura de specialitate din Republica Moldova, fundamentarea etică a actului medical este indisolubil legată de contribuțiile lui Teodor Bîrna[101]**Eroare! Fără sursă de referință.**, recunoscut drept fondatorul Școlii Științifice Naționale de Bioetică. Abordarea sa transformă actul medical dintr-o simplă intervenție tehnică într-un proces sistemic de respectare a demnității umane. Bioetica are drept scop formularea unor soluții pentru problemele morale și juridice, reprezentând studierea sistemică a vieții și a comportamentului uman. Astfel, consimțământul informat devine expresia supremă a respectului pentru pacient, fiind o condiție *sine qua non* pentru orice intervenție care vizează integritatea fizică.

Din perspectiva dreptului privat, Igor Trofimov[102] analizează consimțământul prin prisma teoriei contractelor civile În viziunea sa, relația medic-pacient capată valențe contractuale, unde validitatea oricărei intervenții depinde de calitatea voinței exprimate. Trofimov subliniază importanța analizei viciilor de consimțământ în practica încheierii contractelor în Republica Moldova În litigiile de malpraxis, focusul se mută astfel de la simpla eroare tehnică la viciul de consimțământ, privit ca o nerespectare a obligației contractuale de informare prealabilă a pacientului.

Fundamentul teoretic al consimțământului în dreptul civil moldovenesc este consolidat de lucrările profesorilor Sergiu Baieș și Nicolae Roșca[103]. În tratatele lor privind teoria generală a dreptului civil și persoana fizică, aceștia fundamentează consimțământul pe principiul autonomiei de voință Autonomia de voință permite persoanei fizice să dispună de propriul corp, însă această libertate nu este absolută. Exercitarea drepturilor subiective civile, inclusiv a celor care vizează integritatea fizică, trebuie să se realizeze în limitele legii și ale moralei, aspect esențial atunci când se analizează decizii ireversibile precum avortul sau eutanasia.

O contribuție recentă și extrem de relevantă pentru prezenta teză o reprezintă cercetările lui

[100] GRUPUL DE LUCRU. Orientări privind consimţământul. 2018. p. 14.
[101] BÎRNA, T. Bioetica: probleme și soluții. Chișinău: Medicina, 2001. 248 p.
[102] TROFIMOV, Igor. Drept civil. Contractele civile. Chișinău: Academia „Ștefan cel Mare" a Ministerului Afacerilor Interne, 2004. 256 p. ISBN 9975-935-51-6.
[103] BAIEŞ, S.; ROŞCA, N. Drept civil. Partea generală. Persoana fizică. Persoana juridică. Vol. I. Chişinău: Î.S. „Tipografia Centrală", 2007. 576 p.

Nelu Gheorghiță[104,105], care analizează direct intersecția dintre dreptul civil, consimțământul informat și dilemele bioetice.

În lucrările sale, autorul își propune să stabilească și să analizeze esența consimțământului informat din perspectiva dreptului la libertate al ființei umane. Acesta privește consimțământul informat al pacientului ca pe o manifestare directă a libertății individuale, stipulând că dreptul la informare este inseparabil de capacitatea de a consimți.

Literatura de specialitate din România oferă o perspectivă detaliată asupra modului în care consimțământul informat acționează ca un mecanism de protecție juridică și etică.

Profesorul Vasile Astărăstoae[106] evidențiază vulnerabilitatea pacienților (în special a copiilor în cercetarea biomedicală) și necesitatea ca informarea să fie reală, nu doar o formalitate birocratică. În contextul malpraxisului medical, Astărăstoae subliniază că primul pas în evaluarea actului medical este verificarea semnării consimțământului informat de către pacient.

Doctrina românească atrage atenția că strategia defensivă a medicilor de a obține o simplă semnătură pe un formular standardizat riscă să atragă nulitatea consimțământului, dacă pacientul nu a înțeles real riscurile.

În ceea ce privește eutanasia, autoarea Diana Teodora Diaconeasa[107] argumentează că dreptul la viață nu include automat un „drept de a muri". Deși este recunoscut dreptul pacientului în stare terminală de a refuza tratamentul medical pe baza unui consimțământ informat, acest lucru nu echivalează cu un drept pozitiv de a cere suprimarea vieții.

În privința avortului, doctrina juridică (ex. Elena Daniela Ududec)[108] analizează evoluția istorică a emancipării femeii și modul în care consimțământul matern a devenit elementul central în decizia de a întrerupe sarcina.

1.3.Evoluția viziunilor interdisciplinare (filosofice și bioetice) și impactul lor asupra normativității civile

1.3.1. Elemente de drept penal, teologie și filosofie

[104] GHEORGHIȚĂ, N. Dreptul la viață al fătului. Aspecte juridice și moral-etice. In: Promotion of Social and Economic Values in the Context of European Integration: . Young researchers, Ed. Ediția a 5-a, 2-3 decembrie 2022, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: 2022, Ediția 5, TC, pp. 73-78. ISBN 978-9975-3527-9-6.

[105] GHEORGHIȚĂ, N. Libertatea ființei umane și bioetica – o perspectivă creștină. În: Materialele Conferinței „Promovarea valorilor social-economice în contextul integrării europene", 11 decembrie 2020. Chișinău: Tipografia „Adrilang" 2020, p.81-86.

[106] ASTĂRĂSTOAE, V. Copiii – populație vulnerabilă în cercetarea biomedicală. În: Revista Română de Bioetică. 2015, vol. 13, nr. 4, pp. 23–3.

[107] DIACONEASA, D. T. Eutanasia umană – limita libertății individuale? În: Revista Științifică a Facultății de Drept, Universitatea din București. 2019, nr. 2, pp. 89–104.

[108] UDUDEC, E. D. Avortul. În: Revista Științifică a Facultății de Drept, Universitatea din București. 2018, nr. 1, pp. 156–171.

Libertatea personală, ca drept fundamental al omului, este indisolubil legată de dreptul penal. Este deci necesar să se efectueze o analiză care să limiteze posibilele interferențe între libertatea personală și alte drepturi și libertăți fundamentale, la aplicarea limitelor legale ale libertății personale. Nu există drepturi absolute, dar alte libertăți sau drepturi fundamentale sunt afectate și de exercițiul intern al dreptului, de inviolabilitatea corespondenței și de viața intimă de familie și privată. Prin urmare, acestea vor fi analizate împreună.

Încălcarea drepturilor omului conduc și la consecințe ale încălcării libertăților omului. Limita este foarte strictă, întrucât este legiferată constituțional în art. 53. Desigur, este de natură generală și nu poate acoperi toate situațiile specifice care pot apărea în realitatea socială. Principalul lucru este să fie respectate limitele astfel stabilite în comparație cu beneficiarii limitării posibilității de restrângere, competența și previzibilitatea restricției, motivele posibile, necesitatea într-o societate democratică a proporționalității situației care o determină prin aplicarea nediscriminatorie și, în special, necesitatea imaterialităţii existenţei dreptului sau libertăţii. Doar respectând aceste condiţii, individul poate fi liber, chiar şi în democraţie, deoarece democraţia liberală se întemeiază pe libertate și egalitate, având drept scop libertatea și egalitatea ca mijloc de atingere a scopurilor societății. Nu este adevărat că abuzul asupra drepturilor omului conduce întotdeauna în final la imoralitate și corupție, adică la o formă de imoralitate care necesită adoptarea unor proceduri urgente pentru eradicarea acestei forme de corupție ca și cale ce poate duce la distrugerea, degradarea societății.

Potrivit art. 28 din Constituția României și art. 30 din Constituția Republicii Moldova, „Confidențialitatea scrisorilor, telegramelor, altor trimiteri poștale, convorbirilor telefonice și a altor mijloace de comunicare licite este inviolabilă” iar potrivit art. 26 alin. (1) și, în consecință, art. 28 „Autoritățile publice trebuie să respecte și să protejeze viața intimă, familială și privată”.[109]

Reglementări care au drept scop protejarea aceloraşi drepturi regăsim şi în art. 8 din Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, în art. 12 din Declarația Universală a Drepturilor Omului, dar și prin prevederile art. 17 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice[110]

După cum se poate observa, aceste două drepturi, deși prevăzute expres în Constituția României, sunt legate în principal de viața intimă de familie și privată, ceea ce este în concordanță cu prevederile cuprinse în toate constituțiile statelor democratice. Acest drept

[109] LEX.JUSTICE.MD. Disponibil: http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941
[110] REPUBLICA MOLDOVA. Convenția pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, nr. 208 din 28 ianuarie 1981. În: Tratate Internaționale. 2015, nr. 44, art. 208.

presupune ca fiecare persoană să se bucure de intimitatea vieții sale private, ca dreptul său la imaginea sa, să fie respectat, ca datele sale personale să nu fie făcute publice fără consimțământul său expres, cerințe care sunt din ce în ce mai greu de respectat în lumea de astăzi din cauza dezvoltării fără precedent a mass-media. Așadar, reglementarea constituțională a secretului corespondenței este, în opinia noastră, un fel de tribut în raport cu familia intimă și viața privată, care la rândul său este subordonată familiei numeroase în raport cu drepturile și libertățile fundamentale.

Instituirea constituțională a secretului corespondenței se reflectă și în problema dreptului material prin incriminarea faptei de încălcare a secretului corespondenței, prevăzută și pedepsită prin art. 227 din Codul penal și, ca o garanție suplimentară, fapta dezvăluirii unui secret profesional, prevăzută și pedepsită de art. 302 din Codul penal[111].

Analizând prevederile convenționale, constituționale și legale menționate anterior, reiese că dreptul la secretul corespondenței nu este absolut și poate fi limitat din motive impuse într-o societate democratică de necesitatea protejării și securității naționale, efectuarea cercetărilor penale, prevenirea acestora din urmă și alte asemenea imperative publice. Potrivit articolului 1, alin. 1 din Partea a 3-a a Constituției: „România este un stat democratic și social de drept, în care demnitatea umană, drepturile și libertățile cetățenilor, libera dezvoltare a personalității umane, justiția și pluralismul politic sunt cele mai înalte valori. și sunt garantate". Pentru a apăra efectiv toate aceste valori, în unele cazuri și în condiții strict reglementate, este necesară limitarea exercitării chiar și a unor drepturi și libertăți fundamentale.

Omul a fost creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu și, datorită libertății sale, este ființă spirituală fără asemănare din ierarhia cosmosului. El este rezultatul unui act unic din partea Divinității, care i-a conferit calități divine la o scară corespunzătoare statutului său de ființă contingentă, creată și relativă.

Dumnezeu îi acordă omului spațiul de folos pentru activitatea sa spirituală prin crearea lumii exterioare, care îi permite să-și folosească în mod liber toate puterile dăruite de divinitate. În cartea Facerii din *Sfânta Scriptură* găsim îndemnul dat de Dumnezeu omului: „Creșteți și vă înmulțiți și umpleți pământul și-l supuneți; și stăpâniți [...] peste tot pământul" [112]. În acest fel, omul dobândește controlul asupra întregii creații, unde libertatea sa este chemată să acționeze într-o manieră constructivă și nu distructivă. Dar, înainte ca o persoană să-și poată exercita suveranitatea, trebuie să fie pe deplin și perfect stăpână pe propriile puteri personale, ceea ce

[111] PAVALEANU, V.; PAVALEANU, L. Limitarea şi privarea de libertate ca măsuri penale. Iaşi: Editura Fundaţiei „Chemarea", 1997. p. 7.
[112] Biblia sau Sfânta Scriptură, Facerea I, 28.

înseamnă că trebuie să fie liberă și stăpână pe propria voință. Faptul că omul a primit de la Dumnezeu libertatea voinței vedem din cartea Deuteronom a Sfintei Scripturi, atunci când Dumnezeu se adresează omului cu cuvintele: „[…] viață și moarte ți-am pus Eu astăzi înainte, și binecuvântare și blestem. Alege viața ca să trăiești tu și urmașii tăi.” [113].

Sfinții Părinți ai Bisericii recunosc că, în om calitatea fundamentală a chipului lui Dumnezeu este libertatea. Tertulian arată că: „Nimic nu exprimă mai bine chipul și asemănarea lui Dumnezeu”, decât faptul că „omul este zidit liber cu privire la decizia sa și la puterea sa”[114]. Sfântul Grigorie de Nyssa afirmând spiritualitatea chipului originar al omului arată că Dumnezeu nu a putut să-l facă pe om decât „o liberă și nobilă inteligență”[115].

În gândirea Sfântului Grigorie de Nyssa, libertatea nu este o însușire a naturii, ci natura însăși. Intenția lui Dumnezeu de a face din libertate structura singulară a chipului a dedus-o din faptul că la origine viața omului era simplă, adică neamestecată de niciun fel de rău care să exercite vreo constrângere. Însă această structură a chipului nu este ceva împlinit, ci în curs de conturare, o capacitate dinamică a chipului, orientată spre libertate. El mai spune că omul, fiind creat după chipul lui Dumnezeu „arată că este un caracter regesc...îmbrăcat în virtute”[116]. Libertatea este urcușul permanent către Dumnezeu, origine infinită și necondiționată a spiritului uman. Atunci când dorește omul se aseamănă îngerilor, pentru că „nimic nu îl oprește să progreseze la infinit”[117]. Omul trebuie mai apoi să discearnă între bine și rău, să caute asemănarea cu Divinul numai din voință proprie și nu prin constrângere.

Aflat la confluența a două lumi, cea spirituală și cea materială, omul împărtășește fiecare dintre calitățile lor fundamentale: libertatea spirituală și necesitatea fizică sau, altfel spus, omul se poate mișca cu un anumit grad de libertate în cadrul necesității fizice. Sfântul Ioan Damaschin demonstrează în cartea sa *Dogmatica* că, în timp ce firea este cea care controlează ființele fără rațiune, ea este controlată de om pentru că acesta este liber să se miște după bunul său plac.[118]

Omul este înzestrat cu libertate fiind o ființă spirituală și individuală, acest lucru permițându-i să-și exprime voința, gândurile și conștiința în lume. Capacitatea de a fi liber a omului îi dă acestuia posibilitatea să-și exprime libertatea din adâncul ființei sale printr-un act de voință care îl distinge de un „altul” și îi permite să existe ca un „eu”.

Datorită libertății, omul are posibilitatea de a se cunoaște și de a fi cunoscut, de a se

[113] Biblia sau Sfânta Scriptură, Deuteronomul XXX, 19.
[114] TERTULIAN. Adversus Marcionem. În: Patrologia Latina (P. L.), tom. 2, lib. II, cap. 5, col. 316 B–C.
[115] SFÂNTUL GRIGORIE DE NYSSA. De virginitate. În: Patrologia Graeca (P. G.), tom. 46, vol. 3, col. 369 C–D.
[116] IONESCU, M. Ermeneutica biblică a Sfântului Grigorie de Nyssa. Teză de doctorat. Galați: Editura Arhiepiscopiei Dunării de Jos, 2013, pp. 233–234.
[117] *Ibidem.*
[118] DAMASCHIN, I. Dogmatica. București: Editura Scripta, 1993, p. 135.

descoperi și de a fi descoperit.

În încercarea de a include conceptul de libertate în parametrii definiției, adică libertatea ca „Enciclopedia Filosofiei și Științelor Umane – DeAgostini" este „absența obstacolelor și constrângerilor care garantează liberul arbitru și determinarea individuală a acestuia". Aceeași enciclopedie admite în continuare că această interpretare generală este produsul gândirii istorice, care explorează legăturile dintre libertate și alte concepte precum: autodeterminare, voință, deci adică am subliniat relația dintre libertate și divinitate în mai multe moduri. Vom considera pe primul doar ca și categorie, iar pe celelalte două ca derivate în mod natural.

Un exemplu de definire a libertății ca autodeterminare este dat de Aristotel, care în lucrarea sa „Etica Nicomahică" distinge între acțiunile involuntare care apar sub constrângere și acea voință, care este principiul ei în persoana, actorul, care mai arată că, pe lângă voință, și tendința spre bine, mai este necesară și alegerea mijloacelor pentru a ajunge la zidul obiectivului tocmai pornind de la aceste tendinte. Poziția lui Aristotel a dat naștere unei definiții specifice a libertății, conform căreia doar cei care dețin propriile afaceri sunt liberi. De remarcat că în gândirea lui Aristotel el a luat în considerare două aspecte ale libertăţii, dintre care unul este automat doar tendinţa sa spre bine. El a numit-o legământ, dar știm că a simțit cu adevărat libertatea despre care a vorbit Sfântul Grigorie de Nyssa secole mai târziu, definind-o ca fiind capacitatea umană de a conduce, de a lua o decizie.

Gândirea lui Aristotel a fost preluată mai târziu de stoici și epicurieni, iar unele dintre idei au ajuns la filozofii moderni, care ne-au lăsat să-l numim pe G. W. Leibniz, care a susținut în Teodicee că libertatea este o proprietate a lucrurilor care: „Libertatea este în minte, ceea ce înseamnă cunoaşterea clară a ceea ce este perceput în context, și cu care stabilim pentru noi înșine, adică prin eliminarea necesității logice sau metafizice, un lucru liber pe care el îl alege pentru el însuși și după scopul bunătății este cunoscut de mintea, care îl călăuzește, fără a fi sigur de nimic." În ceea ce privește concepția lui Leibniz despre libertate, se poate susține că în spatele limbajului rațional, care nu face altceva decât să reducă subiectul uman la substanță, ideea originală a lui Aristotel este în mare măsură păstrată și, prin urmare, nu prea departe de conceptul creștin de libertate.

1.3.2. Libertatea în concepția existențialistă

Dintre toate mișcările filozofice, existențialismul a fost cel care a abordat cel mai profund și mai realist problema libertății umane.

Enciclopedia Filosofiei și Științelor Umane definește existențialismul ca „o mișcare culturală și filozofică care s-a dezvoltat în Europa de Vest între cele două războaie mondiale, care a susținut o redescoperire a vieții, singurătatea. Cu alte cuvinte, existențialismul îl confruntă

pe om cu propria sa existență și îl invită la izolare subiectivă în faţa oglinzii fiinţei sale. În existențialism, omul este condamnat la contemplație, precum și la singurătate.

Cel puțin, marele minus al existențialismului în direcția franco-germană, așa cum este prezentat de Jean-Paul Sartre și Martin Heidegger, este că nu îl îndepărtează pe Dumnezeu din ecuația umanității, ci se deghizează în ateism sau nihilism. Din fericire, au existat și existențialiști profund creștini, precum Søren Kierkegaard sau F. M. Dostoievski, care, deși au urmat aceeași idee de a analiza existența umană, au spus mereu că omul însuși este măsura tuturor lucrurilor și în plus, se identifică cu Dumnezeu, care examinează cu răceală fiecare acțiune pe care o face în deplină libertate. Mai mult, tema libertății este unul dintre laitmotivele existențialismului, iar modurile diferite în care este analizată vor apărea în mod firesc din diferențele în raport cu divinitatea celor de analizat. Enciclopedia menționată mai sus rezumă conceptul existențialist al libertății astfel: „Pentru existențialism, libertatea umană are două aspecte: dintr-un punct de vedere, prin libertate, omul își asumă propria responsabilitate, ia decizii creative în viața sa, în proiectele sale; din alt punct de vedere, libertatea este o sursă de anxietate, pentru că ea lasă condiția umană într-o lume a lipsei de sens evident". Din această expunere general-universală, putem vedea acel existențialism care preia unele dintre adevărurile creștinismului, chiar dacă nu este intenționat, sau chiar intenționează; adică înţelegerea a două tipuri de libertate: pe de o parte, voinţa strâns legată de ideea de responsabilitate, iar pe de altă parte, libertatea ontologică, definită ca voinţa omului numai de a face bine; libertate, prin natură, la care omul aspiră și suferă foarte mult doar atunci când nu reușește să o realizeze. [119]

În cele ce urmează, ne vom ocupa de fiecare dintre cei doi filosofi menționați în introducere și aleși ca etalon pentru fiecare formă de existențialism: ateul și creștinul, care reprezintă fiecare relația fiecărui om cu Dumnezeu și, în consecință, conceptul. de libertate a fiecărei persoane.

Jean Paul Sartre descrie relația sa cu Dumnezeu în lucrarea sa „Existentialism Humanism"[120], care a fost creată pentru a clarifica și a stabili ideile filozofiei existențialiste: „Existientialismul ateu pe care îl reprezint este mai coerent. Dacă nu există Dumnezeu, atunci cel puțin există o ființă care există înaintea esenței ființei, înainte ca ea să poată fi definită prin orice concept: această ființă este omul sau, așa cum îl numește Heidegger, iar adevărul uman înseamnă în acest caz a exista înaintea esenței. Pentru o persoană, a exista înseamnă a se regăsi pe sine însuși, a prinde viață în lume și abia apoi a fi definită, o persoană nu poate fi definită ca nimic la

[119] ENCICLOPEDIA DE FILOSOFIE ȘI ȘTIINȚE UMANE. Traducere de Luminița Cosma, Anca Dumitru, Florin Frunză ș.a. București: All Educational (DeAgostini), 2007. pp. 588, 317.
[120] SARTRE, Jean-Paul. Existențialismul este un umanism. Milano: Mursia, 1974, pp. 30–35, apud Enciclopedia de filosofie și științe umane, op. cit., p. 318.

început. El va exista așa cum acționează. Astfel, natura umană nu există, pentru că nu există un Dumnezeu conceput, ci și o persoană care vrea să fie concepută ființă, după ce şi-a dat impulsul de a fi: omul nu este altceva decât ceea ce face din sine. Acesta este principiul existenţialismului. „Reiese clar din aceste cuvinte că Sartre nu este un ateu, dar el alege să-L îndepărteze pe Dumnezeu din ecuația umană pentru a-l putea defini pe om drept singurul legiuitor al egalității umane și pentru a-l elibera de orice formă de determinare și în final. pentru a-l expune existenței sale goale și solitare, teorie pe care se bazează și conceptul de libertate al lui Sartre**Eroare! Fără sursă de referință.**.

Dar pentru a defini libertatea umană, Sartre întemeiază conceptul de „absență a lui Dumnezeu", conceptul de umanitate, conceptul de neant. Astfel, potrivit lui Sartre, „nu se poate spune că nimic nu este, ci se autodistruge". Doar ființa poate fi neașteptată. Omul, fiind pentru sine, nu aspiră la nimic. Nimic nu aparține lumii umane. Analiza ființei pentru sine arată că omul, fiind sursa nimicului, nu trebuie să poarte nimic în el. Este vorba despre calitatea de a nu înțelege că nimic nu se va întâmpla în toate. Omul există în sine, în trupul său, prin el însuși și prin obiceiurile sale. Dar lucrul special al omului este nimic. „De aceea, vedem în concepția lui Sartre, că omul nu este preferat fiind considerat nimic. Având în vedere despărțirea sa de Dumnezeu, el nu ar fi putut avea nicio altă soartă. Dar cum se poate dezvolta ideea de libertate într-o atmosferă de neant total? În mod ironic, Sartre dezvoltă conceptul de libertate din neant: „Nimic din propria ființă nu este mai clar vizibil în libertate. Dacă omul ar fi determinat de tatăl lui, nu ar putea alege acum. Sau alege, adică distruge trecutul. El dorește ceea ce nu există. Libertatea nu poate fi înțeleasă ca o proprietate în sine. Este identic cu el însuși. Prin urmare, în sensul omului Libertatea este libertate. Libertatea se manifestă în suferință. Acesta este un concept creat de omenire ca nimic, adică libertate. Omul încearcă să scape nu numai din libertate, adică din viitor, ci și din trecut. Dar omul nu se poate salva de mizerie, pentru că este propria lui mizerie.

Prin urmare, în concepția lui Jean-Paul Sartre, libertatea este sinonimă cu omul. Dacă această concepție ar face parte dintr-un sistem logic care a fost menit să transcende cu adevărat natura umană, nu ar fi greșit să identificăm libertatea cu existența sau natura omului; este doar o parte din imaginea lui Dumnezeu în om și, prin urmare, un dar ontologic. Dar astfel ne aflăm în fața unei concepții confuze despre om, condamnat la distrugere, și în care libertatea însăși nu își găsește niciun scop și nu are identitate. Libertatea în concepția lui Sartre este, pe de o parte, suma tuturor deciziilor pe care omul le ia în viață și, pe de altă parte, vocea care îl întreabă pe om care este scopul acestei libertăți, care i-a conferit această alegere. Acesta din urmă nu este nimic, vocea libertății trece de la întrebări la plâns, adică suferință, și nu înseamnă nimic în viață.

Mai mult, libertatea lui Sartre poate fi observată ca o distincție între libertatea ca forță care determină omul și libertatea ca forță care îl determină pe om. Se poate spune că el înțelege că liberul arbitru nu este definiția libertății, că adevărata libertate este instinctul omului pentru un adevăr superior în care se află; dar în absenţa lui Dumnezeu, pe care filosofia sa existenţialistă o respinge cu forţa, el nu are altă viziune decât nimic. Libertatea, la rândul ei, nu este altceva decât mama nimicului și, în același timp, hrana nimicului. Un paradox ciudat care decurge dintr-un gând și care începe în afara adevărului evident.

Filosoful danez Søren Kierkegaard, se opune radical relației sale cu Dumnezeu. Pentru el, existențialismul prin definiție analizează omul atât în sine, cât și în divinitate. O analiză a gândirii existențialiste a lui Kierkegaard, o face conf. universitar Dr. Viorel Cernica[121], de la Facultatea de Filosofie a Universitatii din București: „Ipotetica existență se bazeaza pe existenta omului, dar nu ca animal, ci ca individ izolat care este in totalitate determinat de libertatea lui. Individul, pentru a determina de partea cui se află: adică de partea bună sau cea rea, apelează la libertate, și cu toate acestea, persoana care are libertate, provine din suferință, de fapt din dualitatea originară a omului, trup și suflet cu ajutorul Spiritul fiind astfel adevărat că existența individuală este limitată de un program existențial care poate duce la existența unui individ adevărat, plin de credință și echilibrat divin.

Acest „program existențial” despre care vorbește Kierkegaard nu este altceva decât călătoria între a te cunoaște pe sine într-un anumit moment al existenței și a te cunoaște prin suferință, care te apropie de divin. Cu alte cuvinte, a trăi în mod conștient, a fi născut mai întâi din suferință sau, așa cum o numește adesea Kierkegaard, mizerie și, din care cauză, se poate înțelege starea de păcătoșenie, care este singura cale către poziția de drepți a omului în fața lui Dumnezeu. Mai mult, preocuparea acută a filozofului danez pentru transcendență este surprinsă foarte bine în descrierea acelui program existențial care cuprinde: „pasiunea pentru lipsit de sens, posibilitatea de a se îndrepta către verticala eternității, linia tăiată pe orizontală a lentilei; timp, conștiință vinovăție”.

În acest sens, putem vorbi cu încredere despre diferența dintre ateu și teist, în secțiunea consacrată lui Jean-Paul Sartre și Christian Søren Kierkegaard. În timp ce pentru cel dintâi, ființa în cele din urmă nu devine nimic, pentru cel din urmă, sensul ființei stă în transcendent, în eternitate, în divin.

Din perspectivă teologică, această diferență apare și în conceptul de libertate ca sursă naturală a acestei diferențe. După cum am văzut, pentru Sartre, libertatea s-a încheiat în

[121] CERNICA, Viorel. Fenomenul și nimicul I – Proiectul fenomenologic: concept și aplicații. București: Paideia, 2005. pp. 138–139, 154.

anihilare, ceea ce este absurd la nivelul logicii antropologice. Situația nu este aceeași cu Kierkegaard, care se plasează din nou diametral opus filozofului francez. Diferența dintre gândirea nihilistă despre libertate și gândirea existențialist-creștină este că nihilismul este o neînțelegere a libertății însăși, așa cum subliniază Mădălina Diaconu, fost profesor la Facultatea de Filosofie a Universității din București. Astfel, nihilistul crede că altceva este ignorat sau opus, deoarece existența altor mijloace, în opinia sa, este o limitare a propriei libertăți. Toate acțiunile negative ale nihilistului urmăresc să aibă libertate absolută, scopul său principal este să fie eliberat de orice atașament față de o altă persoană care nu se determină pe sine, față de o realitate exterioară care nu depinde de el; in general, chiar la divinitate. Stirner a rezumat tot ceea ce vor nihiliştii: „Nimic nu va fi mai presus de mine!" (…) Aceasta arată că nihilistul are o înțelegere greșită a libertății, comparând-o cu o realitate neatașată, nu cu dependența sa. Totuși, aceasta este doar o libertate formală, negativă, abstractă (a nu fi dependent de cineva sau de ceva), și nu una reală, concretă, pozitivă[122]. Libertatea conținutului, deci libertatea adevărată, pentru Kierkegaard, înseamnă a fi bun, a fi în prezența lui Dumnezeu. Dumnezeu este cel care determină limitele libertății și predetermină posibilitatea acelei relații unice, corecte între el și persoana care stabilește aceste relații, iar adevărata libertate constă în apropierea liberă a celor care sunt dăruiți și, prin urmare, a fi complet dependent de libertate. După cum notează Fahrenbach, starea de a fi în sine nu implică dependență de libertate, ci mai degrabă dorință de libertate, Kierkegaard vede natura absolută a puterii care o întemeiază și permite libertatea, la o stare de dependență: a pune ceva absolut înseamnă a elibera ceva, deci a-l elibera.[123]

Din prezentarea Mădălinei Diaconu rezultă că Kierkegaard și Fahrenbach au înțeles foarte bine misterul libertății umane, sau mai bine zis, că libertatea îi este dată de ceva liber și că Dumnezeu nu o folosește oferind libertate. Puterea lui asupra omului nu i-a dat suveranitate, înțeleasă ca un fel de constrângere, ci i-a dat mai degrabă tocmai posibilitatea de a putea fi liber, adică să fie într-o relație cu omul sau să se afle într-o asemenea stare, libertatea eliberandu-se de aceasta relatie, adică de pacat, și astfel omul poate încă să se întoarcă la comuniunea cu Dumnezeu prin acte de virtute.[124]

Revenind la ceea ce a spus Viorel Cernica despre proiectul existent al lui Kierkegaard, trebuie amintit că el asociază relația omului cu Dumnezeu, cu conștiința stării de păcat, pe care o echivalează cu tristețea și în cele din urmă cu viața umană însăși. Acest lucru trebuie înțeles în sensul că omul, odată căzut în păcat, nu poate trăi decât independent sub imperiul conștiinței

[122] SARTORIUS, R., op. cit., p. 197.
[123] CERNICA, Viorel, op. cit., pp. 138–139, 154.
[124] DIACONU, Mădălina. Pe marginea abisului – Søren Kierkegaard și nihilismul secolului al XIX-lea. București: Editura Științifică, 1996. pp. 63–64.

păcatului, care își îndreaptă mereu gândurile spre Dumnezeu.[125] **Eroare! Fără sursă de referință.**

Ceea ce are cu adevărat sens pentru vechea gândire kierkegaardiană este că această conștientizarea permanentă a stării de păcat, deschide ușa către experiența adevăratei libertăți și, în același timp, îl conduce pe om să înțeleagă acea adevărată libertate, libertatea libertății. Libertatea în Dumnezeu: „Omul se manifestă cu libertate chiar și în starea de poticnire; dar este liber numai prin credință. Aceasta nu înseamnă că omul lui Dumnezeu nu este activ; el este activ ca o chemare către sine. Chemarea lui este nu de constrângere. Dacă ar fi așa, toți am fi mântuiți, de fapt nu am mai păcătui, nu am experimenta condițiile care există, nu am mai fi oameni Cu credință, pentru că în această accepțiune Dumnezeu este considerat Om și omul fiind activ, pentru că la primele apeluri chiar dacă nu crede, la al doilea se poticnește și crede în libertate „Libertatea omului în starea de credință este însăși conștiința".

Ca o concluzie generală despre gândirea existențialiștilor, trebuie spus în primul rând că existențialismul în sine nu este o tendință filozofică negativă. Dar, dimpotrivă, trebuie înțeles că omul trebuie să se analizeze pe sine în momentul existenței sale, să se pună sub microscopul ochiului său critic. Problema abordării existențialiste a fost să dea socoteală Curții Supreme pentru a determina judecata omului asupra sa. În primul rând, a existat o divizare între atei și existențialiștii creștini. Primul, orbit de ideea că omul, cu toată splendoarea și golul lui, este singurul capabil să se analizeze pe sine, a ajuns la concluzia că el singur are dreptul să-și hotărască propria existență. Astfel, l-au exclus pe Dumnezeu din ecuația vieții umane. Acesta din urmă, explicat inteligibil, a înțeles că, deși omul se poate analiza pe sine, există o putere mai înaltă decât el, care trebuie să dea socoteală de existența sa. De aici au apărut firesc diferențe în ceea ce privește conceptul de libertate. Primul, fără a-L exclude pe Dumnezeu din ecuația ființei, a declarat libertatea în existența umană, declarând că omul este liber doar în momentul în care ia o decizie, declarând că este liber doar pentru sine și numai pentru sine. Omul, împreună cu libertatea sa în afara acestei vieți, se distruge pe sine. Acesta din urmă a înțeles că libertatea este într-adevăr un element ontologic al umanității și de aceea omul este liber de orice decizie, dar nu liber pentru sine, ci trebuie îndreptat către Cel care i-a dat libertatea; deci ontologic către la el. Ceea ce este de remarcat la ambele forme de existențialism este că ele înțeleg libertatea mai bine decât coordonata liberului arbitru, ci mai degrabă pătrund în misterul libertății ontologice, faptul că libertatea umană poate fi eliberată de orice libertate; Sfântul Grigorie de Nyssa a comparat acest lucru cu suveranitatea umană. Faptul că unii oameni au rătăcit căutarea libertății se

[125] CERNICA, Viorel, op. cit., pp. 138–139, 154.

datorează, fără îndoială, relației lor incorecte cu revelația divină.

1.3.3. Influența interdisciplinară asupra dreptului civil

Interferența dreptului civil cu alte ramuri ale dreptului se manifestă, între altele, prin valorificarea mecanismelor răspunderii juridice pentru repararea prejudiciilor cauzate prin încălcarea drepturilor și intereselor legitime ale persoanei. Un asemenea domeniu de convergență îl constituie raportul dintre dreptul procesual penal și dreptul civil, în special în ceea ce privește repararea prejudiciilor materiale și morale rezultate din săvârșirea unor fapte interzise de legea penală sau din anumite acțiuni ilicite ale autorităților judiciare.

De regulă, răspunderea delictuală se referă în primul rând la încălcarea unui drept sau a unui interes legal. În timpul procesului penal, chiar și cea mai mică greșeală în desfășurarea procesului penal poate echivala cu o astfel de încălcare a drepturilor. Astfel, drepturile de care se bucură stagiarii procedurali în cursul procesului penal au o dublă semnificație. Pe de o parte, încălcarea prevederilor legale este sancționată procedural prin anularea actelor astfel săvârșite (sau încetarea de drept, dezaprobarea, retragerea), iar, pe de altă parte, încălcarea dispozițiilor legislative dă dreptul la acțiune în justiție, și repararea daunelor.[126]

În unele împrejurări, nerespectarea sistemică a drepturilor procesuale în ansamblu se traduce printr-o încălcare a unui drept individual, care prevede un drept de acțiune în favoarea reclamantului pentru repararea prejudiciului material sau moral cauzat. Cu alte cuvinte și mai precis, dacă acțiunea autorităților judiciare încalcă durata rezonabilă a procedurii, prezumția de nevinovăție, dreptul la viață privată, dreptul la proprietate sau alte drepturi garantate de Convenția Europeană a Drepturilor Omului, încalcă – CEDO, reclamantul se poate adresa instanței civile pentru solicitarea de daune morale și/sau materiale, ulterior faptului.[127]

Jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, corelată cu practica instanțelor naționale, consacră obligativitatea acordării despăgubirilor pentru prejudiciile morale și materiale decurgând din încălcarea drepturilor personalității. Totuși, spectrul formelor de reparare a prejudiciului rămâne unul deschis, nefiind limitat la o enumerare exhaustivă. În funcție de circumstanțele specifice ale fiecărei cauze, neregularitățile procedurale de o gravitate semnificativă pot fundamenta o acțiune în răspundere civilă delictuală, sub rezerva demonstrării legăturii de cauzalitate dintre culpa instituțională și vătămarea produsă. Pilonul central al acestui raționament juridic rezidă în interpretarea teleologică a Convenției, prin care CEDO acordă

[126] ISTRATI, I., op. cit., p. 1.
[127] DECLARAŢIA DREPTURILOR OMULUI DIN VIRGINIA. 12 iunie 1776. Disponibil: portalul oficial UNESCO, text în limba română

protecție prioritară drepturilor fundamentale, în special dreptului la viață, care constituie premisa ontologică a tuturor celorlalte libertăți reproductive.[128]

Din punct de vedere procedural, procesul penal are două laturi: una penală și una civilă ultima desfășurându-se exclusiv după procedura civilă. Deci și din acest punct de vedere, soluționarea laturei civile a procesului penal cu privire la încălcarea libertății individuale, este o influență majoră a aspectului penal cu privire la răspunderea civilă, ce se soluționează cu aplicarea dreptului substanțial civil.[129]

În consecință, influența interdisciplinară asupra dreptului civil nu se reduce la preluarea unor concepte din alte ramuri de drept, ci se manifestă prin interacțiunea mecanismelor de protecție juridică a persoanei. Acțiunea civilă în procesul penal și regimurile speciale de reparare a prejudiciilor demonstrează că protecția efectivă a drepturilor presupune corelarea normelor materiale cu cele procedurale, fără confundarea condițiilor specifice fiecărui mecanism de răspundere. Această perspectivă este relevantă pentru înțelegerea rolului dreptului civil în protejarea drepturilor și intereselor legitime ale persoanei, inclusiv atunci când încălcarea acestora se produce în cadrul unor raporturi juridice reglementate predominant de alte ramuri de drept.

1.4. Concluzii la capitolul I

Analiza fundamentelor teoretice ale libertății individuale și ale dreptului la autodeterminare în cadrul dreptului civil al Republicii Moldova conduce la conturarea unei viziuni unitare asupra rolului central pe care autonomia de voință îl ocupă în arhitectura dreptului privat. În această perspectivă, libertatea individuală nu poate fi redusă la dimensiunea sa fizică, ci trebuie înțeleasă ca o expresie juridică complexă a capacității persoanei de a decide asupra propriei existențe și asupra propriului corp. Această autonomie, consacrată normativ prin principiile generale ale Codului civil, dobândește o semnificație particulară în materia consimțământului informat, unde obiectul deciziei nu mai vizează sfera patrimonială, ci valorile esențiale ale personalității, precum viața, integritatea corporală și demnitatea umană.

În același timp, dreptul la viață, deși recunoscut ca o valoare fundamentală atât la nivel constituțional, cât și în plan convențional european, nu exclude în mod absolut posibilitatea

[128]NAŢIUNILE UNITE. Declaraţia Universală a Drepturilor Omului. New York, 10 decembrie 1948. Ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28 iulie 1990. În: Tratate Internaţionale. Vol. I. 1998. p. 13. Disponibil: http://www.un.org/russian/documen/declarat/declhr.htm [accesat 22 noiembrie 2024]..

[129] CONSILIUL EUROPEI. Convenţia pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, Roma, 4 noiembrie 1950. Ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24 iulie 1997. În: Tratate Internaţionale. Vol. I. 1998. p. 342. Disponibil: http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc [accesat 30 noiembrie 2024].

exercitării autodeterminării asupra propriului corp. Din perspectiva doctrinei civiliste, dreptul la integritate fizică include, în mod implicit, facultatea persoanei de a consimți sau de a refuza intervenții medicale. Totuși, această dimensiune dispozitivă nu poate fi extinsă până la recunoașterea unui drept de a solicita suprimarea propriei vieți, limită care este confirmată atât de orientările doctrinare, cât și de jurisprudența europeană relevantă.

Consimțământul informat se relevă, în acest context, ca o instituție juridică ce depășește nivelul unei simple formalități procedurale, dobândind valențele unui veritabil act juridic. Relația dintre medic și pacient poate fi analizată prin prisma unor raporturi juridice cu natură contractuală, în care validitatea intervenției medicale este condiționată de autenticitatea și calitatea voinței exprimate. Astfel, viciile de consimțământ, consacrate în teoria generală a actului juridic, își găsesc aplicabilitate și în domeniul medical, iar o informare incompletă sau defectuoasă poate constitui temei pentru angajarea răspunderii juridice. O asemenea abordare reflectă tendința de integrare a mecanismelor dreptului civil în analiza problematicii bioetice, conferind coerență și rigoare conceptuală acestui domeniu.

Pe de altă parte, fundamentarea etică a consimțământului informat evidențiază faptul că actul medical nu poate fi redus la o simplă intervenție tehnică, ci implică, în mod necesar, respectarea demnității umane ca valoare supremă. Bioetica oferă astfel dreptului civil un suport axiologic indispensabil, justificând limitele impuse autonomiei de voință în situații sensibile, fără a nega însă existența și importanța acesteia.

Abordarea interdisciplinară a libertății individuale, prin raportare la reflecțiile filozofice, teologice și psihologice, relevă caracterul profund al autonomiei personale, care depășește cadrul strict juridic. Din această perspectivă, dreptul civil este chemat să depășească o interpretare formalistă a condițiilor de validitate a consimțământului, orientându-se către o evaluare substanțială a voinței, în sensul verificării autenticității, caracterului informat și libertății reale de decizie. Această orientare implică o reconsiderare a criteriilor tradiționale și o adaptare a acestora la complexitatea situațiilor care implică dispoziția asupra propriului corp.

În același registru, cadrul normativ european consacră obligația statelor de a garanta caracterul liber și informat al consimțământului în orice intervenție medicală, fără a elimina însă marja de apreciere de care acestea dispun în reglementarea unor materii sensibile, precum avortul și eutanasia. Această marjă explică diversitatea soluțiilor legislative existente la nivel european și impune statelor obligația de a acționa cu respectarea principiului proporționalității și a unor garanții procedurale efective. Pentru Republica Moldova, aceasta se traduce prin necesitatea instituirii unor mecanisme clare și eficiente de informare a pacientului și de verificare a caracterului autentic al consimțământului exprimat.

În fine, analiza literaturii de specialitate relevă existența unei lacune în doctrina juridică națională, în ceea ce privește tratarea consimțământului informat dintr-o perspectivă civilistă, în special în contextul avortului și eutanasiei. Deși contribuțiile existente au deschis direcții importante de reflecție, acestea rămân preponderent ancorate în sfera dreptului medical, penal sau a bioeticii, fără a oferi o analiză sistematică a efectelor juridice civile ale consimțământului. În acest cadru, prezenta cercetare își asumă rolul de a contribui la dezvoltarea unei abordări doctrinare integrate, capabile să ofere soluții coerente și adaptate realităților contemporane.

2. CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT – ACT JURIDIC DE EXERCITARE A LIBERTĂȚII INDIVIDUALE

2.1. Consimțământul informat: element de validitate al actelor juridice de dispoziție asupra corpului uman

În dreptul civil al Republicii Moldova, consimțământul reprezintă o condiție esențială de validitate a oricărui act juridic, fiind expresia manifestării de voință liberă și conștientă a subiectului de drept. În contextul intervențiilor medicale, această noțiune capătă o dimensiune particulară, întrucât privește acte juridice de dispoziție asupra propriului corp, care implică valori fundamentale precum integritatea fizică, demnitatea umană și viața.

Consimțământul informat trebuie analizat nu doar ca o simplă acceptare formală a actului medical, ci ca un veritabil act juridic unilateral, caracterizat printr-o voință calificată – adică o voință formată în deplină cunoștință de cauză. Această calificare derivă din obligația corelativă a profesionistului din domeniul sănătății de a furniza pacientului informații suficiente, clare și adecvate privind natura intervenției, riscurile, beneficiile, alternativele și consecințele refuzului.

Noutatea abordării constă în integrarea consimțământului informat în categoria actelor juridice de dispoziție asupra corpului uman, supuse unui regim juridic mixt: pe de o parte, ele sunt guvernate de principiile generale ale dreptului civil (autonomia de voință, libertatea contractuală), iar pe de altă parte, sunt limitate de norme imperative de ordine publică ce protejează persoana. Astfel, libertatea individuală nu este absolută, ci se exercită în limitele respectării demnității umane și ale interesului general.

Din această perspectivă, consimțământul informat devine instrumentul juridic prin care individul își exercită dreptul la autodeterminare corporală. El nu legitimează orice intervenție, ci doar pe acelea conforme cu legea și cu normele etice. În lipsa unui consimțământ valabil, intervenția medicală poate fi calificată drept o ingerință ilicită asupra integrității corporale, generând răspundere civilă delictuală.

Încadrarea consimțământului informat în categoria actelor juridice unilaterale de dispoziție asupra drepturilor de personalitate reprezintă un demers care impune aplicarea întregului arsenal dogmatic al teoriei viciilor de consimțământ. În dreptul civil al Republicii Moldova, validitatea oricărei manifestări de voință este condiționată de caracterul său liber și conștient. În contextul medical, unde obiectul actului este însăși integritatea fizică și psihică a ființei umane, rigoarea analizei integrității voinței capătă valențe existențiale. Nu este suficientă simpla semnătură pe un formular standardizat; se impune o „voință calificată”, formată în absența oricărei alterări provocate de eroare, dol, violență sau leziune.

Eroarea, ca viciu de consimțământ, constă în falsa reprezentare a unor împrejurări la încheierea actului juridic. În materia medicală, eroarea *in negotio* (asupra naturii actului) este rară, însă eroarea asupra substanței obiectului, *error in substantiam*, și eroarea asupra calităților esențiale ale prestației medicale sunt frecvente.

În conformitate cu art. 339 alin. (1)–(2) din Codul civil al Republicii Moldova, actul juridic încheiat în baza unei erori esențiale poate fi declarat nul de instanța de judecată dacă cealaltă parte sau terțul destinatar al actului juridic unilateral știa sau trebuia să știe despre existența erorii. Eroarea este esențială atunci când falsa reprezentare privește natura actului juridic, calitățile substanțiale ale obiectului acestuia ori identitatea sau calitățile celeilalte părți sau ale terțului beneficiar, dacă acestea au fost hotărâtoare pentru încheierea actului juridic.[130]

În context medical, aplicarea acestor dispoziții presupune examinarea concretă a informațiilor pe baza cărora pacientul și-a format voința. De exemplu, o reprezentare eronată privind natura intervenției, riscurile sale semnificative sau beneficiile terapeutice anticipate ar putea ridica problema existenței unei erori esențiale, dacă sunt întrunite condițiile legale. Această analiză trebuie corelată cu art. 11 și art. 13 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, care reglementează dreptul la informare și consimțământul pentru intervenția medicală.[131]

Utilizarea unui limbaj medical excesiv de tehnic, fără explicarea informațiilor relevante într-o formă accesibilă pacientului, poate compromite caracterul efectiv al informării și poate contribui la formarea unei reprezentări eronate. Totuși, simpla utilizare a terminologiei de specialitate nu determină automat existența unui viciu de consimțământ; trebuie analizate informațiile comunicate, înțelegerea lor de către pacient și îndeplinirea condițiilor prevăzute de lege.

Eroarea nu trebuie să fie neapărat provocată prin manopere ale medicului pentru a fi analizată ca posibil viciu de consimțământ. Cu toate acestea, potrivit art. 339 alin. (1), trebuie îndeplinită condiția referitoare la cunoașterea sau posibilitatea rezonabilă de cunoaștere a erorii de către cealaltă parte ori de către terțul destinatar, după caz. De asemenea, art. 339 alin. (4) stabilește că eroarea imputabilă persoanei al cărei consimțământ este viciat nu poate servi drept temei pentru anularea actului juridic, inclusiv atunci când împrejurările permiteau cunoașterea situației cu diligență rezonabilă.

---

[130] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 339 alin. (1)–(4). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573.

[131] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, cu modificările și completările ulterioare. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Art. 11 și art. 13. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/140341

În consecință, dacă pacientul își exprimă acordul pentru o intervenție fără să înțeleagă natura acesteia ori implicațiile sale esențiale, problema juridică nu poate fi redusă la existența formală a unei semnături. Trebuie stabilit dacă informarea a respectat cerințele legislației privind drepturile pacientului și dacă sunt întrunite condițiile pentru aplicarea regulilor civile referitoare la viciile de consimțământ. Nu se poate concluziona automat că orice informare incompletă atrage nulitatea actului juridic; natura consimțământului medical și remediul juridic aplicabil trebuie argumentate în raport cu normele relevante.

Dolul presupune un comportament dolosiv sau viclean care determină încheierea actului juridic. Potrivit art. 341 alin. (1) din Codul civil al Republicii Moldova, actul juridic încheiat în aceste condiții poate fi declarat nul de instanța de judecată. În conformitate cu alin. (2), trecerea sub tăcere a unor împrejurări poate constitui temei pentru anularea actului juridic atunci când, dacă acestea ar fi fost dezvăluite, cealaltă parte nu ar fi încheiat actul, iar, potrivit principiului bunei-credințe, se putea aștepta ca informațiile respective să fie comunicate.[132]

În raportul medic–pacient, omisiunea intenționată a unor informații esențiale ar putea fi analizată prin prisma acestor dispoziții, dacă sunt întrunite condițiile dolului și ale obligației de informare aplicabile situației concrete. Nu orice omisiune medicală constituie însă dol: trebuie stabilite împrejurările omise, relevanța lor pentru decizia pacientului și existența condițiilor juridice prevăzute de art. 341.

În practica medicală, dolul poate lua forma reticenței dolosive, constând în trecerea intenționată sub tăcere a unor împrejurări relevante pentru decizia pacientului. O asemenea situație poate apărea, de exemplu, atunci când profesionistul medical ascunde existența unor alternative terapeutice relevante sau omite intenționat informații esențiale privind riscurile intervenției propuse, pentru a determina pacientul să o accepte. În dreptul civil al Republicii Moldova, art. 341 alin. (2) din Codul civil permite invocarea dolului în cazul omisiunii unor împrejurări pe care cealaltă parte trebuia, potrivit principiului bunei-credințe, să le dezvăluie și care, dacă ar fi fost cunoscute, ar fi determinat persoana să nu încheie actul juridic.

În raportul medic–pacient, aceste dispoziții trebuie analizate în corelație cu art. 11 și art. 13 din Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Articolul 11 alin. (5) impune prezentarea informațiilor privind intervenția medicală propusă, inclusiv riscurile și beneficiile potențiale, efectele posibile ale refuzului tratamentului și alternativele existente, într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului. Prin urmare, ascunderea intenționată a unor

[132] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 341 alin. (1)–(4). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573

informații esențiale poate ridica atât problema încălcării obligației de informare, cât și, dacă sunt întrunite condițiile legale, problema existenței dolului. Totuși, nu orice omisiune de informare constituie automat dol: caracterul intenționat al conduitei, relevanța informației omise și influența acesteia asupra deciziei trebuie analizate în fiecare caz concret.

În ceea ce privește consecințele juridice, trebuie distinse anularea actului juridic pentru vicierea consimțământului și repararea prejudiciului. Potrivit art. 341 din Codul civil, actul juridic a cărui încheiere a fost determinată de comportamentul dolosiv poate fi declarat nul de instanța de judecată. Separat, art. 346 reglementează posibilitatea solicitării reparării prejudiciului cauzat printr-un viciu de consimțământ, în condițiile prevăzute de acest articol. Așadar, dreptul la despăgubiri nu trebuie prezentat drept o consecință automată a oricărei omisiuni și nici întemeiat pe afirmația generală că dolul ar permite repararea prejudiciului indiferent de condițiile legale aplicabile.

Violența, ca viciu de consimțământ, este reglementată de art. 342 din Codul civil al Republicii Moldova. Potrivit acestei dispoziții, actul juridic încheiat în urma constrângerii prin violență fizică sau psihică poate fi declarat nul de instanța de judecată. Violența constituie temei de anulare atunci când este de natură să determine persoana să creadă că ea însăși, soțul, o rudă ori o altă persoană apropiată sau onoarea ori patrimoniul acestora sunt expuse unui pericol iminent. Totodată, alin. (3) exclude calificarea drept violență în situația în care nu s-a utilizat un mijloc ilicit, iar partea constrânsă a avut o alternativă rezonabilă.[133]

În context medical, analiza constrângerii trebuie să țină seama de circumstanțele concrete în care pacientul și-a exprimat consimțământul, de caracterul ilicit al conduitei imputate și de existența unei alternative rezonabile. Simplul fapt că pacientul se află într-o situație medicală gravă sau este supus unei presiuni emoționale nu demonstrează, prin el însuși, existența violenței în sensul art. 342. O asemenea calificare presupune verificarea condițiilor legale.

Distinct de violență, art. 343 din Codul civil reglementează leziunea. Potrivit alin. (1), actul juridic încheiat de o persoană din cauza unui concurs de împrejurări grele de care a profitat cealaltă parte, în condiții extrem de nefavorabile, poate fi declarat nul de instanța de judecată.[134] În raporturile medicale, această normă ar putea deveni relevantă, în funcție de natura actului juridic și de circumstanțele concrete, atunci când vulnerabilitatea pacientului este exploatată pentru obținerea acceptării unor condiții extrem de nefavorabile. De exemplu, condiționarea

[133] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 342 alin. (1)–(3). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573

[134] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 343 alin. (1)–(2). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573

accesului la un serviciu de anumite clauze sau costuri poate justifica o asemenea analiză dacă sunt demonstrate împrejurările cerute de lege. Vulnerabilitatea pacientului, costul ridicat al serviciului sau caracterul dezavantajos al unei clauze nu sunt însă suficiente, luate separat, pentru a stabili automat existența leziunii.

Prin urmare, aplicarea normelor privind dolul, violența și leziunea în context medical presupune o examinare distinctă a conduitei profesionistului, a circumstanțelor în care pacientul a luat decizia și a condițiilor legale ale fiecărui viciu de consimțământ. Această abordare permite diferențierea între încălcarea obligației de informare, inducerea intenționată în eroare, constrângerea psihică și exploatarea unor împrejurări grele, fără a presupune că toate aceste conduite atrag automat aceeași sancțiune juridică.

Este esențial să distingem între „teama" inerentă bolii (care nu este viciu de consimțământ) și „amenințarea" sau „presiunea" exercitată de profesionist. Consimțământul dat „sub presiunea timpului" într-o secție de primiri urgențe, fără o minimă explicație, poate fi atacat dacă se dovedește că profesionistul a utilizat starea de panică a pacientului pentru a obține un acord pe care, în condiții normale, acesta nu l-ar fi dat. În acest caz, dreptul civil protejează libertatea de decizie prin posibilitatea anulării actului în termenul de prescripție prevăzut de lege.

O noutate a Codului Civil modernizat al RM este reglementarea mai clară a leziunii. În materia consimțământului medical, leziunea apare atunci când există o disproporție vădită între prestații, cauzată de faptul că una dintre părți a profitat de starea de nevoie, de lipsa de experiență sau de lipsa de cunoștințe a celeilalte părți.

Pacientul, prin definiție, are o lipsă de cunoștințe tehnice în raport cu medicul. Dacă această asimetrie este utilizată pentru a impune un act medical inutil, dar costisitor, sau pentru a obține consimțământul pentru proceduri experimentale fără beneficii clare, consimțământul este viciat prin leziune. Protecția civilă intervine aici pentru a restabili echilibrul axiologic între autonomia persoanei și integritatea sistemului medical.

Efectul principal al dovedirii unui viciu de consimțământ este nulitatea relativă a actului juridic de dispoziție asupra corpului uman. Odată ce consimțământul este declarat nul, întreaga intervenție medicală rămâne fără un temei juridic justificativ. În arhitectura răspunderii civile din Republica Moldova, orice atingere adusă integrității fizice fără un consimțământ valid constituie o faptă ilicită delictuală.

Potrivit art. 1998 alin. (1) din Codul civil al Republicii Moldova, persoana care acționează ilicit față de o altă persoană, cu vinovăție, este obligată să repare prejudiciul patrimonial cauzat și, în cazurile prevăzute de lege, prejudiciul moral. În contextul raportului medical, răspunderea juridică nu trebuie analizată exclusiv prin prisma corectitudinii tehnice a actului medical, ci și

prin raportare la respectarea drepturilor nepatrimoniale ale pacientului, inclusiv a dreptului la sănătate și la integritate fizică și psihică, consacrate de art. 43 din Codul civil.[135]

Obligația de informare și necesitatea obținerii consimțământului pacientului sunt reglementate de Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Încălcarea acestor obligații poate fundamenta examinarea răspunderii juridice a prestatorului de servicii de sănătate, chiar dacă intervenția medicală a fost realizată corect din punct de vedere tehnic, cu condiția dovedirii cerințelor legale aplicabile răspunderii.[136]

În funcție de circumstanțele cauzei, lipsirea pacientului de posibilitatea de a lua o decizie liberă și informată poate constitui o atingere adusă autonomiei sale și drepturilor personalității. Articolul 19 alin. (1) și (3), coroborat cu art. 2036 din Codul civil, oferă cadrul normativ pentru analiza reparării prejudiciului nepatrimonial atunci când sunt întrunite condițiile prevăzute de lege. Cu toate acestea, existența unei încălcări a obligației de informare nu determină automat acordarea despăgubirilor: trebuie stabilite fapta ilicită, prejudiciul și condițiile de angajare a răspunderii aplicabile situației concrete.[137]

În concluzie, integrarea teoriei viciilor de consimțământ în dreptul medical din Republica Moldova reprezintă garanția trecerii de la un paternalism medical desuet la o societate bazată pe respectul demnității umane. Consimțământul informat încetează să mai fie un mit administrativ, devenind un instrument juridic activ de protecție a libertății individuale.

2.2. Condițiile de valabilitate ale consimțământului în context medical: capacitate, discernământ și libertate de decizie

Consimțământul pacientului reprezintă una dintre garanțiile juridice fundamentale ale respectării autonomiei persoanei în cadrul raportului medical. În dreptul Republicii Moldova, această exigență este construită prin corelarea normelor constituționale referitoare la viață și integritate fizică și psihică cu normele dreptului civil privind drepturile personalității și cu dispozițiile speciale referitoare la drepturile pacientului.[138]

Constituția Republicii Moldova consacră, în art. 24 alin. (1), dreptul fiecărui om la viață și la integritate fizică și psihică. Această protecție constituțională este completată, la nivelul

[135] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 43 și art. 1998 alin. (1). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573

[136] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, cu modificările și completările ulterioare. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Art. 11, art. 13 și art. 18. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/140341

[137] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Art. 19 alin. (1) și (3), art. 2036 și art. 2037. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573

[138] REPUBLICA MOLDOVA. Constituția Republicii Moldova. Art. 24. Disponibil: https://presedinte.md/app/webroot/Constitutia_RM/Constitutia_2024_ro.pdf [accesat 8 octombrie 2026].

dreptului civil, de art. 43 din Codul civil, care recunoaște persoanei fizice dreptul la viață, sănătate și integritate fizică și psihică, precum și caracterul inalienabil al acestor drepturi.[139]

În planul legislației speciale, Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului consacră în mod expres atât dreptul pacientului de a primi informații cu privire la propria sănătate, cât și dreptul de a-și exprima în mod benevol consimțământul sau refuzul la intervenția medicală.[140] Totodată, legea definește consimțământul pacientului privind intervenția medicală ca fiind un consimțământ conștientizat, exprimat benevol și întemeiat pe informații multilaterale și exhaustive furnizate de medic.[141]

În acest cadru, valabilitatea consimțământului medical poate fi analizată prin raportare la trei elemente principale: capacitatea persoanei de a participa juridic la luarea deciziei, posibilitatea efectivă de a-și conștientiza și exprima voința și caracterul liber al deciziei.

În dreptul civil al Republicii Moldova, capacitatea deplină de exercițiu începe, ca regulă, la împlinirea vârstei de 18 ani. Minorul poate dobândi capacitate deplină de exercițiu și în alte situații prevăzute de lege, inclusiv prin căsătorie sau prin emancipare, în condițiile stabilite de Codul civil.[142]

În materia actului medical, însă, analiza capacității nu se reduce la stabilirea vârstei pacientului. Legea nr. 263/2005 reglementează expres participarea pacientului la procesul de luare a deciziilor privind propria sănătate și prevede implicarea reprezentantului legal sau a rudei apropiate în situațiile prevăzute de lege. Chiar și atunci când consimțământul este exprimat de reprezentant, pacientul trebuie implicat în procesul decizional în măsura permisă de capacitatea sa de exercițiu.

Rezultă astfel că reprezentarea juridică în materie medicală nu presupune înlăturarea completă a persoanei din procesul decizional. Dimpotrivă, cadrul normativ moldovenesc pornește de la recunoașterea pacientului ca participant principal la luarea deciziei privind

[139] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Art. 43. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573 [accesat 8 octombrie 2026].

[140] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, cu modificările și completările ulterioare. Art. 5 lit. i) și k), art. 11 și art. 13. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/27483 [accesat 8 octombrie 2026]; a se vedea și REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 330 din 9 noiembrie 2023 pentru modificarea Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140189&lang=ro [accesat 8 octombrie 2026].

[141] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263 din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, cu modificările și completările ulterioare. Art. 1 alin. (2), noțiunea „consimțământul pacientului privind intervenția medicală". Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/27483 [accesat 8 octombrie 2026]; textul modificat prin Legea nr. 330 din 9 noiembrie 2023, disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140189&lang=ro [accesat 8 octombrie 2026].

[142] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Art. 26. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573 [accesat 8 octombrie 2026].

intervenția medicală, iar în cazul persoanelor care nu au capacitate deplină de exercițiu, opinia acestora trebuie avută în vedere în măsura permisă de situația lor juridică și de capacitatea lor de înțelegere.

Discernământul și posibilitatea de exprimare a voinței

Capacitatea de exercițiu nu trebuie confundată cu discernământul. În sens juridic, problema relevantă pentru exercitarea autonomiei decizionale este dacă persoana poate să conștientizeze în mod adecvat situația în care se află și să își exprime propria voință.

Codul civil al Republicii Moldova utilizează, în materia măsurilor de ocrotire, criteriul potrivit căruia o persoană care, în urma unei boli mintale ori a unei deficiențe fizice, mintale sau psihologice, nu poate în mod deplin să își conștientizeze acțiunile ori să își exprime voința poate beneficia de o măsură de ocrotire. Prin urmare, în analiza consimțământului medical, existența sau inexistența unei măsuri de ocrotire juridică nu trebuie echivalată automat cu existența sau inexistența discernământului într-o anumită situație concretă.

Legea nr. 263/2005 accentuează, la rândul său, participarea pacientului la luarea deciziilor și consacră necesitatea adaptării informației la capacitatea de înțelegere a acestuia. Informațiile referitoare la starea sănătății, intervenția propusă, riscuri, beneficii, consecințele refuzului și alternativele existente trebuie prezentate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului.

Această cerință este esențială pentru caracterul informat al consimțământului. Informarea nu reprezintă doar transmiterea formală a unor date medicale, ci trebuie să permită pacientului să înțeleagă natura intervenției și implicațiile deciziei sale.

Libertatea de decizie

Un al treilea element fundamental îl constituie caracterul liber al consimțământului. Legea nr. 263/2005 consacră atât exprimarea benevolă a consimțământului, cât și dreptul pacientului de a renunța la intervenția medicală sau de a solicita încetarea acesteia, în condițiile prevăzute de lege.

Această exigență este consolidată de Convenția privind drepturile omului și biomedicina, adoptată la Oviedo la 4 aprilie 1997, la care Republica Moldova a aderat prin ratificare. Articolul 5 al Convenției stabilește regula potrivit căreia intervenția în domeniul sănătății poate fi efectuată numai după exprimarea consimțământului liber și informat al persoanei, după furnizarea prealabilă a informațiilor adecvate privind scopul și natura intervenției, precum și consecințele și riscurile acesteia. Persoana își poate retrage liber consimțământul în orice moment.[143]

[143] CONSILIUL EUROPEI. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane cu privire la aplicarea biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicina, Oviedo, 4 aprilie 1997. Art. 5. Disponibil: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164 [accesat 8 octombrie 2026]. A

În consecință, libertatea consimțământului presupune nu numai absența unei constrângeri fizice, ci și existența unor condiții reale pentru formarea unei voințe autonome. Consimțământul nu poate fi considerat valabil numai pentru că pacientul a semnat un formular, dacă circumstanțele în care acesta a fost obținut nu au permis formarea și exprimarea unei decizii libere și informate.

Conținutul informației necesare pentru formarea consimțământului

Legea nr. 263/2005 reglementează în mod concret conținutul informației necesare pentru formarea consimțământului informat. Potrivit art. 13 alin. (3), acordul informat trebuie să conțină informații, prezentate într-o formă accesibilă pacientului, referitoare la scopul intervenției medicale, efectul scontat, metodele intervenției, riscul potențial, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice și economice, precum și variantele alternative de tratament și îngrijire medicală.

Totodată, art. 11 alin. (5) impune ca informațiile privind starea sănătății pacientului și intervenția medicală propusă, inclusiv riscurile și beneficiile potențiale, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente și prognosticul să fie prezentate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale.

În cazul persoanelor care nu au împlinit vârsta de 18 ani sau al celor declarate incapabile ori cu capacitate de exercițiu limitată, informațiile sunt prezentate reprezentanților lor legali, cu informarea concomitentă a pacientului în măsura adecvată capacității sale de exercițiu.

Situațiile în care consimțământul nu poate fi obținut

Regula consimțământului nu are caracter absolut. Legea nr. 263/2005 prevede anumite situații în care drepturile pacientului pot fi limitate, inclusiv în cazurile reglementate de legislația privind asistența psihiatrică, precum și în alte situații expres prevăzute de lege.

În mod particular, art. 13 alin. (8) reglementează intervenția medicală de urgență necesară pentru salvarea vieții pacientului, atunci când acesta nu își poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului legal sau al rudei apropiate nu poate fi obținut la timp. Într-o asemenea situație, personalul medical abilitat de lege poate lua decizia în interesul pacientului. Legea reglementează, de asemenea, situația în care reprezentantul legal refuză un act medical necesar pentru salvarea vieții pacientului, prevăzând intervenția consiliului de medici în favoarea vieții pacientului.

---

se vedea și REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 1256-XV din 19 iulie 2002 privind ratificarea Convenției pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei și a Protocolului adițional la Convenție referitor la interzicerea clonării ființelor umane. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 110–112, art. 853. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/29192 [accesat 8 octombrie 2026].

Prin urmare, excepțiile de la regula consimțământului trebuie analizate ca derogări legale de la principiul autonomiei, și nu ca negare a acestuia. Ele sunt admisibile numai în limitele și în condițiile stabilite de lege.

În concluzie, în dreptul Republicii Moldova, consimțământul medical valabil presupune existența unor condiții cumulative privind participarea juridică a pacientului la luarea deciziei, posibilitatea sa efectivă de a conștientiza și exprima voința, caracterul benevol al acesteia și caracterul suficient, clar și accesibil al informației pe baza căreia este exprimată. Aceste exigențe transformă consimțământul dintr-o simplă formalitate medicală într-un instrument juridic de protecție a autonomiei persoanei și a integrității sale fizice și psihice.

2.3.Consimțământul informat în contextul avortului

2.3.1. Contribuții doctrinare în contextul avortului

Studiul semnat de L. A. Lazanovici[144] se remarcă printr-o abordare amplă și complexă, axată pe câteva direcții fundamentale. În primul rând, autorul analizează dilemele etice, morale și medico-sociale care învăluie practica avortului, trecând apoi în revistă evoluția istorică a reglementărilor legale ce sancționează întreruperea cursului sarcinii. O atenție deosebită este acordată noțiunilor operaționale și disputei legate de momentul exact în care apare viața umană, dar și analizei juridico-penale a elementelor obiective și subiective specifice infracțiunii incriminate de articolul 123 din Codul Penal al Federației Ruse. Nu în rândul din urmă, lucrarea atinge latura criminologică, explorând cauzele acestor fapte ilicite și profilul psihologic ori social atât al victimelor, cât și al autorilor.

Ceea ce dă cu adevărat greutate demersului științific este curajul abordării unor teme de nișă, cum ar fi valorificarea sau statutul țesuturilor fetale rezultate din întreruperile de sarcină, coroborată cu o critică deschisă a hibelor legislative din textul incriminator rus. Ca element de originalitate, Lazanovici aduce în discuție o distincție legislativă necesară: separarea provocării ilegale a nașterii premature de simplul avort ilegal, argumentând că prima prezintă un grad ridicat de pericol social. Pentru a trasa o graniță clară între cele două infracțiuni, autorul propune criteriul viabilității fătului, fixând pragul la 22 de săptămâni de gestație (tot ce este sub acest termen încadrându-se la avort ilegal, iar peste această limită transformându-se în inducerea ilegală a nașterii premature).

În plus, cercetarea aduce argumente solide împotriva deciziei legislatorului rus de a scoate personalul medical cu studii superioare din sfera subiecților activi ai acestei infracțiuni. Valoarea

[144] LAZANOVICI, L. A. Avortul ilegal: analiză penală și criminologică: Teză de autoreferat pentru obținerea titlului științific de candidat în științe juridice. Stavropol, 2004. 23 p.

lucrării crește și prin modul tranșant în care este tratată încadrarea juridică în ipoteza nefericită în care intervine decesul gravidei din culpă (intenție indirectă), o zonă adesea tratată superficial în literatura de specialitate. Prin împletirea elementelor penale cu cele extrapenale, studiul capătă un caracter interdisciplinar riguros, ieșind din clișeurile clasice ale doctrinei.

O cercetare suplimentară care merită menționată aparține lui O. A. Cernega[145], ale cărui preocupări se concentrează în jurul unor teme de maximă acuitate: conflictele normative privind momentul debutului dreptului la viață, statutul embrionului în viziunea civilistă, perspectivele bioetice și medicale intersectate cu dogmele religioase, dar și dreptul fundamental al medicului de a invoca obiecția de conștiință. Deși dimensiunea penală a avortului ilicit lipsește din acest studiu, relevanța lui pentru demersul de față constă în clarificarea raportului semantic dintre „avort” și „procedura de întrerupere artificială a sarcinii”, precum și în conexiunile stabilite cu legislația internațională și standardele Organizației Mondiale a Sănătății. În afara acestor puncte forte, contribuția rămâne însă una restrânsă ca amploare.

O altă contribuție notabilă din literatura de specialitate îi aparține lui C. Tasakov și A. Șumilov[146], care își propun să descifreze elementele constitutive ale provocării ilegale a avortului. Autorii își bazează argumentația pe examinarea obiectului juridic special, pe inventarierea mijloacelor abortive și pe trimiteri la practica judiciară din Federația Rusă. Cu toate acestea, studiul suferă de o serie de carențe metodologice: deși emit ipoteze corecte – cum ar fi caracterul exclusiv comisiv al faptei și prezența necondiționată a intenției directe – acestea nu sunt susținute de o argumentație riguroasă. Mai mult, viziunea lor privind momentul consumării infracțiunii (fixat la expulzarea fătului din organismul matern), preluată de la E. I. Bunina și A. A. Grebenikov, intră în coliziune deschisă cu poziția lui V. D. Mendelson[147], fără a fi însă fundamentată prin dovezi empirice. Critica se extinde și asupra presupusului motiv material al infracțiunii, enunțat dogmatic fără suport statistic, precum și asupra omiterii totale a variantelor agravate, ceea ce plasează această lucrare sub standardele unui studiu complex.

Nu în ultimul rând, o analiză distinctă vine din partea lui M. Kiseleva[148], care reia dihotomia conceptuală dintre „întreruperea sarcinii” și „avort”. Nucleul demersului său îl constituie finele delimitări între infracțiunea de avort ilegal și cea de vătămare corporală gravă, autoarea subliniind judicios că prezența consimțământului femeii reprezintă un veritabil hotar

[145] CERNEGA, O. A. Probleme juridice ale întreruperii artificiale a sarcinii. În: Probleme actuale ale reglementării juridice a activității medicale: Materialele celei de-a 2-a Conferințe științifico-practice pan-ruse din 26 martie 2004. Moscova: RNOU, 2004, p. 331–335.
[146] TASAKOV, S.; ȘUMILOV, A. Întreruperea artificială a sarcinii (Avortul). Aspecte penale. În: Drept penal, 2004, nr. 2, p. 67–69.
[147] MENDELSON, V. D. Răspunderea pentru săvârșirea avortului ilegal în dreptul sovietic. Moscova: Editura Universității din Moscova, 1957. 62 p.
[148] KISELEVA, M. Răspunderea penală pentru întreruperea ilegală a sarcinii. În: Drept penal, 2008, nr. 4, p. 31–35.

față de incriminările de drept comun (cum este art. 111 din Codul Penal rus). Cu toate acestea, coerența textului este grav afectată de contradicții interne: pe de o parte, Kiseleva susține că intervențiile făcute după 12 săptămâni fără aviz medical sau social ar trebui reîncadrate automat ca vătămare corporală gravă (chiar și cu acordul gravidei); pe de altă parte, în analiza laturii subiective referitoare la variantele agravate, autorul oscilează între intenția directă/indirectă pentru întreruperea sarcinii și culpa sau imprudența în cazul survenirii decesului ori vătămării majore.

2.3.2. Reglementări de drept civil în Europa

La nivel internațional, cadrul de protecție a dreptului la sănătatea reproductivă a fost trasat încă din 1999 de Adunarea Generală a ONU , care a stabilit obligația statelor de a asigura servicii de avort accesibile și sigure: „în condiţiile în care avortul nu contravine legislaţiei, în cadrul sistemelor de ocrotire a sănătăţii urmează a fi efectuată instruirea profesională a prestatorilor de servicii medicale şi asigurată dotarea cu echipamentul medical necesar, precum şi adoptate alte măsuri pentru ca avortul să nu comporte riscuri şi să fie accesibil. Este necesar de a fi întreprinse măsuri suplimentare ce garantează ocrotirea sănătăţii femeilor”.[149]

Recent, în Uniunea Europeană, în data de 10 aprilie 2024, Comisia Europeană a reconfirmat această direcție și a decis să înregistreze o inițiativă cetățenească europeană *My Voice, My Choice: For Safe And Accessible Abortion* (*Viziunea mea, opțiunea mea: pentru avorturi sigure și accesibile*), așa cum s-a comunicat.[150] **Eroare! Fără sursă de referință.**Această inițiativă poate fi considerată un moment istoric prin care s-a solicitat includerea dreptului la avort în Carta Drepturilor Fundamentale a UE.

Organizatorii inițiativei solicită Comisiei să prezinte o propunere de sprijin financiar acordat statelor membre pentru ca acestea să ofere posibilitatea întreruperii de sarcină în condiții de siguranță oricărei persoane din Europa care nu are acces la avort legal și în condiții de siguranță.

Este important de precizat că, în prezent, reglementarea avortului rămâne o competență națională, conform Art. 168 din TFUE. Acest fapt este confirmat de însăși decizia Comisiei Europene de înregistrare a inițiativei *My Voice, My Choice*, care subliniază că UE poate doar să sprijine acțiunile statelor membre, fără a le impune recunoașterea acestui drept. Cu toate acestea, asistăm la o tensiune juridică între competența limitată a Comisiei și aspirațiile Parlamentului

[149] Declaraţia Naţiunilor Unite asupra Mediului Înconjurător, pr. 4
[150] COMISIA EUROPEANĂ. Avort sigur și accesibil: Comisia decide să înregistreze o nouă inițiativă cetățenească europeană. Comunicat de presă, Bruxelles, 10 aprilie 2024. Disponibil la: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/ro/ip_24_1854, accesat în data de 30.11.2024.

European, care, prin Rezoluția din 11 aprilie 2024, propune ridicarea accesului la avort la rangul de drept fundamental prin includerea sa în Carta Drepturilor Fundamentale a UE.

În domeniul sensibil al avorturilor, decizia Comisiei e un început. Existența unor state în Uniunea Europeană care au incriminat avortul, a făcut ca mult timp după consolidarea legislativă a Uniunii Europene, această zonă să fie ocolită, deoarece nu se putea da o directivă obligatorie pentru toate Statele Membre atâta timp cât acestea se opuneau vehement din motive religioase.

Această arhitectură juridică în formare se sprijină pe piloni internaționali precum Convenția CEDO și CEDAW, fiind strâns legată de Orientările tehnice ale OMS privind avortul în siguranță. Pentru sistemul juridic al Republicii Moldova, aceste evoluții reprezintă un reper fundamental în definirea dreptului la autodeterminare și în optimizarea mecanismului consimțământului informat.

Parlamentul European, pe baza unui set de legi precum:

- Convenția europeană a drepturilor omului din 1950, Convenția Națiunilor Unite privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor din 1979;
- Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene (denumită în continuare „Carta") din 2000, dar și de la rezoluțiile sale din 13 februarie 2019 referitoare la regresul drepturilor femeii și al egalității de gen în UE, rezoluția sa din 14 noiembrie 2019 referitoare la incriminarea educației sexuale în Polonia, rezoluția din 26 noiembrie 2020 referitoare la interzicerea de facto a dreptului la avort în Polonia, din 11 noiembrie 2021 referitoare la împlinirea unui an de la interzicerea de facto a avortului în Polonia, din 24 iunie 2021 privind statutul sănătății și drepturile sexuale și reproductive în Uniunea Europeană, în contextul sănătății femeilor, din 5 mai 2022 privind impactul războiului cu Ucraina asupra femeilor, din 9 iunie 2022 intitulată „Amenințările globale la adresa drepturilor în materie de avort: posibila revocare a drepturilor în materie de avort în SUA de către Curtea Supremă";
- Rezoluția aceleiași instituții, din 7 iulie 2022 referitoare la decizia Curții Supreme din SUA de a anula în Statele Unite drepturile legate de avort și la necesitatea de a apăra dreptul la avort și sănătatea femeilor în UE, din 22 noiembrie 2023 în proiectele de acorduri ale Parlamentului European, în conformitate cu Orientările OMS intitulate „Avortul în siguranță: Orientări tehnice și de politică pentru sistemele de sănătate", respectiv cu Strategia OMS 2017-2021 pentru sănătatea și bunăstarea femeilor în Europa: afară că a utilizat datele privind mortalitatea și Planul de acțiune din 2016 privind sănătatea sexuală și reproductivă - a adoptat Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă în Europa – fără a lăsa pe nimeni în urmă și utilizând două comunicări ale Comisiei din 5

martie 2020 intitulate „Egalitatea de gen: strategie 2020-2025” - COM(2020)0152.

În aceeași ordine de idei, Comitetul din 12 noiembrie 2020 a descris-o pe cea intitulată „O Uniune a Egalității: Strategia Egalității LGBTIQ 2020-2025” COM(2020)0698, cu referire suplimentară la Declarația Universală a Drepturile omului, Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) și jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului (CEDO), care au acces la sănătatea sexuală și reproductivă prin drepturi relevante (SRHR), inclusiv îngrijirea în condiții de siguranță și legală a avortului, care constituie un drept fundamental la respectarea demnității umane și este intrinsec legat de combaterea violenței sexuale și de gen și de realizarea egalității de gen și a multor alte drepturi ale omului, cum ar fi dreptul unei persoane la viață, sănătate, intimitate, securitate a unei persoane, nediscriminare, egalitate în fața legii și libertatea de tortură și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante.[151]

Deoarece capacitatea oamenilor de a-și exercita libertatea de reproducere, de a prelua controlul asupra sănătății lor reproductive și de a decide dacă, când și cum să o acceseze este esențială pentru exercitarea deplină a drepturilor omului pentru femei, fete și toți oamenii cu potențial de reproducere, și acest lucru este pentru că există respect pentru corpul unei persoane, alegerile și autonomia lor deplină trebuie garantate în conformitate cu Convenția europeană pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, adoptată la 11 mai 2011 la Istanbul („Convenția de la Istanbul”), și ratificată de UE la 28 iunie 2023.

Carta garantează drepturile și libertățile fundamentale ale persoanelor care trăiesc în UE, iar protecția avortului legal și în condiții de siguranță are implicații directe pentru utilizarea efectivă a drepturilor recunoscute în Declarație, cum ar fi drepturile omului la demnitate, libertate personală, egalitate, sănătate și fizică și psihică, integritate, proximitate a accesului la serviciile de avort fiind o încălcare a acestor drepturi fundamentale, așa cum se precizează în Declarația generală nr. 36 (2018) Comitetul ONU pentru Drepturile Omului cu privire la articolul 6 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, cu privire la dreptul la petiție și la cerere și prin Rezoluția 18 a Parlamentului European din ianuarie 2024 privind statutul drepturilor fundamentale în UE, în rapoartele anuale din 2022, respectiv 2023.

Prin aplicarea Rezoluției Parlamentului European din 28 februarie 2024 privind Raportul din 2023 al Comisiei privind statul de drept și în conformitate cu prevederea din Regulamentul de procedură respectiv art. 132 alineatul (2) din Regulamentul de procedură, se vor îndeplini cerințele Uniunii Europene, ale Comitetului Națiunilor pentru Drepturile Omului, care să recunoască și să afirme în mod explicit că decizia unei persoane cu privire la întreruperea

[151]Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_RON, accesat 01.12.2023, accesat în data de 22.11.2024.

voluntară a sarcinii intră în domeniul dreptului la viață privată. Acest lucru se datorează și faptului că Comisia ONU pentru Drepturile Omului a recunoscut, de asemenea, că a nu acționa în baza deciziei unei femei de a avorta este o încălcare legală a dreptului la viață privată, inclusiv atunci când sistemul juridic interferează cu un astfel de ordin.[152]

În Propunerea sa generală nr. 35, Comitetul Națiunilor Unite pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW) a declarat în mod explicit că incriminarea avortului este o încălcare a SRHR al femeilor și este o formă de violență bazată pe gen îndemând totodată guvernele să nu respecte toate legile care incriminează avortul. .

Întrucât SRHR este una dintre țintele Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă ale Națiunilor Unite, în special Ținta 3.7, care solicită acces universal la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv planificarea familială, informarea, educația și integrarea sănătății în strategiile și programele naționale; și obiectivul 5.6, care evidențiază necesitatea asigurării accesului universal la SRHR, așa cum s-a convenit în conformitate cu Programul de acțiune al Conferinței Internaționale pentru Populație, Dezvoltare și Platforma de acțiune de la Beijing precum și din documentele rezultate ale conferințelor de revizuire ale acestora; deoarece țările reci au legi mai puțin restrictive privind avortul, acestea au, în general, rate de avort mai mici decât în țările în care avortul este incriminat, dar garantează și autonomia întregului corp, inclusiv reducerea prevalenței sarcinii neintenționate și împuternicirea oamenilor să facă alegeri în cunoștință de cauză cu privire la sănătatea lor și a corpului lor, cu educație incluzivă, adecvată vârstei și bazată pe dovezi pentru toți despre sex și relații, precum și consiliere despre înalta calitate, accesibilă, în siguranță și gratuit a folosirii contraceptivelor și a planificării familiale; dar educația sexuală cuprinzătoare anterioară vârstei este esențială pentru dezvoltarea abilităților copiilor și adolescenților de a stabili relații și de a avea relații bune, egale și sigure, în special atunci când se abordează condițiile de gen, egalitatea de gen, puterea în relații, consimțământul și respectul pentru limitele necesare, în vederea luării măsurilor concrete care vor conduce la atingerea egalității de gen.[153]

Într-un vot de referință din 4 martie 2024, parlamentarii francezi au afirmat libertatea avortului garantată în Constituția franceză și, deoarece Franța a fost prima țară din lume care a făcut în mod explicit din avort un drept, acest amendament constituțional are ca scop o anumită opțiune împotriva Contextului regresiei drepturilor la avort în UE și în lume, inclusiv în SUA,

[152]Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_RON, accesat 01.12.2023, accesat în data de 22.11.2024.
[153] Convenţia europeană pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, Roma, 04 noiembrie 1950, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24.07.1997 // Tratate Internaţionale. Vol. I, 1998, p. 342, sau originalul pe portalul oficial al Convenţiei - http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc, accesat în data de 30.11.2024.

Polonia, Ungaria și Malta, toate prin acțiune și angajament „a organizațiilor feministe și a parlamentarilor din Franța care au fost importante în asigurarea unei majorități în sprijinul protecțiilor constituționale, pentru dreptul la avort. De la includerea dreptului la avort în Constituția franceză, inițiative similare au fost luate în considerare în alte țări, precum Spania și Suedia, subliniind necesitatea unui răspuns european la întârzierea egalității de gen și a SRHR, a protecției constituționale a drepturilor, care este permanent atacată, iar sprijinul financiar trebuie să fie însoțit de modificări legislative pozitive pentru ca dreptul de acces la servicii de avort să devină realitate.

Deși UE are unele dintre cele mai înalte niveluri de SRHR la nivel global, femeile și membrii comunității LGBTIQ+ se confruntă în continuare cu discriminare și obstacole în calea libertății lor fizice. Aceste bariere pot fi legale, politice, financiare, culturale sau informaționale, iar unele state membre încă folosesc legi foarte restrictive care interzic avortul, cu excepția unor circumstanțe definite în mod specific, ceea ce determină femeile să caute metode nesigure și care le pun viața în pericol, să călătorească în alte țări sau să-și intensifice sarcinile împotriva voinței lor, ceea ce reprezintă o încălcare a drepturilor omului și o formă de violență bazată pe gen și împotriva femeilor, iar unele state membre au legalizat avortul din necesitate sau pentru o gamă largă de politici sociale, deși totuși, pun în aplicare anumite pedepse legale pentru avorturile care au loc în afara respectării prevederilor legale în vigoare.[154]

În prezent, unele state membre încearcă să restrângă și mai mult accesul la SRHR printr-o legislație restrictivă extinsă, ceea ce duce la accesul restricționat la asistență medicală și la discriminare inclusiv la violență, bazate pe gen și, în cele din urmă, deoarece aceste inițiative și proteste împiedică realizarea drepturilor omului, dezvoltarea țărilor şi obstrucționează statele, subminează democrația, valorile europene și drepturile fundamentale conducând la o regresie coordonată și bine finanțată privind egalitatea de gen, diversitatea LGBTIQ+ și feminismul la nivel global și în întreaga lume, această putere constituțională și prea multă extrema dreaptă încercând să inverseze pentru a aduce, de-a lungul deceniilor de progrese în domeniul drepturilor omului și impun o viziune dăunătoare asupra lumii asupra rolurilor de gen în familii și conducere, iar toate aceste mișcări și atacuri sunt strâns legate de tendința de respingere violentă a democrației la nivel mondial, în numele unei amenințări clare la adresa statului de drept în 2018 în Europa.

Aceste mișcări anti-gen și cu încălcarea drepturilor, atacă în mod specific autonomia

[154] Sargos Pierre, E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat în data de 11.11.2024 pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 15.06.2018, accesat în data de 30.11.2024

sexuală și reproductivă ale femeilor și influențează legile și ordinea, conducând la punerea în aplicare a inițiativelor de urgență într-un număr de state membre care vizează slăbirea SRHR, ceea ce este foarte bine reflectat în Polonia, care a restrâns accesul și mai mult la serviciile legale de avort, în urma unei decizii neconstituționale a Curții Constituționale din 22 octombrie 2020, ce duce la interzicerea totală a avortului și a condus la moartea a cel puțin șase femei, atunci când femeile au fost cercetate pentru acuzații de avort iar apărătorii femeilor, a drepturilor omului şi a drepturilor reproductive au fost urmăriți pentru că au ajutat femeile să acceseze serviciile de avort sau pentru a protesta în numele lor pentru dreptul la avort.

Angajamentul UE de a promova, proteja și îndeplini dreptul oricărei persoane, în special al fiecărei femei și fete, de a-și exercita autonomia corporală și controlul deplin asupra chestiunilor legate de sexualitatea și drepturile sale sexuale și reproductive și de a-și exercita autonomie în luarea deciziilor în acest sens, fără discriminare, constrângere sau violență, îndeamnă cetățeanul european să le respecte. Astfel, recomandă inițierea unui tratat de revizuire a tratatelor, astfel cum se solicită prin ordinele sale din 9 iunie 2022 și 22 noiembrie 2023, și adoptarea propunerii cuprinse în ordinul său din 22 noiembrie 2023 pentru anul 2023, prin adăugarea de îngrijire a sănătății sexuale și reproducere, cum ar fi dreptul la avort legal, protecții și modificări ale Cartei, ceea ce înseamnă că toată lumea are dreptul la autonomie corporală, la sănătate și la drepturile sexuale și reproductive gratuite, informate, depline și accesibile și la toate serviciile oferite, deci cu acces la asistență medicală, fără discriminare, inclusiv acces la avort sigur și legal.

2.3.3. Reglementarea avortului în Republica Moldova

După ce Basarabia a fost anexată de URSS în anul 1940 și s-a format Republica Sovietică Socialistă Moldovenească reglementarea penală a avortului din RSSM a fost separată de reglementarea penală din România și a devenit indispensabil legată de politica penală sovietică de la acea vreme. În URSS, prin Decizia Comisariatului Popular de Sănătate și a Comisariatului Popular al Justiției dată în 16 noiembrie 1920, avortul a fost legalizat, URSS devenind prima țară din lume care a făcut acest lucru. Mai târziu, în 1936, pentru că s-a observat o scădere drastică a natalității, Iosif Visarionovici Stalin a interzis avorturile și a a introdus răspunderea penală pentru aceste fapte. În Legea modificată, în art. 140 prevede urmărirea penală pentru efectuarea unui avort de către un medic, într-un spital sau într-o maternitate, cu excepția cazurilor în care continuarea sarcinii pune în pericol viața și sănătatea femeii sau amenință ereditatea prin transmiterea bolilor periculoase. Articolul 140 alin. (2) din această lege a mărit pedeapsa pentru efectuarea unui avort de către un medic în afara spitalelor sau clinicilor, în special pentru publicul care nu avea pregătire medicală. De asemenea, a devenit o crimă ca o femeie însărcinată

să-și inducă propriul avort sau să acorde permisiunea unei alte femei să facă avort.[155,156]

La 23 noiembrie 1955, Prezidiul Sovietului Suprem al URSS a emis rezoluția intitulată „Cu privire la ridicarea interzicerii avortului”, și astfel avortul a fost din nou legalizat, orice schimbare a venit din necesitatea de a preveni riscurile cu care se confruntă femeile care au avortat în afara spitalelor și clinicilor de specialitate, și mai ales cu persoane neautorizate. Așadar, avortul a devenit legal, răspunderea legală pentru avortul ilegal a apărut în două etape și anume: atunci când avorturile au fost efectuate în afara instituțiilor de specialitate și când au fost efectuate în condiții neigienice sau de către persoane care nu au pregătire medicală în obstetrică și ginecologie.[157]

În Republica Sovietică Socialistă Moldova (RSMS), legile sovietice privind avortul au fost în vigoare până la adoptarea proiectului de lege a RSSM la 24 martie 1961 ca și în alte republici sovietice. URSS, a fost condamnat în temeiul secțiunii 108 (1) din Codul Penal. 1961, în care legiuitorul decide cu privire la răspunderea penală pentru avortul ilegal de către un medic și în articolul 108 (2) din Legea privind avortul ilegal, adică în condiţii neigienice sau de către o persoană fără pregătire medicală corespunzătoare. Infracțiunea la care se referă alin. (1) se pedepsește cu amendă de până la șaptezeci și cinci de salarii minime împreună cu interzicerea exercitării medicinei pe o perioadă de până la doi ani sau fără această interdicție, iar la alin. (2) a fost pedepsit cu privațiune de libertate pe o perioadă de la 2 la 8 ani și cu interzicerea exercitării medicinei pe o perioadă de până la patru ani.[158] **Eroare! Fără sursă de referință.**

În Republica Moldova, răspunderea penală pentru provocarea ilegală a avortului este reglementată de art. 159 din Codul penal nr. 985-XV din 18 aprilie 2002, intitulat „Provocarea ilegală a avortului”. Potrivit alin. (1) al acestui articol, întreruperea cursului sarcinii, prin orice mijloace, constituie infracțiune atunci când este săvârșită în afara instituțiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate în acest scop, de către o persoană care nu are studii medicale superioare speciale, în cazul unei sarcini care depășește 12 săptămâni în lipsa indicațiilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății, în prezența contraindicațiilor medicale pentru efectuarea intervenției sau în condiții antisanitare. Pentru fapta prevăzută la alin. (1), legea stabilește pedeapsa cu amendă de la 550 la 850 de unități convenționale, privarea de dreptul de a

[155] URL: https://lege5.ro/gratuit/g42tsmbq/decretul-nr-469-1957-pentru-modificarea-codului-penal accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

[156] Decretul 770/1 oct 1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, publicat în Buletinul Oficial Nr 60 din 1 octombrie 1966

[157] Аманжолова Б. А. История правовой регламентации абортов в зарубежном законодательстве // Вопросы современной юриспруденции. — 2014. — № 42. Архивировано 14 декабря 2021 года.

[158] Дикке Г. Б., Ерофеева Л. В., Яроцкая Е. Л. От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии // Status Praesens. Акушеру гинекологу — врачу и человеку. — № 1(4), февраль 2011 г. Архивировано 18 января 2012 года, p. 98-99

ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 3 ani ori închisoare de până la 2 ani.

O reglementare distinctă se regăsește la art. 159 alin. (1^1), introdus prin Legea nr. 5 din 12 februarie 2026, prin care este incriminată întreruperea cursului sarcinii de către medic sau de către alt lucrător medical, prin orice mijloace, fără consimțământul femeii gravide. Această faptă se pedepsește cu închisoare de până la 5 ani, cu sau fără privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani.

Art. 159 alin. (2) reglementează circumstanțele agravante aplicabile faptelor prevăzute la alin. (1) și (1^1). Acestea includ săvârșirea faptei asupra unei persoane aflate într-o stare de neputință determinată de vârsta înaintată, boală, dizabilitate sau de un alt factor, precum și situațiile în care fapta a cauzat din imprudență o vătămare gravă ori medie a integrității corporale sau a sănătății ori a provocat din imprudență decesul victimei. În aceste cazuri, legea prevede pedeapsa cu închisoare de la 1 la 6 ani, cu sau fără privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 5 ani.

Prin urmare, analiza art. 159 din Codul penal evidențiază că reglementarea penală nu privește doar condițiile în care întreruperea sarcinii este efectuată ilegal, ci și protecția consimțământului femeii gravide. Introducerea alin. (1^1) consolidează relevanța autonomiei reproductive în planul protecției penale, fără a exclude necesitatea examinării distincte a consimțământului informat prin prisma dreptului civil și a legislației speciale privind sănătatea reproducerii.

Este de remarcat faptul că avortul nu a fost interzis în Republica Moldova în perioada comunistă sau după 1991. Potrivit Legii Republicii Moldova, se ”recunoaște că femeia însărcinată are dreptul de a avea posibilitatea de a întrerupe sarcina în condițiile legii și cu respectarea standardelor de siguranță”.

Cu toate acestea, avortul nu este o soluție viabilă pentru planificarea familială, mai ales din cauza riscurilor pentru sănătatea reproductivă și pentru femeia însărcinată. Astfel, Hotărârea Guvernului Republicii Moldova privind aprobarea Programului strategic în domeniul securității democratice a Republicii Moldova (2011-2025) și care are numărul 768 din 12 octombrie 2011, indică faptul că avortul a rămas o formă foarte comună de planificare familială, prezentând riscuri reale pentru sănătatea femeilor. Într-adevăr, conform datelor oficiale din 2009–2013, în Republica Moldova a fost înregistrat un număr tot mai mare de avorturi (în condițiile legale), astfel: în 2009 – 14.639; în 2010 – de la 14.785; în 2011 - 15.710; în 2012 – 14.838; în 2013 – 14.511. Cu toate acestea, cea mai presantă problemă rămâne avorturile ilegale, deoarece acestea reprezintă încă un procent foarte mare din numărul total de avorturi efectuate la nivel mondial,

iar aproximativ 13% din cazuri duc la deces după un avort.[159]

În conformitate cu art. 3 lit. d) din Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii din Republica Moldova, avortul în siguranță reprezintă una dintre prioritățile serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii. La art. 2 al acestui act legislativ se precizează că sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială la alegerea lor, precum și dreptul de acces la servicii de sănătate adecvate care să le permită femeilor să aibă o sarcină și o naștere sigure. Sănătatea reproducerii implică o viață sexuală sigură, capacitatea indivizilor de a avea copii și libertatea de a decide când, dacă și cât de des să aibă copii.

În vederea efectuării întreruperii sarcinii în condiții normale, în anul 2010 a fost adoptat *Regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 647 din 21 septembrie 2010* cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță. Acest Regulament a fost completat și actualizat în anul 2020 prin *Standardul privind întreruperea sarcinii în condiții de siguranță* aprobat prin *Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.766 din 18.08.2020*. Acest Standard prevede printre altele condițiile privind organizarea serviciilor de întrerupere voluntară a sarcinii, cum ar fi:

1) Întreruperea voluntară a sarcinii se efectuează în conformitate cu prevederile Legii nr. 411-XIII din 28 martie 1995 pentru ocrotirea sănătăţii (M. Of. nr. 34, Art. 373) şi Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 în sănătatea reproducerii (M. Of. nr. 205-207). Articolul 673 din Legea nr. 138 prevede că statul se asigură că fiecare femeie are acces la metode sigure de întrerupere „și că a rămas însărcinată”;

2) Indiferent de domiciliul sau statutul de viză al gravidei, întreruperea voluntară a sarcinii are loc în unități medicale acreditate pentru a presta acest tip de serviciu;

3) Întreruperea voluntară a sarcinii se efectuează de către obstetricieni și femeile instruite în acest serviciu. În zonele în care nu este disponibil un medic ginecolog, echipa de medici de familie efectuează consiliere și trimitere pentru întreruperea sarcinii;

4) Rezidenții în obstetrică și ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a sarcinii numai sub supraveghere, fiind responsabili de formarea și învățarea lor;

5) Organizația medicală și sanitară asigură accesul liber și nestingherit al femeilor însărcinate la serviciul de întrerupere voluntară a sarcinii și implementarea acestuia în condiții de

[159] Pactul Internaţional cu privire la drepturile civile şi politice, New York, 16 decembrie 1966, ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 // Tratate Internaţionale. Vol. I, 1998, p. 33, sau originalul pe portalul oficial al ONU - http://www.un.org/russian/documen/convents/politpact.pdf, accesat în data de 29.11.2024.

confidențialitate;

6) Personalul organizațiilor medicale și sanitare va consilia și informa fiecare gravidă care solicită întreruperea voluntară a sarcinii cu privire la metodele, alternativele și riscurile inerente, în conformitate cu prevederile Legii nr. 263-XVI din 27 Octombrie 2005, privind drepturile și obligațiile pacientului (M. Of. nr. 176-181, Art. 867).

Cu toate acestea, nici consilierea, nici informațiile privind riscurile avortului pentru femeile însărcinate, nici incriminarea avortului ilegal nu a determinat scăderea numărul întreruperilor de sarcină, chiar și ilegale, în Republica Moldova. Cel mai de folos lucru în acest sens a fost educația privind folosirea metodelor contraceptive, în vederea prevenirii unei sarcini nedorite și nicidecum recurgerea la o întrerupere de sarcină, aceasta din urmă având consecințe mult mai grave pentru corpul femeii. Graficele și figurile alăturate preluate din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină* sunt relevante în acest sens.[160]

În figura 2.1 se poate observa că există totuși o scădere considerabilă a numărului întreruperilor de sarcină în perioada 2015-2020 în Republica Moldova. Dacă în anul 2015, 14.059 de femei au apelat la metoda avortului, procentul acestora a scăzut în anul 2020 cu aproximativ 40%.

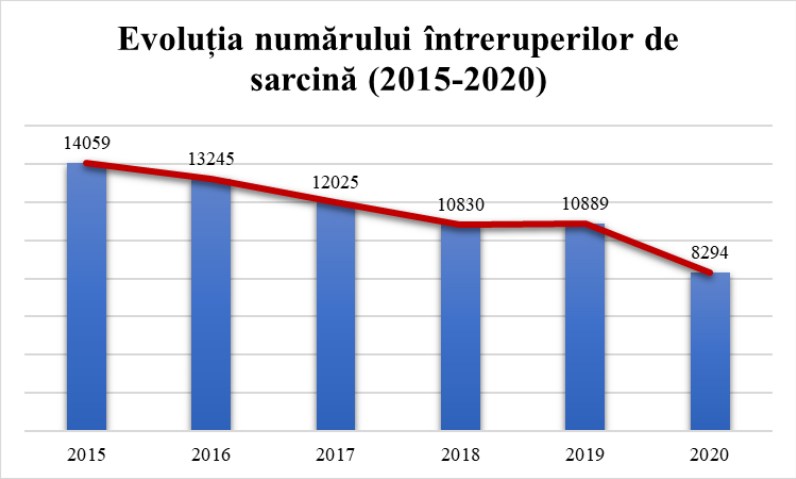


Figura 2.1 Evoluția numărului întreruperilor de sarcină (2015-2020)

Sursa: elaborată de autor conform datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

În anul 2020, conform figurii 2.2, cele mai multe întreruperi de sarcină au fost efectuate la persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 34 de ani (65,10%), dar și de 35 și peste 35 de ani (28,82%).

[160] Raport statistic nr. 13 privind întreruperea de sarcină (în termenele până la 21 săptămâni, disponibil la: https://cidsr.md/wp-content/uploads/2021/11/Raport-Statistic-nr.-13-privind-intreruperea-de-sarcina-2020.pdf

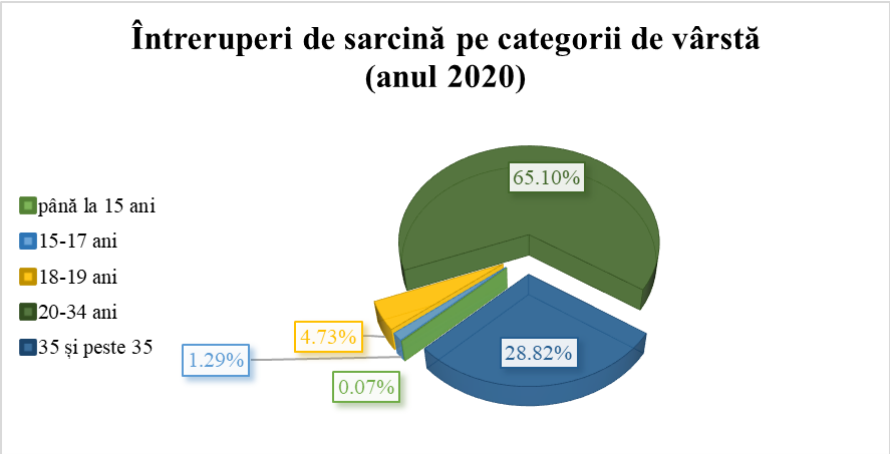


Figura 2.2 Întreruperi de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Din figura 2.3 reies următoarele lucruri referitoare la metodele de întrerupere de sarcină utilizate în anul 2020: cea mai utilizată metodă este vacuumul prin aspirație manuală (39,74%) urmat de cel prin aspirație electrică (24,62%), chiuretaj (19,59%) și avort medicamentos (16,05%), cel din urmă fiind cea mai puțin utilizată metodă.

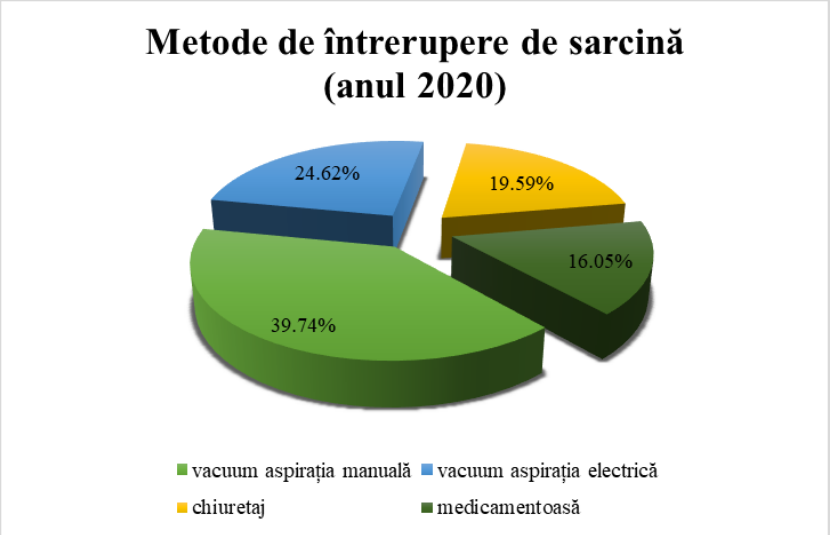


Figura 2.3 Metode de întrerupere de sarcină (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Totodată, în figura de mai jos (figura 2.4) sunt prezentate cele mai întâlnite metode ale întreruperii de sarcină în funcție de categoria de vârstă în care se încadrează femeile ce au trecut printr-un avort.

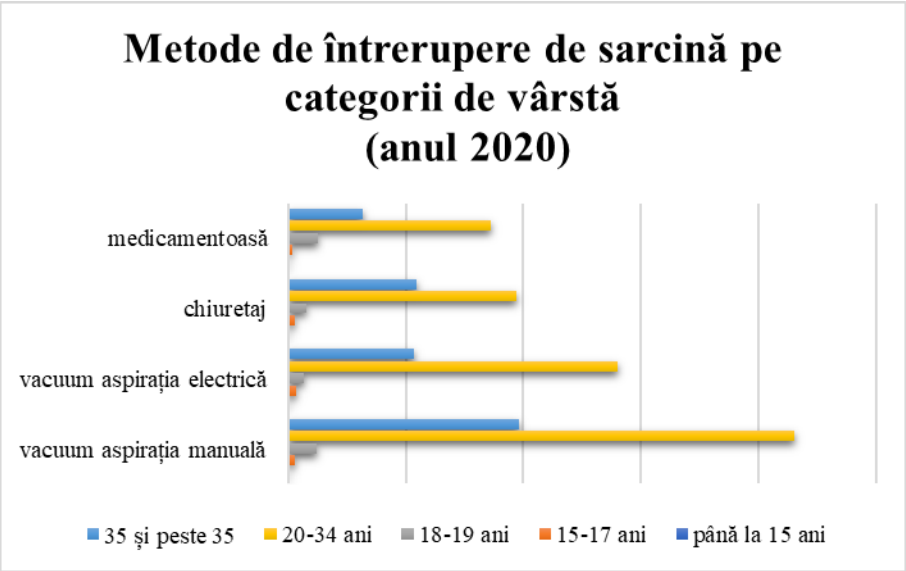


Figura 2.4 Metode de întrerupere de sarcină pe categorii de vârstă

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Întreruperile de sarcină pot fi categorisite, în funcție de mod, în: întreruperi de sarcină spontane, voluntare, la indicații sociale și la indicații medicale. Din figura alăturată (figura 2.5) se vede că în anul 2020, cele mai multe întreruperi de sarcină au fost cele voluntare, dorite de femeile însărcinate (60,13%).

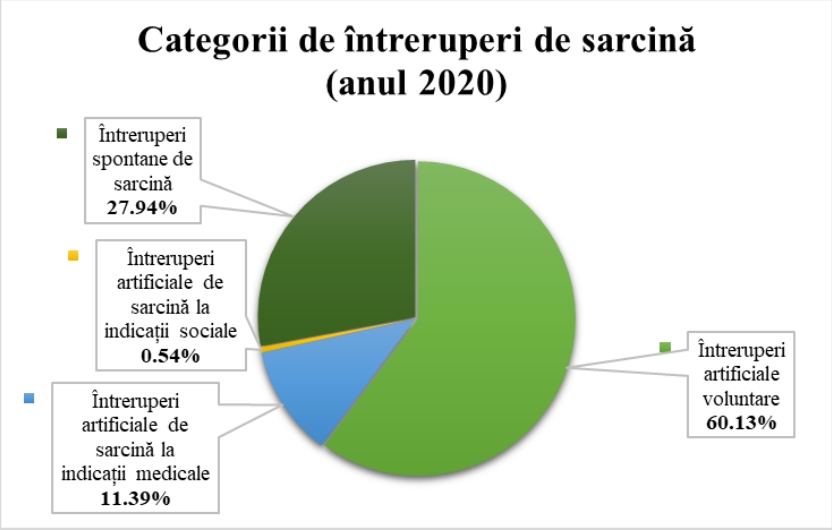


Figura 2.5 Categorii de întreruperi de sarcină (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Femeile cu vârste cuprinse între 20 și 34 de ani reprezintă cel mai vizat segment (figura

2.6). Din punct de vedere juridic, acestea sunt persoane cu capacitate civilă deplină, însă, din punct de vedere sociologic, se află în perioada de maximă instabilitate financiară și presiune profesională, motive care adesea dictează decizia întreruperii de sarcină.

În acest context, nivelul de educație juridică influențează direct exercitarea consimțământului. Pacientele fără o educație juridică minimă tind să nu își perceapă decizia ca pe un act de dispoziție inalienabil asupra propriului corp (garantat de Codul Civil). Din cauza lipsei de cunoaștere a drepturilor de care beneficiază (ex. dreptul la o a doua opinie medicală, dreptul la timp de gândire), decizia de a consimți este adesea luată în mod pripit, sub presiunea autorității halatului alb. Astfel, autonomia de voință – pilonul dreptului privat – este diluată.

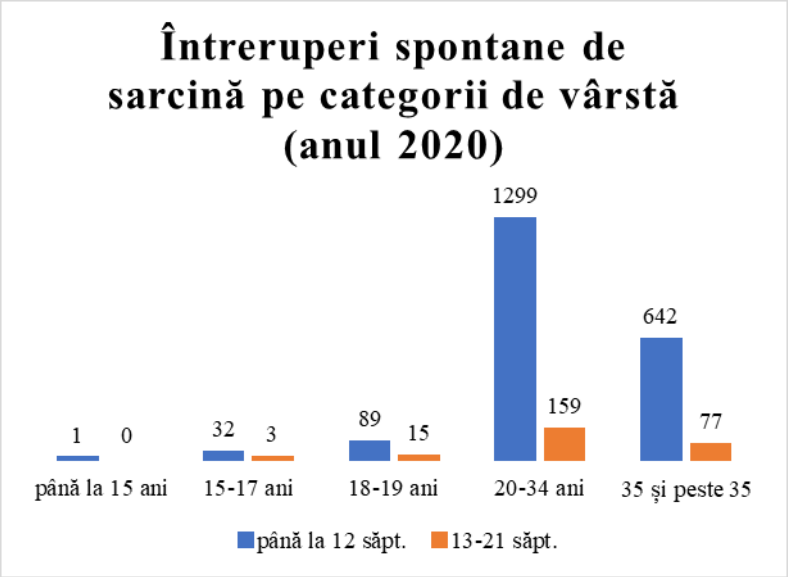


Figura 2.6 Întreruperi spontane de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Iar cea mai des folosită metodă de anestezie este cea prin tehnica blocului paracervical uterin (conform figurii 2.7).

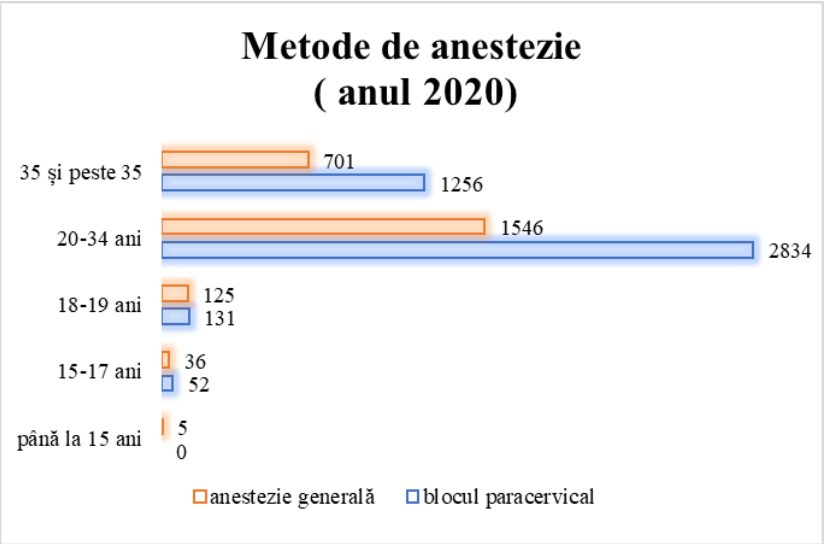


Figura 2.7 Metode de anestezie (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Chiar dacă numărul avorturilor a scăzut în perioada 2015-2020, se poate observa faptul că numărul complicațiilor ce apar după această procedură rămâne destul de ridicat (figura 2.8).

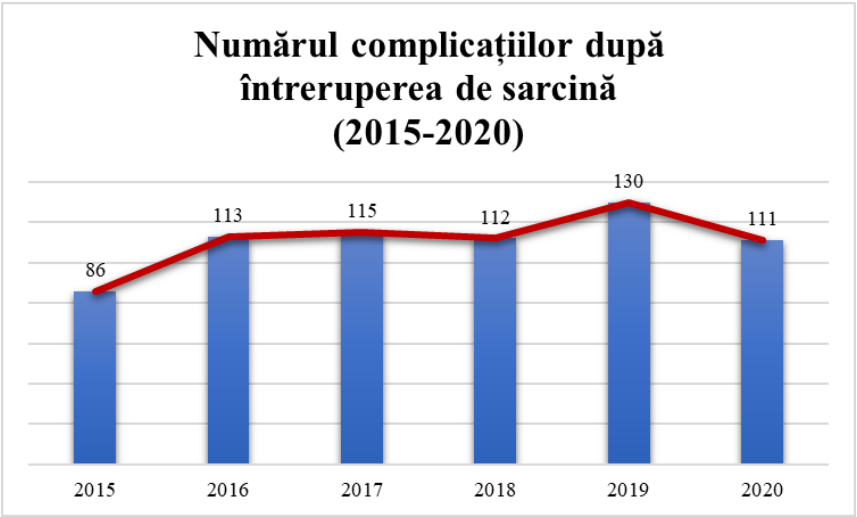


Figura 2.8 Numărul complicațiilor după întreruperea de sarcină (2015-2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Potrivit unui sondaj de opinie realizat în 2016 și intitulat Biserică și Stat în Republica Moldova, întrebarea este Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) dacă părinții nu au nevoie de copiii ? Din punct de vedere moral, respondenții resping avortul ca fiind nejustificat. Totuși, dacă adaugi o anumită condiție că pot fi și ei acolo – părinții nu-și doresc copilul – este puțin surprinzător că au mai multe lucruri. Cei care resping complet ideea rămân în

majoritate, 52,60%, dar 37,20% spun că ar accepta cu siguranță o astfel de politică în anumite circumstanțe și 5,70% în orice caz., 4,50% dintre cei intervievați nedorind să răspundă (figura 2.9).[161]

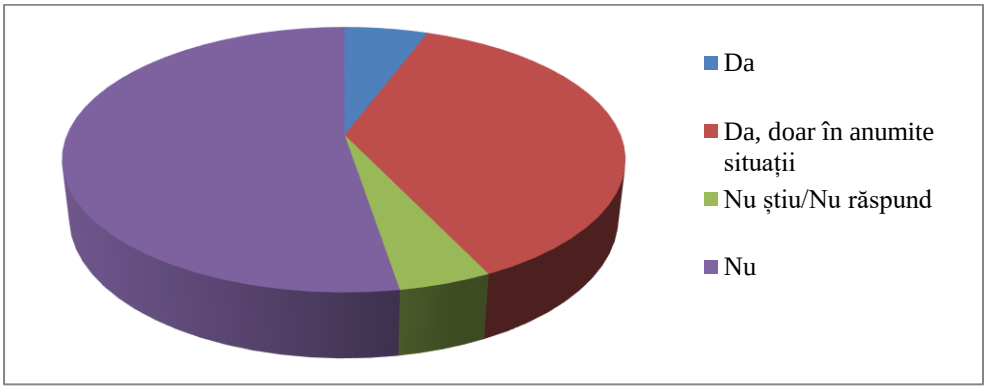


Figura 2.9 Răspunsurile întrebării „Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) atunci când părinții nu-și doresc copilul?"

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din sondajul intitulat *Biserică și Stat în Republica Moldova*

Un set de întrebări cu criterii mai specifice indică principalele criterii în baza cărora cetățenii Republicii Moldova au răspuns „avort": dacă viața mamei este în pericol (65%) sau dacă copilul se poate naște cu probleme și o serie de infecții. (57%). Ambele sunt de natură medicală. Alte motive testate, de natură socială sau economică, au fost respinse de majoritatea respondenților, așa cum se arată în graficul de mai jos.[162]

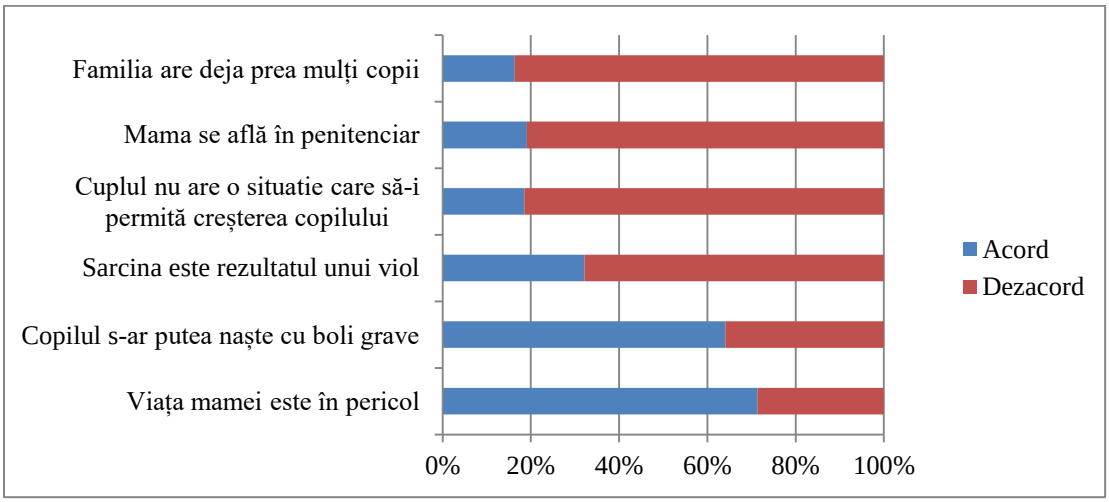


Figura 2.10 Principalele condiții în care cetățenii Republicii Moldova acceptă avortul

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din sondajul intitulat *Biserică și Stat în Republica Moldova*

[161] Vezi întregul sondaj pe https://736f726f73.ultracdn.net/wp-content/uploads/2023/03/Studiu_Biserica-si-Stat-in-RM.pdf, referință din data de 25.04.2023.
[162] *Ibidem*

Aceasta ar include, în forma sa cea mai puternică, retragerea drepturilor femeilor și orice încercări regresive de a limita sau aboli protecțiile care au loc la nivel global, inclusiv în statele membre ale UE, din partea Uniunii Europene. amenințări, hărțuire și intimidare îndreptate împotriva apărătorilor drepturilor omului și organizațiilor societății civile care lucrează pentru promovarea acestor drepturi.

Prin urmare, Parlamentul European și-a exprimat îngrijorarea cu privire la creșterea bruscă a finanțării pentru grupurile care lucrează împotriva egalității de gen și a status quo-ului anti-elecție în întreaga lume, inclusiv în Europa; prin urmare, Comisia a cerut utilizarea tuturor instrumentelor disponibile pentru a se asigura că întreprinderile nu contrazic egalitatea de gen și drepturile femeilor, inclusiv drepturile reproductive, finanțarea UE.

2.3.4. Norme civile în alte jurisdicții

Analiza comparativă a reglementării întreruperii sarcinii în diferite jurisdicții europene evidențiază diversitatea soluțiilor normative prin care legiuitorii încearcă să coreleze autonomia reproductivă a femeii, protecția sănătății și interesele legate de viața prenatală. Pentru obiectul prezentei cercetări, comparația prezintă relevanță în special sub trei aspecte: condițiile juridice în care poate fi întreruptă sarcina, garanțiile privind caracterul liber și informat al consimțământului și mecanismele prin care este asigurat accesul efectiv la serviciile medicale legal permise.

În Spania, întreruperea voluntară a sarcinii este reglementată prin Legea organică nr. 2/2010 privind sănătatea sexuală și reproductivă și întreruperea voluntară a sarcinii, astfel cum a fost modificată prin Legea organică nr. 1/2023. Potrivit art. 14, întreruperea sarcinii poate fi solicitată de femeia însărcinată în primele 14 săptămâni de gestație, cu respectarea condițiilor legale aplicabile. Articolul 13 reglementează cerințele privind consimțământul expres, informat și exprimat în scris, iar art. 13 bis prevede că femeile cu vârsta de cel puțin 16 ani pot solicita întreruperea sarcinii fără consimțământul reprezentanților legali. Modificările din anul 2023 au eliminat, de asemenea, perioada obligatorie de reflecție de trei zile prevăzută anterior.[163]

Acest model normativ este relevant pentru analiza consimțământului informat deoarece distinge între obligația de a asigura informarea necesară deciziei medicale și instituirea unei perioade obligatorii de reflecție. Din perspectivă civilistă, această distincție permite examinarea întrebării dacă validitatea consimțământului trebuie condiționată de parcurgerea unui interval fix sau dacă este mai adecvată evaluarea caracterului liber și informat al deciziei în circumstanțele

[163] SPANIA. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, astfel cum a fost modificată prin Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, arts. 13, 13 bis, 14 și 15. În: Boletín Oficial del Estado, nr. 51 din 1 martie 2023. Disponibil: https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con

concrete ale fiecărei persoane.

În Țările de Jos, cadrul normativ permite întreruperea sarcinii până la momentul în care fătul poate supraviețui în afara corpului femeii, prag considerat în mod obișnuit a fi în jurul săptămânii a 24-a de sarcină. Un element relevant pentru prezenta cercetare îl constituie modificarea legislativă intrată în vigoare la 1 ianuarie 2023, prin care a fost eliminată perioada minimă obligatorie, stabilită anterior la cinci zile. În cadrul noului mecanism, medicul și femeia stabilesc de comun acord perioada necesară înaintea intervenției, cu respectarea cerințelor de informare și de luare atentă a deciziei.[164]

Prin urmare, modelul neerlandez demonstrează posibilitatea reglementării unei perioade de reflecție individualizate, fără impunerea unui termen minim uniform. Relevanța sa pentru dreptul Republicii Moldova constă în necesitatea de a evalua proporționalitatea eventualelor cerințe procedurale și raportul lor cu autonomia pacientului, fără a presupune că o anumită soluție străină poate fi preluată automat.

Dreptul german oferă un model diferit. Potrivit § 218 din Codul penal german (*Strafgesetzbuch*), întreruperea sarcinii este, ca regulă, incriminată. Totuși, § 218a alin. (1) prevede că fapta nu întrunește conținutul infracțiunii prevăzute la § 218 dacă sunt întrunite condițiile legale, între care solicitarea femeii însărcinate, realizarea intervenției de către medic, prezentarea certificatului de consiliere și respectarea intervalului de cel puțin trei zile de la consiliere, în limita a 12 săptămâni de la concepție.[165]

Această reglementare trebuie interpretată cu atenție: ea nu instituie o liberalizare necondiționată a întreruperii sarcinii, ci un mecanism juridic specific, construit prin raportare la norma de incriminare și la condițiile excluderii aplicării acesteia. Comparativ, modelul german evidențiază importanța delimitării dintre consilierea medicală, exprimarea consimțământului și calificarea juridică a conduitei. Aceste elemente nu trebuie confundate, întrucât fiecare produce efecte distincte.

În Irlanda, liberalizarea regimului juridic al întreruperii sarcinii a fost consacrată prin *Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018*, adoptată după referendumul constituțional din același an. Potrivit secțiunii 12, întreruperea sarcinii poate fi realizată în cazul unei sarcini care nu a depășit 12 săptămâni, cu condiția certificării medicale și a trecerii unei

[164] ȚĂRILE DE JOS. Wet van 22 augustus 2022 tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap in verband met het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn voor de afbreking van zwangerschappen. În: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2022, nr. 326; intrată în vigoare la 1 ianuarie 2023. Disponibil: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2022-326.html

[165] GERMANIA. Strafgesetzbuch (Codul penal), §§ 218, 218a și 219. Disponibil: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218.html, https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218a.html și https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__219.html

perioade de cel puțin trei zile de la certificarea prevăzută de lege. Secțiunile 9–11 reglementează situații distincte, referitoare la riscurile pentru viața sau sănătatea femeii și la anumite condiții care afectează prognosticul fătului.[166]

Exemplul irlandez demonstrează că recunoașterea accesului la întreruperea sarcinii la cerere nu exclude existența unor condiții procedurale obligatorii. Din perspectiva consimțământului informat, analiza trebuie să distingă între cerințele care contribuie efectiv la înțelegerea informațiilor medicale și cele care pot genera întârzieri sau dificultăți de acces. Evaluarea juridică a acestor condiții necesită raportarea lor la scopul urmărit, la efectele practice și la garanțiile oferite persoanei.

În Italia, întreruperea voluntară a sarcinii este reglementată prin Legea nr. 194 din 22 mai 1978 privind protecția socială a maternității și întreruperea voluntară a sarcinii. Articolele 4 și 5 stabilesc condițiile și procedura aplicabile în primele 90 de zile, inclusiv intervenția serviciilor de consiliere sau a medicului, informarea femeii și, în absența unei urgențe, un interval de șapte zile înaintea intervenției. Articolul 9 reglementează obiecția de conștiință a personalului medical, în limitele prevăzute de lege.[167]

Experiența italiană este relevantă deoarece arată că recunoașterea normativă a unei proceduri nu garantează, în mod automat, accesul efectiv la aceasta în toate regiunile sau unitățile medicale. În analiza dreptului comparat, problema obiecției de conștiință trebuie examinată împreună cu obligațiile sistemului medical privind disponibilitatea serviciilor și respectarea drepturilor pacientei. Pentru a evita concluziile bazate pe date învechite sau neverificate, evaluarea concretă a situației italiene trebuie fundamentată pe rapoartele oficiale periodice ale Ministerului Sănătății.

În Polonia, regimul juridic al întreruperii sarcinii este mai restrictiv. Legea din 7 ianuarie 1993 privind planificarea familială, protecția fătului uman și condițiile de admisibilitate a întreruperii sarcinii permite intervenția, în esență, în cazul în care sarcina reprezintă un pericol pentru viața sau sănătatea femeii ori există suspiciuni întemeiate că sarcina a rezultat dintr-o faptă interzisă. După hotărârea Tribunalului Constituțional din 22 octombrie 2020, publicată la 27 ianuarie 2021, anomaliile fetale nu mai constituie un temei legal distinct pentru întreruperea

[166] IRLANDA. Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, nr. 31/2018, secțiunile 9–12. Disponibil: https://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31/enacted/en/html

[167] ITALIA. Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, art. 4, art. 5 și art. 9. Disponibil: https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.codiceRedazionale=078U0194&atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-05-22&bloccoAggiornamentoBreadCrumb=true&classica=true&dataVigenza=&generaTabId=true&qId=d660ae55-9cf4-4243-8172-1772c6116cee&tabID=0.4868640790743366&tipoDettaglio=vigente&title=lbl.dettaglioAtto

sarcinii.[168]

În august 2024, autoritățile poloneze au publicat orientări privind aplicarea legislației existente, precizând, între altele, că riscul pentru sănătatea femeii poate include și sănătatea mintală și că evaluarea medicală relevantă poate fi realizată de un singur medic. Aceste orientări trebuie diferențiate de o modificare legislativă propriu-zisă: rolul lor constă în explicarea aplicării cadrului normativ existent, nu în substituirea actului legislativ.[8]

Modelul polonez este relevant pentru evaluarea diferenței dintre reglementarea formală și aplicarea efectivă a normelor. El evidențiază importanța clarității criteriilor medicale și a securității juridice a profesioniștilor, concomitent cu necesitatea unor proceduri care să permită femeii accesul efectiv la serviciile prevăzute de lege.

În Malta, întreruperea sarcinii rămâne supusă unui regim penal restrictiv, în pofida introducerii, în anul 2023, a unei excepții limitate prin art. 243B din Codul penal. Dispoziția vizează anumite intervenții medicale destinate salvării vieții femeii însărcinate și protejării sănătății acesteia în situații de risc medical grav, în condițiile și cu respectarea cerințelor expres prevăzute de lege. Această modificare nu echivalează cu instituirea unui drept general la întreruperea sarcinii la cerere.[169]

Prin contrast, Republica San Marino a adoptat Legea nr. 127 din 7 septembrie 2022 privind reglementarea întreruperii voluntare a sarcinii, în urma referendumului din 2021. Legea permite solicitarea întreruperii sarcinii până la sfârșitul celei de-a douăsprezecea săptămâni, iar ulterior în situațiile expres stabilite de lege. Articolul 4 prevede necesitatea consimțământului informat al femeii, obligații de informare medicală și administrativă, respectarea confidențialității și dreptul de retragere a consimțământului înainte de realizarea intervenției. Pentru minore, legea stabilește un mecanism distinct, care include intervenția autorității judiciare în anumite cazuri de dezacord sau imposibilitate de consultare a reprezentanților legali.[170]

Reglementarea din San Marino prezintă o relevanță deosebită pentru tema cercetării, întrucât abordează explicit atât condițiile de acces la procedură, cât și garanțiile juridice ale exprimării consimțământului. Ea permite examinarea relației dintre informarea pacientei, caracterul voluntar al deciziei, confidențialitate și posibilitatea retragerii consimțământului, fără

[168] POLONIA. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, art. 4a. Disponibil: https://eli.gov.pl/api/acts/DU/1993/78/text.html [accesat 10.10.2026]. A se vedea și: TRYBUNALUL CONSTITUȚIONAL AL POLONIEI. Hotărârea din 22 octombrie 2020, cauza K 1/20. Disponibil: https://trybunal.gov.pl/en/hearings/judgments/art/11300-planowanie-rodziny-ochrona-plodu-ludzkiego-i-warunki-dopuszczalnosci-przerywania-ciazy

[169] MALTA. Criminal Code, Cap. 9, art. 243B, introdus prin Act XXII of 2023. Disponibil: https://legislation.mt/getpdf/67bee314ffa66e24bc1aeb07

[170] SAN MARINO. Law no. 127 of 7 September 2022, Regulating Voluntary Termination of Pregnancy, art. 4–6. Disponibil: https://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/documento17134571.html

a confunda aceste elemente cu problema distinctă a admisibilității legale a întreruperii sarcinii.

În concluzie, analiza comparativă evidențiază că sistemele juridice europene nu urmează un model unic de reglementare a întreruperii sarcinii. Unele jurisdicții pun accentul pe termene și pe autonomia decizională, altele păstrează mecanisme de consiliere obligatorie sau condiții restrictive, iar unele reglementează expres garanțiile procedurale privind informarea, confidențialitatea și retragerea consimțământului. Prin urmare, comparația nu poate fi redusă la clasificarea statelor în sisteme permisive și restrictive, ci trebuie să examineze structura juridică a fiecărui model și efectele sale asupra autonomiei reproductive.

Pentru Republica Moldova, utilitatea acestor exemple constă în identificarea unor soluții care ar putea contribui la clarificarea condițiilor de exprimare a consimțământului informat, a obligațiilor de informare, a protecției confidențialității și a garanțiilor procedurale în situațiile în care persoana este vulnerabilă. Eventualele propuneri de reformă trebuie fundamentate prin raportare la legislația națională în vigoare și la cerințele dreptului internațional aplicabil, fără preluarea mecanică a soluțiilor străine.

2.3.5. Conflictul dintre autonomia pacientei și obiecția de conștiință a personalului medical. Reflectarea acestuia în dreptul civil al Republicii Moldova

Tensiunea dintre dreptul pacientei la autodeterminare în privința propriului corp și dreptul medicului de a refuza, din motive de conștiință, îndeplinirea unei proceduri medicale legale reprezintă una dintre cele mai dificile probleme ale dreptului medical contemporan. Ambele poziții își găsesc temei în ordinea constituțională: pe de o parte, dreptul la ocrotirea sănătății, la integritate fizică și psihică și la viață privată, care includ, potrivit interpretării constante a organelor de la Strasbourg, componenta autonomiei decizionale a pacientei asupra propriului corp; pe de altă parte, libertatea de gândire, de conștiință și de religie, care protejează convingerile intime ale profesionistului din domeniul sănătății și dreptul acestuia de a nu fi constrâns să acționeze contrar acestora. Dificultatea nu rezidă în recunoașterea, în abstract, a celor două drepturi, ci în modul concret în care statul reglementează raportul dintre ele, astfel încât exercitarea uneia dintre libertăți să nu anuleze, în fapt, conținutul celeilalte.

Din perspectiva dreptului civil, autonomia pacientei nu este o noțiune pur declarativă, ci un atribut al dreptului la ocrotirea sănătății și al dreptului la propria persoană, care se exprimă, în plan tehnic-juridic, prin instituția consimțământului informat. Acesta din urmă presupune nu doar comunicarea unei informații medicale complete, ci și existența unei posibilități reale, efective, de a pune în aplicare decizia astfel formată. Un consimțământ care nu poate fi urmat, în practică, de actul medical la care se referă – pentru că niciun practician disponibil nu este dispus să îl

efectueze – rămâne, din punct de vedere civil, o manifestare de voință lipsită de finalitate, adică un drept subiectiv privat de conținutul său concret. Este motivul pentru care doctrina de drept medical distinge tot mai clar între recunoașterea formală a unui drept și garantarea condițiilor sale de exercitare, cea din urmă fiind, în definitiv, măsura reală a eficienței unei reglementări.

Experiența comparată demonstrează că miza reală nu este existența obiecției de conștiință ca atare, ci absența unui cadru normativ care să însoțească această facultate cu obligații corelative clare. Italia, prin Legea nr. 194/1978, a recunoscut încă din 1978 dreptul personalului medical de a refuza participarea la întreruperea voluntară de sarcină, însă rata extrem de ridicată a medicilor obiectori – care depășește, în anumite regiuni, 80% din corpul ginecologic – a transformat o excepție individuală într-o practică instituțională, incompatibilă cu obligația statului de a garanta accesul efectiv la serviciu. Situații similare, de blocaj sistemic generat de refuzul colectiv al medicilor, au fost semnalate și în Croația și în Slovacia. În cazul croat, deși legislația impune spitalelor obligația de a asigura, în structura lor, cel puțin un medic ne-obiector, punerea în practică a acestei obligații s-a dovedit inegală de la un județ la altul, femeile din regiunile rurale fiind nevoite, în numeroase cazuri, să parcurgă distanțe considerabile pentru a găsi un specialist dispus să efectueze procedura, ceea ce a determinat organismele internaționale de monitorizare a drepturilor omului să constate, în repetate rânduri, o încălcare de facto a dreptului de acces la serviciu. În Slovacia, absența unei evidențe centralizate a medicilor obiectori și lipsa unei obligații clare de informare prealabilă a pacientei cu privire la disponibilitatea reală a serviciului au produs efecte similare, amplificate de stigmatizarea socială asociată solicitării unei întreruperi de sarcină. Elementul comun al acestor experiențe naționale nu este, așadar, existența obiecției de conștiință în sine, recunoscută, de altfel, și de instrumentele internaționale privind libertatea de conștiință, ci absența unor garanții procedurale corelative – informare, evidență, trimitere promptă, răspundere subsidiară a instituției – care să împiedice transformarea unui drept individual într-un obstacol colectiv, instituționalizat, în calea exercitării unui drept la fel de legitim al pacientei. Aceste exemple europene oferă un cadru de referință util pentru evaluarea situației normative din Republica Moldova, unde problematica prezintă particularități demne de analiză.

Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului constituie actul normativ central care consacră, la nivel infraconstituțional, autonomia pacientei. Actul definește drepturile pacientului ca drepturi derivate din drepturile fundamentale la viață și la sănătate și enumeră, printre altele, dreptul la o opinie medicală alternativă, dreptul la informație medicală completă și dreptul la consimțământ liber exprimat, condiție prealabilă a oricărei intervenții. Coroborată cu Legea ocrotirii sănătății și cu reglementările privind sănătatea reproductivă,

această lege configurează un drept al femeii de a decide, în limitele stabilite de legiuitor, asupra întreruperii voluntare de sarcină.

Spre deosebire de modelul italian, legislația națională nu conține însă o reglementare expresă, distinctă și detaliată a obiecției de conștiință a personalului medical, cu proceduri, condiții și limite proprii. Dreptul medicului de a refuza efectuarea unei proceduri contrare convingerilor sale se deduce, mai degrabă, pe cale indirectă, din principiile generale privind libertatea de conștiință și din normele deontologice care guvernează profesia, precum Codul deontologic al lucrătorului medical și farmaceutic. Această absență a unei reglementări-cadru dedicate nu înseamnă, desigur, lipsa fenomenului în practică, ci doar faptul că exercitarea lui rămâne insuficient circumscrisă, ceea ce lasă la latitudinea fiecărei instituții medicale sau chiar a fiecărui practician modul concret în care se articulează refuzul individual cu obligația instituțională de a asigura accesul la serviciu. O asemenea lacună este cu atât mai problematică cu cât Legea nr. 263/2005 nu prevede, în mod expres, o obligație corelativă de trimitere promptă („referral") a pacientei către un alt specialist, astfel încât exercitarea dreptului la opinie medicală alternativă să nu depindă de bunăvoința ori de disponibilitatea informală a personalului medical.

Un aspect suplimentar, adesea trecut cu vederea în analizele dedicate acestei problematici, privește rolul Codului deontologic al lucrătorului medical și farmaceutic, care menționează libertatea de conștiință a practicianului fără a organiza, în paralel, un sistem de evidență instituțională a medicilor obiectori. În lipsa unui asemenea registru intern, conducerea fiecărei unități medico-sanitare nu dispune, la momentul solicitării unui serviciu, de o imagine clară asupra personalului efectiv disponibil, ceea ce transferă, în practică, sarcina identificării unei soluții pe umerii pacientei înseși sau, cel mult, ai unui cadru mediu care intermediază informal contactul cu un alt specialist. O asemenea practică informală, deși poate funcționa în unități medicale mari, din capitală, devine ineficientă și potențial discriminatorie în raport cu pacientele din mediul rural sau din instituțiile mai mici, unde numărul specialiștilor disponibili este oricum redus, iar orice refuz individual are un impact proporțional mai ridicat asupra accesului efectiv la serviciu.

Din perspectiva dreptului civil, raportul juridic dintre pacientă și instituția medicală prezintă o dublă natură: pe de o parte, el este guvernat de regulile contractului de prestare a serviciilor medicale, cu obligațiile de mijloace și, uneori, de rezultat pe care acesta le presupune; pe de altă parte, el pune în joc drepturi ale personalității – dreptul la viață, la sănătate, la integritate fizică și psihică și la respectarea vieții private – pe care Codul civil al Republicii Moldova le consacră drept drepturi nepatrimoniale, inalienabile și insesizabile, a căror ocrotire nu poate fi lăsată la discreția uneia dintre părțile raportului juridic. Refuzul nejustificat sau

neînsoțit de o alternativă reală de acces la serviciu afectează tocmai substanța acestor drepturi nepatrimoniale, transformând consimțământul informat – concept-cheie al dreptului medical – într-o noțiune golită de conținut practic: pacienta poate, în teorie, consimți la o procedură legală, dar, în absența unui medic dispus și disponibil să o efectueze, acest consimțământ nu produce niciun efect util.

Este de observat, totodată, că libertatea de conștiință a medicului nu poate fi calificată drept un drept absolut, ci trebuie exercitată în limitele generale ale exercițiului drepturilor subiective civile, care presupun buna-credință și interdicția de a vătăma drepturile altei persoane. Abuzul de drept, instituție consacrată de dreptul civil, poate constitui un instrument teoretic util pentru a evalua situațiile în care obiecția de conștiință este invocată nu ca expresie autentică a unei convingeri personale, ci ca mijloc de eludare sistematică a unei obligații profesionale, mai ales atunci când refuzul provine de la întregul personal disponibil al unei instituții publice, situație în care conceptul individual de conștiință se convertește, în fapt, într-un blocaj instituțional lipsit de orice legitimitate individuală.

Absența unui mecanism eficient de redirecționare rapidă a pacientei generează, în plan civil, premisele unei răspunderi delictuale atât a medicului, cât și, mai ales, a instituției medico-sanitare, în calitate de comitent, pentru fapta prepusului sau pentru propria faptă organizatorică, atunci când lipsa unei proceduri interne clare de gestionare a obiecției de conștiință conduce la vătămarea sănătății pacientei ori la imposibilitatea practică de a beneficia, în termen util, de un serviciu medical legal. Repararea prejudiciului material și moral cauzat printr-o astfel de omisiune se poate întemeia pe regulile generale ale răspunderii civile delictuale, în măsura în care se poate stabili o legătură de cauzalitate între întârzierea sau refuzul nejustificat de acordare a serviciului și agravarea stării de sănătate a pacientei sau vătămarea altor drepturi ale sale.

La acest nivel devine relevantă și jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, aplicabilă Republicii Moldova în temeiul angajamentelor sale internaționale și al rangului constituțional recunoscut tratatelor privind drepturile omului. Cauze precum Tysiąc împotriva Poloniei, R.R. împotriva Poloniei sau P. și S. împotriva Poloniei au stabilit, în esență, că statele au obligația pozitivă de a institui un cadru procedural accesibil și eficient prin care femeile să poată contesta refuzul medicilor și să obțină, în timp util, accesul la serviciul legal la care sunt îndreptățite, sub sancțiunea angajării răspunderii statului pentru încălcarea dreptului la respectarea vieții private, iar, în situații extreme, chiar a interdicției tratamentelor inumane sau degradante. Aceste standarde, dezvoltate în legătură cu state care recunosc expres obiecția de conștiință, oferă un reper direct aplicabil analizei situației normative din Republica Moldova: simpla recunoaștere a dreptului la avort legal, fără un mecanism procedural care să garanteze

exercitarea sa efectivă atunci când medicul curant invocă obiecția de conștiință, nu satisface exigențele convenționale.

Un element important pentru evaluarea eficienței reale a cadrului normativ îl constituie practica instanțelor judecătorești din Republica Moldova. Sub acest aspect, se impune, de la bun început, o constatare structurală: jurisprudența națională nu conține, cel puțin la momentul actual, hotărâri judecătorești publicate care să vizeze, în mod specific, conflictul dintre obiecția de conștiință a personalului medical și dreptul pacientei de a accesa o întrerupere voluntară de sarcină. Această absență nu trebuie interpretată ca o dovadă a inexistenței fenomenului în practică, ci, mai degrabă, ca un indiciu al dificultății structurale de a transforma un asemenea litigiu într-o cauză justițiabilă – pacientele afectate de un refuz nejustificat tind să caute, în lipsa timpului, o soluție alternativă informală (recurgerea la un alt medic, adesea contra cost, sau la un serviciu privat), mai degrabă decât să inițieze o acțiune în răspundere civilă, al cărei rezultat este incert, iar durata incompatibilă cu urgența medicală a situației lor.

În schimb, practica judiciară internă oferă câteva repere utile, prin analogie, în materia mai largă a răspunderii pentru încălcarea drepturilor pacientului și a malpraxisului medical, care confirmă, la nivel de principiu, direcția de interpretare propusă mai sus. Astfel, instanțele naționale au reținut, într-o cauză soluționată de Judecătoria Chișinău (sediul Centru), că lipsa consimțământului informat, semnat de pacient anterior intervenției, constituie o încălcare gravă a drepturilor acestuia, confirmând caracterul de condiție esențială, iar nu pur formală, pe care consimțământul informat îl are în structura raportului juridic medical. La rândul său, Curtea Supremă de Justiție a statuat, într-o hotărâre de principiu a Plenului său, că neîndeplinirea de către medic a obligațiilor sale procedurale – chiar și atunci când diagnosticul stabilit este corect – poate constitui, prin ea însăși, faptă de malpraxis medical, sub forma încălcării regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale. Aplicată prin analogie situației analizate în prezentul subcapitol, această din urmă soluție sugerează că răspunderea civilă a personalului medical sau a instituției nu este condiționată, în optica instanței supreme, doar de rezultatul final defavorabil pentru pacient, ci poate fi angajată și pentru simpla nerespectare a unei proceduri corecte – raționament transpozabil, mutatis mutandis, la omisiunea de a organiza o procedură de redirecționare promptă a pacientei către un alt specialist, în ipoteza obiecției de conștiință.

Trebuie subliniat, totodată, un aspect semnalat constant în doctrina națională de drept medical: absența, la nivel legislativ, a unei definiții proprii a malpraxisului medical și absența unei reglementări speciale a răspunderii civile a instituțiilor medicale îngreunează, în mod obiectiv, sarcina probei pentru pacient, care trebuie să demonstreze, potrivit regulilor generale ale răspunderii civile delictuale, fapta ilicită, prejudiciul, legătura de cauzalitate și vinovăția, de

regulă prin recurgere la o expertiză judiciară – procedură costisitoare și îndelungată, dificil de conciliat cu urgența specifică unei situații de refuz al accesului la avort legal. Această dificultate probatorie generală explică, cel puțin în parte, absența unei jurisprudențe specifice în materia obiecției de conștiință: chiar dacă un asemenea refuz nejustificat ar întruni, teoretic, condițiile unei fapte ilicite cauzatoare de prejudiciu, obstacolele procedurale și probatorii proprii dreptului comun al răspunderii civile delictuale descurajează, în practică, inițierea unei asemenea acțiuni. Constatarea are, la rândul ei, o valoare argumentativă pentru propunerile de lege ferenda formulate în continuare: o reglementare specială, cu praguri de diligență clar definite pentru instituția medicală, ar avea și meritul de a facilita, indirect, sarcina probatorie a pacientei într-un eventual litigiu.

Din perspectiva dreptului civil național, corectarea acestui dezechilibru presupune, în opinia noastră, cel puțin trei intervenții legislative complementare. În primul rând, este necesară completarea Legii nr. 263/2005 cu o reglementare expresă a obiecției de conștiință, care să stabilească, alături de recunoașterea dreptului, și obligația corelativă, în sarcina medicului obiector, de a informa imediat pacienta și instituția medicală, precum și obligația instituției de a asigura, într-un termen scurt și determinat, redirecționarea către un alt practician disponibil. În al doilea rând, se impune consacrarea, la nivelul actelor subordonate legii, a unei proceduri interne obligatorii pentru fiecare instituție medico-sanitară publică, prin care să fie identificat, în orice moment, personalul disponibil pentru efectuarea procedurii, astfel încât obiecția individuală să nu se poată converti niciodată într-un blocaj instituțional total. În al treilea rând, clarificarea, prin normă expresă sau prin practică judiciară constantă, a condițiilor răspunderii civile delictuale a instituției medicale pentru omisiunea de a organiza un asemenea mecanism ar avea o funcție descurajantă importantă, transformând o obligație în prezent difuză, dedusă pe cale de interpretare, într-un standard de diligență clar opozabil furnizorilor de servicii medicale.

În absența unor asemenea corective, dreptul pacientei la autonomie decizională riscă să rămână, în cazurile de refuz colectiv sau neorganizat al personalului medical, o garanție pur formală, lipsită de eficiență practică — situație incompatibilă atât cu litera Legii nr. 263/2005, cât și cu standardele internaționale la care Republica Moldova a subscris.

În concluzie, conflictul dintre autonomia pacientei și obiecția de conștiință a personalului medical nu trebuie privit ca o opoziție ireconciliabilă între două drepturi fundamentale, ci ca o problemă de tehnică legislativă și de organizare instituțională, susceptibilă de soluționare printr-o reglementare civilă echilibrată. Recunoașterea libertății de conștiință a medicului nu poate fi pusă la îndoială într-un stat de drept, însă exercitarea ei trebuie circumscrisă unor limite clare, care să împiedice convertirea unei garanții individuale într-un instrument de blocare colectivă a

accesului la un serviciu medical legal. Pentru dreptul civil al Republicii Moldova, miza practică a acestei dezbateri constă, în ultimă instanță, în a stabili dacă drepturile personalității – printre care dreptul la sănătate și la autodeterminare asupra propriului corp – beneficiază de o protecție reală, opozabilă atât particularilor, cât și instituțiilor publice, sau rămân, dimpotrivă, simple enunțuri de principiu, a căror eficiență depinde de disponibilitatea discreționară a fiecărui practician în parte. Evoluția legislativă viitoare, corelată cu o practică judiciară aptă să sancționeze omisiunile organizatorice ale instituțiilor medicale, va determina, în bună măsură, răspunsul la această întrebare.

2.4.Consimțământul informat în contextul eutanasiei

2.4.1. Contribuții doctrinare în contextul eutanasiei

Discutând despre limitele autonomiei individuale în situații limită, doctrina clasică semnalată de N. S. Tagանțev[171] subliniază că intervențiile letale efectuate cu consimțământul victimei sunt tratate tradițional ca infracțiuni, în ciuda faptului că fundamentul acestei incriminări are un caracter preponderent istoric. În realitatea juridică și socială modernă, sacralitatea vieții – privită independent de dreptul strict la inviolabilitatea ei – devine un concept tot mai greu de susținut în forme absolute atunci când vine vorba de deciziile privind sfârșitul de viață. Deși refuzarea tratamentelor sau cererile de a pune capăt unor suferințe terminale pot fi privite prin prisma unor bariere morale sau religioase, este dificil de identificat argumente logice imbatabile care să justifice o desconsiderare totală a opțiunii pacientului aflat în agonie. Criticii actuali remarcă faptul că o logică penală dusă la extrem ar obliga statul să sancționeze o multitudine de activități cotidiene riscante, însă intervenția punitivă își pierde din coerență etică atunci când este aplicată unor situații de compasiune extremă. De altfel, chiar și în cadrul normativ în care eutanasia sau omorul la cerere sunt strict interzise, doctrina subliniază necesitatea unei nuanțări profunde a vinovăției: fapta unui medic sau a unei persoane care curmă suferințele unui bolnav în fază terminală, la rugămintea sa expresă, nu poate fi tratată cu aceeași unitate de măsură și nu se poate afla pe aceeași treaptă cu un omor comis din interes material sau din răzbunare.

2.4.2. Valențele consimțământului în materia vieții și a sănătății prin prisma Codului Civil al Republicii Moldova

În sistemul de drept civil al Republicii Moldova, protecția corpului uman, a integrității fizice și psihice și a demnității persoanei beneficiază de o consacrare legislativă expresă,

[171] TAGANȚEV, N. S. Ugolovnoe pravo (Časť Obščaja). Časť 1. Po izdaniju 1902 goda. Allpravo.ru, 2003. Disponibil: http://www.allpravo.ru/library.

constituind un reper fundamental în analiza limitelor autonomiei individuale, inclusiv în situații-limită precum refuzul tratamentului sau cererile de a pune capăt suferințelor terminale. Departe de a fi o simplă enumerare formală de prerogative, această consacrare structurează întreaga arhitectură a raportului juridic medical, plasând consimțământul – și nu diagnosticul sau indicația terapeutică în sine – în centrul legitimității oricărei intervenții asupra corpului unei persoane.

a) Inviolabilitatea corpului uman și caracterul strict personal al consimțământului

Codul civil al Republicii Moldova consacră, în secțiunea dedicată respectului datorat ființei umane și drepturilor ei inerente, un catalog de drepturi ale personalității – dreptul la viață, la sănătate, la integritate fizică și psihică, alături de dreptul la onoare, demnitate și la respectarea vieții private – calificate expres drept drepturi insesizabile și inalienabile. Această calificare nu este întâmplătoare: ea plasează drepturile respective în afara sferei de disponibilitate obișnuită a actului juridic civil, sustrăgându-le, în principiu, oricărei tranzacții sau renunțări definitive, chiar dacă titularul lor și-ar exprima acordul în acest sens.

Din perspectiva raportului medical, consecința directă a acestei calificări este că orice intervenție realizată asupra unei persoane fără consimțământul acesteia, exprimat în mod liber, prealabil și în cunoștință de cauză, constituie nu doar o abatere de la deontologia profesională, ci o veritabilă încălcare a unui drept civil subiectiv nepatrimonial, susceptibilă, ca atare, de a angaja răspunderea civilă delictuală a autorului ei. Este de subliniat, totodată, caracterul strict personal al acestui consimțământ: el nu poate fi, de regulă, exprimat de un terț în locul titularului, cu excepția ipotezelor expres reglementate – minori, persoane lipsite de discernământ, situații de urgență medicală în care voința pacientului nu poate fi culeasă la timp fără a pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea sau viața acestuia. Aceste excepții confirmă, prin însăși natura lor derogatorie, regula generală: nicio persoană nu poate fi silită să suporte un tratament medical împotriva voinței sale exprimate, iar orice limitare a acestei reguli trebuie să fie de strictă interpretare și justificată printr-un interes legitim, proporțional și expres prevăzut de legiuitor.

Este util de observat, în context, că același principiu al inviolabilității corpului uman fundamentează și interdicția de a conferi o valoare patrimonială corpului uman, elementelor sau produselor sale, actele juridice care ar avea un asemenea obiect fiind lovite de nulitate absolută. Deși gândită, în primul rând, pentru a preveni comercializarea organelor sau a altor elemente biologice, această interdicție are o relevanță indirectă și pentru materia consimțământului medical: ea confirmă concepția legiuitorului potrivit căreia corpul persoanei nu este un simplu bun aflat în circuitul civil obișnuit, ci suportul unei valori extrapatrimoniale protejate ca atare, ceea ce întărește, la rândul său, exigența unui consimțământ informat autentic, iar nu doar formal, pentru orice intervenție.

b) Limitele autonomiei de voință și tratamentul juridic al eutanasiei

Deși dreptul civil garantează autodeterminarea individului și posibilitatea acestuia de a dispune, în anumite limite, de propriul corp, această autonomie nu se extinde până la recunoașterea unui așa-numit „drept la moarte" sau a unei liberări depline de răspundere pentru cel care ar pune capăt, la cererea persoanei, vieții acesteia. Limitele autonomiei de voință în materie nu sunt trasate, în dreptul moldovenesc, exclusiv de Codul civil, ci mai ales de legea penală, care rămâne, în absența unei reglementări speciale a eutanasiei sau a directivelor de sfârșit de viață, principalul instrument de delimitare a ceea ce este permis de ceea ce este interzis în această materie.

Astfel, Codul penal al Republicii Moldova incriminează, ca variantă atenuată a omorului, lipsirea de viață a persoanei la dorința acesteia (eutanasia), condiționată de existența unei maladii incurabile sau a unui caracter insuportabil al suferințelor fizice și de manifestarea expresă a dorinței victimei, sau, în cazul minorilor, a rudelor acesteia. Alături de această normă, legea penală incriminează distinct și determinarea sau înlesnirea sinuciderii, faptă care, deși presupune, prin ipoteză, un anumit grad de participare a victimei la propria vătămare, rămâne sancționabilă indiferent de consimțământul acesteia. Ansamblul acestor incriminări confirmă poziția tranșantă a legiuitorului moldovenesc: consimțământul persoanei, oricât de liber și de informat ar fi exprimat, nu poate înlătura, prin el însuși, caracterul ilicit al faptei de a curma viața cuiva, nici atunci când fapta este săvârșită de un terț la cererea expresă a victimei, nici atunci când terțul se limitează să înlesnească realizarea acestei intenții.

Din perspectivă civilă, această opțiune legislativă se reflectă și în regimul actului juridic: convențiile sau declarațiile de voință prin care o persoană ar autoriza un terț – inclusiv personal medical – să îi suprime viața sunt lipsite de orice efect juridic valabil, fiind contrare normelor imperative ale ordinii publice și bunelor moravuri care guvernează materia drepturilor personalității. Autonomia individuală, oricât de extinsă ar fi în privința tratamentului curativ sau paliativ, își găsește astfel o limită structurală atunci când obiectul manifestării de voință nu mai este acceptarea sau refuzul unei intervenții asupra propriului corp, ci însăși încetarea vieții provocată de un terț.

c) Refuzul tratamentului și „directivele anticipate" – o zonă de tăcere legislativă

Distinctă de problematica eutanasiei, deși adesea confundată cu aceasta în dezbaterea publică, este chestiunea refuzului tratamentului medical de susținere vitală, precum și a exprimării anticipate a acestei voințe pentru ipoteza în care persoana și-ar pierde, ulterior, capacitatea de a și-o mai manifesta. În timp ce eutanasia presupune o intervenție activă a unui terț, orientată spre curmarea vieții, refuzul tratamentului sau întreruperea unor măsuri de

susținere artificială a funcțiilor vitale, la cererea pacientului sau a reprezentantului său legal, se înscrie, cel puțin la nivel de principiu, în sfera legitimă a autonomiei individuale asupra propriului corp – distincție esențială, dar insuficient dezvoltată în legislația națională.

O problemă majoră a dreptului civil moldovenesc actual o constituie tocmai absența unui mecanism legal clar de exprimare anticipată a voinței – așa-numitele directive anticipate sau „living wills" –, prin care o persoană aflată în deplinătatea discernământului să poată stipula, în mod valabil și opozabil, dacă acceptă sau refuză menținerea sa artificială în viață prin mijloace extraordinare, pentru ipoteza pierderii ulterioare a capacității de exercițiu, de exemplu în stadii avansate de demență sau în stare de comă ireversibilă. Nici Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nici Codul civil nu conțin, la acest moment, o reglementare dedicată a unui asemenea instrument juridic, deși acesta este consacrat, sub diverse denumiri, în legislația mai multor state membre ale Uniunii Europene.

În absența unei asemenea reglementări, medicul curant și familia pacientului se confruntă cu o veritabilă aporie juridică. Pe de o parte, principiile generale ale dreptului la ocrotirea sănătății și caracterul inalienabil al drepturilor personalității obligă personalul medical la diligențe orientate spre menținerea vieții pacientului, în absența unui consimțământ actual, exprimat de acesta sau de reprezentantul său legal, pentru întreruperea tratamentului. Pe de altă parte, prelungirea, prin mijloace disproporționate și fără nicio perspectivă terapeutică reală, a unei agonii lipsite de demnitate poate intra în coliziune cu principiul respectului datorat persoanei și cu însuși conținutul dreptului la integritate fizică și psihică, aplicat, de această dată, nu în sensul protecției împotriva unei intervenții nedorite, ci în sensul protecției împotriva unei suferințe fizice prelungite artificial. Absența unui text expres care să tranșeze acest conflict de principii lasă, în prezent, soluția la latitudinea interpretării judiciare sau, mai frecvent, la latitudinea practicii instituționale a fiecărei unități medicale, cu riscurile de inconsecvență și de insecuritate juridică pe care o asemenea situație le presupune, atât pentru pacienți și familiile acestora, cât și pentru personalul medical implicat.

d) Relevanța distincției pentru raportul dintre autonomie și obiecția de conștiință

Analiza consimțământului, a limitelor sale legale și a lacunelor privind exprimarea anticipată a voinței pacientului nu este lipsită de relevanță pentru problematica, tratată în secțiunea anterioară a prezentei lucrări, a conflictului dintre autonomia pacientei și obiecția de conștiință a personalului medical. Ambele situații – refuzul unei intervenții medicale legale de către pacient, respectiv refuzul unei proceduri legale de către medic din motive de conștiință – pun în discuție aceeași întrebare structurală: în ce măsură dreptul civil moldovenesc asigură,

dincolo de recunoașterea formală a unui principiu, condițiile concrete pentru ca voința individuală, corect exprimată, să producă efecte juridice reale.

Astfel cum absența unei reglementări a directivelor anticipate riscă să transforme dreptul la autodeterminare al pacientului aflat la finalul vieții într-o garanție lipsită de instrumente de aplicare, absența unei proceduri clare de redirecționare a pacientei către un alt specialist, în ipoteza obiecției de conștiință, riscă să transforme dreptul acesteia la un consimțământ liber exprimat într-o garanție similar lipsită de eficiență practică. În ambele cazuri, cauza structurală a dificultății nu este insuficiența principiilor generale consacrate de Codul civil – care rămân, la nivel declarativ, suficient de robuste –, ci absența unor norme de aplicare, de procedură și de răspundere care să le însoțească, apță să transforme principiul într-un drept efectiv exercitabil.

e) Concluzii privind regimul civil al consimțământului

În sinteză, în dreptul civil al Republicii Moldova, consimțământul informat rămâne instrumentul juridic central prin care se exercită autonomia persoanei pe durata vieții, atât în materie de tratament curativ, cât și, în limitele analizate, de îngrijire paliativă, însă își pierde orice valabilitate juridică din momentul în care obiectul său s-ar transforma într-o solicitare de curmare deliberată a vieții, ipoteză rezervată exclusiv sancțiunii legii penale. Între aceste două limite – consimțământul ca instrument legitim al autonomiei, pe de o parte, și interdicția absolută a dispoziției asupra propriei vieți prin fapta unui terț, pe de altă parte – se situează o zonă intermediară, insuficient cartografiată de legiuitorul moldovenesc: cea a refuzului tratamentelor de susținere vitală și a exprimării anticipate a acestei opțiuni.

Armonizarea legislației naționale cu standardele bioetice europene impune, în opinia noastră, o dezbatere legislativă aprofundată, orientată spre clarificarea statutului juridic al refuzului de tratament în stadiile terminale ale bolii și spre introducerea unui mecanism legal clar de exprimare și de opozabilitate a directivelor anticipate. O asemenea intervenție legislativă ar avea, în egală măsură, meritul de a proteja pacientul împotriva unui exces de paternalism medical și meritul de a proteja personalul medical de riscul unei răspunderi juridice – civile sau chiar penale – nejustificate, atunci când acesta acționează, cu bună-credință, în respectul voinței exprimate anterior de pacient.

2.4.3. Norme civile în Europa

Consimțământul informat a apărut ca un standard etic central în codurile medicale majore, cum ar fi Jurământul Hipocratic, Declarația de la Geneva din 1948 sau Codul Internațional de

Etică Penală din Minnesota.[172]

Pacientul trebuie să știe că medicul va acționa numai în interesul său, în conformitate cu Declarația de la Geneva, și își va respecta dreptul de a decide ce vrea să facă. Conform Legii Drepturilor Omului, „orice adult fără o boală mintală are dreptul la autodeterminare".

Legile României și Republicii Moldova sunt deosebit de relevante pentru subiect. Este în mod evident preocupat de unde sunt datele, cum/când se realizează acest lucru, este explicat pe scurt și oarecum inexact, după cum credem, în art. 8 teza I (din Legea nr. 46/2003), care vorbește despre „(...) limbaj politicos, clar și puțin extraordinar (...)". Iată o explicație semantică clară pentru conceptul de sistematizare a limbajului. În mod clar, legiuitorul nu a avut în vedere probleme atât de definitive, destul de rezonabile, suficient, credem noi, cum este „minimizarea", evitând sistematic pe cât posibil terminologia de specialitate rigidă care nu poate fi înțeleasă de pacient. Dreptul la informare despre starea de sănătate a pacientului este prevăzut și la art. 27 din Legea 422/1995 a Republicii Moldova prevede: „pacientul are dreptul la informare cu privire la procedurile medicale care i se aplică, cu privire la riscul potențial al acestora și eficacitatea clinică, în legătură cu abordări alternative, precum și în ceea ce privește screening-ul, prognosticul și tratamentul."

Totuși, nu putem să nu remarcăm importanța pe care legiuitorul român o acordă formei lingvistice. În plus, toate legile urmează formatul scris, folosit doar ca mijloc de probă. Este de remarcat faptul că Legea nr. 95/2006, în art. 660, precizează că nu este necesar acordul scris decât „în cazuri de pericol iminent".[173]

Legislația franceză oferă o definiție sintetică, prin care pacientul are dreptul de a fi „informat fidel, clar și adecvat despre starea sa, investigațiile și îngrijirile care i se recomandă".[174]

Credem că forma franceză, de éclairée – elucidată, surprinde esența ideii de consimțământ într-un mod mai fericit, cu o anumită eleganță retorică, decât în Legea sănătății.

Din punct de vedere semantic, formularea cuprinde o gamă mai largă de semnificații decât conceptul de clarificare care se referă nu numai la conceptul de informație în sine, ci și la înțelegerea pacientului. [175]

În ceea ce privește mărcile legate de conținut și formă, dreptul francez se mulțumește să

[172] https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf, accesat în data de 22.11.2024
[173] Legea nr. 95/2006 a fost republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 20.08.2015.
[174] Nathalie Albert, Obligation d'information médicale et responsabilité, RFDA 2003, pag. 353.
[175] Dicționarul explicativ al limbii române (ediția a II-a revăzută și adăugită), 2009.

ridice loialitatea ca măsură morală, ce „are consecințe juridice”[176]

Important, în opinia noastră, consimțământul poate fi obținut după ce pacientul a fost informat în mod corespunzător, în termeni clari, că este rezonabil, în raport cu starea sa de sănătate, anumite intervenții, alternative terapeutice, întreținere și tratamente existente, când i se prezintă, riscurile, precum și posibilele efecte secundare, rezultatele acestor intervenții, îngrijiri, tratamente, astfel încât pacientul să înțeleagă, să selecteze și să accepte serviciul medical care i se va presta ca persoana care avea dreptul, pentru ca cineva să-l folosească.

Temeiul legal pentru obligația de a informa pacientul este furnizat de:

- art. 22 din Constituția României și art. 24 din Constituția Republicii Moldova – Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică;

- art. 4-12 din Legea drepturilor pacienților și art. 27 din Legea nr. 411/1995 privind asigurarile de sănătate în Republica Moldova – Dreptul pacientului la informații medicale; - art. 649 și următoarele din Legea nr. 95/2006 – Titlul XV „Răspunderea civilă a medicilor și furnizorilor de produse și servicii medicale, igienice și medicale”;

- art. 6 din Decretul ministrului sănătății publice nr. 482/2007 pentru aprobarea Regulamentului de procedură privind aplicarea titlului XVI „Răspunderea civilă a medicilor și prestatorilor de servicii medicale și a unui serviciu medical, sanitar și de tratament” din Legea nr. 95/2006 privind reformele sectorului de sănătate – Consimțământul pacientului;

– este de remarcat faptul că dreptul francez are obligația de a susține principiul constituțional al respectării demnității umane.

Potrivit legislației române și moldovenești, dreptul la demnitate se dobândește în mod explicit prin consimțământul informat în art. 76 alin. 1 din Codul civil și tot codificat în art. 48 din Codul civil al Republicii Moldova.

Justiția a fost flexibilă în ceea ce privește conținutul consimțământului informat. De menționat că avem trei elemente care dau conținut voinței pacientului și anume: înțelegerea, acceptarea și alegerea.

Deoarece informația se referă la evenimente speciale, pacientului îi este în mod obiectiv dificil să înțeleagă, și „în unele cazuri este aproape eșec”.

Evident, medicul nu își poate asuma o responsabilitate imposibilă, dar are responsabilitatea, în orice caz, având în vedere nivelul de înțelegere al pacientului, cultura sa, poziția sa etc., de a-i explica într-un limbaj accesibil detaliile specifice ale intervenției.

[176] Sargos Pierre, E-mémoires de l’Académie Nationale de Chirurgie, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat în data de 11.11.2024 pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 15.06.2018, accesat în data de 30.11.2024

O limitare trebuie subliniată aici: în esență, medicului i se cere să traducă un document special într-o limbă comună.

Ca și în cazul oricărei „schimbari", aceasta va duce inevitabil la o schimbare a semnificațiilor, așa că întrebarea este, cât de des poate face medicul acest lucru?

În opinia noastră, considerăm că medicul ar trebui să se limiteze la acele articole care descriu profesia de medic, în așa fel încât să fie mai ușor, păstrând în același timp acuratețea sensului unic.

Repetăm aici referirea la ceea ce considerăm a fi fericire rațională, folosită de autorii francezi, și anume etica loialității a explicației, termen care surprinde întregul sens al rolului medicului. [177]

Acceptarea este greu de justificat, având în vedere parametrii obiectivi de înțelegere a bolii, parametri care mențin caracterul specific de specialitate al profesiei de medic, ea (acceptarea) face un deziderat că este periculos să ai o identitate personală de avut.

Explicarea procedurilor, chiar și într-un limbaj cât mai ușor de înțeles pentru pacient, este dificil de realizat în practică.

Răspunsul, prin urmare, credem că are o valoare limitată, o limitare, totuși, nu trebuie interpretat împotriva unui medic, deoarece este de natură obiectivă și nu poate fi imputat acestuia.

Această decizie vine atunci când medicul recomandă pacientului diverse opțiuni de ajutor și vindecare, explicând severitatea acestora, consecințele riscului asociat și potențialele consecințe.

Dreptul la alegerea pacientului este, în circumstanțele menționate mai sus, oarecum stabil din punct de vedere juridic.

Este sigur că alegerea pacientului de proceduri mai puțin dureroase, invazive sau riscante va permite proceduri mai eficiente. Aici, de bună-credință, presupunem că loialitatea medicului față de pacient joacă un rol decisiv, așa că nu ezităm să caracterizăm consimțământul drept „cunoscut ca un rol de diligență, de resurse mai degrabă decât un rol de productivitate. În acest sens, Nathalie Albert sugerează „un spectru de rezultate ale acțiunii" dincolo de obligația de a obține consimțământul informat.[178]

Prin urmare, toate consecințele juridice trebuie să se refere la această natură juridică a răspunderii, care este responsabilitatea mijloacelor mai degrabă decât a rezultatelor.

Pe lângă buna-credință care ar trebui să caracterizeze datoria medicului de a dezvălui,

[177] Nathalie Albert, Obligation d'information médicale et responsabilité, RFDA 2003, pag. 353.
[178] Nathalie Albert, Obligation d'information médicale et responsabilité, RFDA 2003, pag. 353.

pacientul are și obligații.

Rolul cheie al pacientului în această etapă este cooperant, în sensul că orice neînțelegeri cu privire la sensul informațiilor ar trebui rezolvate în momentul apariției deoarece, odată ce acțiunea medicală este acceptată, pacientul are dreptul să continue să continue, cu o acuzație de denaturare în legătură cu acele apeluri, cu efectul de a afecta permisiunea din greseala.

S-a pus întrebarea ce riscuri este obligat medicul să le prezinte pacientului: doar cele mai frecvente sau cele mai grave?[179]

Cu alte cuvinte, un criteriu cantitativ, statistic sau calitativ despre amploarea riscului? În primul caz, rata statistică, este vorba despre frecvența producerii unui accident, în timp ce în al doilea caz, ordinea include din nou informații despre gravitate, gravitate care trebuie comunicată pacientului, chiar dacă frecvența pericolului, riscul ca acest lucru să se întâmple este statistic scăzut.

În general, dreptul francez a decis în favoarea aplicării ambelor standarde, în măsura în care această măsură a devenit lege în 2002, iar articolul 1111-2, alin. 1, a fost introdus în Legea sănătății publice, care prevede că „declarația că medicul este responsabil, ar trebui măsurat în termeni de accidente frecvente sau grave, și de obicei este exemplul".

Dacă, în ceea ce privește riscurile frecvente, acestea sunt relativ ușor de apelat (de exemplu, în matematică simplă, sau statistici), cum poate fi definită severitatea?

Potrivit unei lucrări, accidentele grave care sunt susceptibile de a avea „consecințe estetice devastatoare, invalidante sau chiar grave sunt luate în considerare în termeni de consecințe psihologice sau sociale". [180]

Desigur, putem evidenția aici o potențială problemă: care este limita superioară a frecvenței în statistici, adică în ce procent putem fi distruși de boală fără a fi în pericol, raportat la frecvența de apariție a acestuia, considerată gravă?

Într-adevăr, dacă rata de accident legată de intervenție depășește 50%, poate fi considerat un „risc doar statistic ?"

În practică, cu o asemenea frecvență, poate medicul să profite de riscul care apare, ceea ce este cu siguranță o justificare a grevei ?

Desigur, toate aceste aspecte trebuie luate în considerare atunci când se practică de către medici, în fiecare situație în parte.

---

[179] Oudeyer, P-Y. (2010). „On the impact of robotics in behavioral and cognitive sciences: from insect navigation to human cognitive development" (PDF). IEEE Transactions on Autonomous Mental Development.: 2–16. doi:10.1109/tamd.2009.2039057. Arhivat din original (PDF) la 3 octombrie 2018. Accesat în 18 martie 2019, accesat în data de 20.11.2024

[180] Gilles Genicot, Droit medical et biomedical, Editions Larcier, Bruxelles, 2010, pag. 134.

Cu toate acestea, există unele situații care sunt demne de remarcat, și anume nivelul scopului terapeutic al intervenției, gradul de necesitate și gradul de proporționalitate între riscuri și rezultate.

În ceea ce privește această din urmă poziție, trebuie menționat că intervențiile medicale pur estetice au fost considerate de natură frivole în jurisprudență.

În ceea ce privește explicația pacientului asupra accidentelor grave, vechea jurisprudență germană citată de „Ioan Fruma în acest sens: „o descriere imparțială a tuturor efectelor secundare posibile și neplăcute poate descuraja pacientul de la operație care, deși convenabilă, implică riscuri pentru pacientul o condiție de a provoca supraexcitare care va afecta eficiența intervenției.”[181]

În fraza indicată mai sus, autorii francezi vorbesc despre necesitatea unui „prag medical de informare”.[182] Consimțământul trebuie exprimat, prin răspunsul la tăcerea bolii.

Este important că, în anumite circumstanțe, tăcerea unui pacient poate fi considerată receptivă „doar dacă este circumstanțială sau unică, sau poate fi interpretată numai în acest sens, având în vedere circumstanțele practicii medicale”.[183]

Aici, desigur, intervine problema procesului de consimțământ, un proces care necesită o privire mai atentă a implicațiilor juridice, așa cum se va vedea mai jos.

În ceea ce privește procesul de consimțământ, declarația verbală a pacientului, precum și consimțământul acestuia, este, fără excepție, un complex „mai mult de dovedit în cazul unei dispute ce tinde să implice răspunderea medicului”.

Într-adevăr, în principiu, dovezile de informare și consimțământ pot fi furnizate în orice mod prevăzut de lege: martori, opinii, condiții de serviciu etc.

Forma scrisă de informare și consimțământ este, desigur, cea mai eficientă și dezirabilă formă în care pacientul, în circumstanțele indicate mai sus, este informat cu privire la consimțământul său față de profesia medicală sau, dimpotrivă, refuzul acestuia.

Forma scrisă este prevăzută de legislația română (nu atât de Ordinul nr. 1411/2016)[184].

Implicațiile juridice ale formei scrise sunt, în opinia noastră, duble și trebuie analizate separat și corect:

- Prima consecință juridică, privind sarcina probei, creează o prezumție de consimțământ

[181] Fruma Ioan, “Responsabilitatea medicului”, Ed. H. Welther, Sibiu, 1944, pag. 145.
[182] Sargos Pierre, E-mémoires de l’Académie Nationale de Chirurgie, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat în data de 11.11.2024 pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 15.06.2018, accesat în data de 30.11.2024
[183] Gilles Genicot, Droit medical et biomedical, Editions Larcier, Bruxelles, 2010, pag. 134.
[184] Pădure, A. Aspecte etice şi juridice ale consimţământului informat al pacientului. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. Chişinău, 2011, nr.1(36), p.57-61. ISSN 2587-3873

informat, în favoarea medicului. Prin urmare, în cazul unui litigiu, documentul cu acordul pacientului, în favoarea medicului, creează prezumția că acesta și-a îndeplinit îndatorirea „în conformitate cu legea în speță".

- Pacientul trebuie să facă dovada că, în ciuda documentului furnizat, informațiile necesare pentru obținerea consimțământului său, fie pentru că au fost personale, și nu suficient de formalizate, fie pentru că au existat omisiuni importante, deci consimțământul său cu cerințe stabilite abia în 2019 prin lege.

Instanțele franceze au statuat încă din 1997 că sarcina probei în cazurile de răspundere medicală și în special obligația de informare a medicului se întemeiază pe paragraful 2 al art. 1315 din Codul civil francez, respectiv pe principiul că o persoană care pretinde că este liberă de îndeplinirea unei îndatoriri trebuie să fie justificată de costul sau de faptul că a încălcat datoria sa.[185] Prin urmare, Tribunalul Arbitral s-a pronunțat la 25 februarie 1997 : „medicul are datoria strictă de a consulta pacientul și este de datoria acestuia să dovedească că a respectat această obligație".

Soluția s-a bazat pe regulile art. 1315 alin.2 din Codul civil francez. S-a decis că ar fi prea supărător pentru pacient să dezvăluie un fapt inconfortabil.

Într-adevăr, aici intrăm într-o țară deosebit de „înzestrată" în controverse și contradicții într-o jurisprudență deja destul de contradictorie.

Al doilea efect juridic al formularului de consimțământ scris este că, după ce toate elementele cerute de legea relevantă au fost înregistrate și comunicate pacientului, după ce pacientul a semnat o confirmare a consimțământului (inclusiv regimurile de tratament), conduce un contract între doctorr și pacient. Ne vom întoarce în această direcție, așa cum tind să dicteze doctrina și dreptul european, cu toate consecințele.

Ne vom limita aici să observăm că medicul este împovărat cu sarcini pe care nu ezităm să le descriem ca fiind adesea împovărătoare și, în orice caz, ambiguitatea este totuși suficientă pentru a produce un efect potențial înfricoșător al întregii doctrine juridice discutate.

Necesitatea stabilirii răspunderii medicale profesionale, cu o specificitate deosebită, este descrisă în documente de specialitate. Aceasta, credem noi, este una dintre principalele consecințe, care este de natură să limiteze efectele unei abordări paternaliste asupra pacientului, în defavoarea unui medic.[186]

Atâta timp cât medicul are îndatoriri legate de drepturile pacientului, considerăm necesară limitarea răspunderii acestuia printr-un audit, deoarece există o anumită specificitate

[185] http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224 accesat în data de 25.11.2024
[186] https://nostrabrucanus.wordpress.com/libertatea-sanatatii/codul-nuremberg-1947/, accesat în data de 29.11.2024

profesională, pentru a obține echilibrul corect de care aveți nevoie între rolurile medicului și drepturile pacienților.

Evidențiind acest fapt, Nathalie Albert a subliniat: „dezvoltarea necontrolată a obligației de a furniza informații medicale nu este inofensivă, iar conceptele încă imperfecte ale dreptului la despăgubire în raport cu încălcarea (n.n. – a acestei obligații) nu trebuie resimțite de nevoia de a-și limita pentru a masca cele întâmplate.[187]

Adăugăm că, în sprijinul teoriei răspunderii profesionale, cu caracterul retroactiv al consimțământului sunt asociate criterii specifice, distincte. Caracterul retroactiv al consimțământului plasează rolul medicului mai mult în ceea ce privește răspunderea contractuală, în special în profesia de medic, adică din această perspectivă, să fie derivată din regula comună și stabilită în orice datorie care, dacă nu fără să piardă din vedere interesele și drepturile pacientului, dar și pentru a proteja medicul de posibile consecințe excesive.

Argumentul suplimentar este că nu este doar reversibil, ci ar trebui să fie prezentat și, prin urmare, pus la dispoziție în fiecare etapă a intervenției profesiei medicale.

În caz de urgență sau necesitate medicală art. 15 din Codul cu privire la drepturile pacienților, care codifică legea română, prevede că „Dacă pacientul are nevoie de îngrijiri medicale de urgență, acesta are nevoie și de acordul reprezentantului legal”[188]

Evident, urgența înseamnă și cerințe stricte care, de altfel, sunt impuse de toate legile din lume, deci destul de stricte.

În literatura de specialitate există și cazul privind incapacitatea intenționată de a obține consimțământul, cum ar fi refuzul pacientului.

Deși lucrurile sunt oarecum clare cu privire la urgență și incompetență, nu se știe exact ce trebuie făcut în caz de refuz. Problema este foarte sensibilă pentru că pacientul are și obligații, și este importantă, în aceste condiții, obligația de a coopera.

Considerăm că medicul ar trebui să informeze pacientul despre consecințele refuzului și să-i sublinieze limitele „loialității” despre care vorbește doctrina franceză.

Un concediu este încetarea unui drept, prin urmare trebuie să îndeplinească exact aceleași condiții ca și consimțământul și anume: să fie liber (nu impus); să se limiteze la orice parte a tratamentului, iar dacă medicul descoperă ulterior noi posibilități, el sau ea trebuie să informeze pacientul; refuzul, ca și consimțământul, este reversibil. Prin urmare, credem că nu se poate

[187] Nathalie Albert, Obligation d’information médicale et responsabilité, RFDA 2003, pag. 353.
[188] URL : https://www.universuljuridic.ro/avortul-o-dimensiune-controversata-a-exercitarii-drepturilor-sexuale-si-reproductive/ accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 28.11.2024

aștepta o demitere, deși doctrina nu este unitară în acest sens.[189]

Art. 7 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților stipulează faptul că pacientul are dreptul de a alege dacă rămâne dispus să fie informat, chiar dacă informațiile furnizate provoacă „medicului durere".[190]

Notă: medicul trebuie să confirme că persoana este capabilă, că nu a făcut o greșeală și nu este presată să renunțe.

Natura loială a relației medic-pacient subminează, de asemenea, loialitatea pacientului față de deciziile care sunt luate, o loialitate care include „responsabilități reciproce pe care le au în cadrul acestei relații".

Rețineți că nu ne referim la malpraxis, ci la lipsa de informații despre riscuri. Este important să știm ce se întâmplă atunci când intervenția, deși exactă, provoacă unul dintre cele mai frecvente hazarde naturale sau pondere statistică.

Trei reforme juridice au perturbat doctrina în acest sens : răspunderea totală, teoria pierderii oportunității și teoria „compensației" parțiale, comparative.

După cum am indicat, Curtea de Justiție Franceză în cauza Teyssier a stabilit pentru prima dată în istoria dreptului francez că „(…) pacientul are drepturi a căror bază morală este legată de persoana umană" (…) și a stabilit, de exemplu că :

– „ (…) medicul este obligat, cu excepția cazurilor excepționale, să obțină acordul pacientului înainte de a efectua o operație și prin încălcarea acestei îndatoriri (…) încalcă grav drepturile pacientului (…)";

– „ (…) chirurgul trebuie să informeze medicul pacientului cu privire la natura exactă a operației pe care urmează să o efectueze, posibilele efecte secundare ale acesteia și alte tratamente (…)" ;

– „ (…) neautorizarea (…) este cauza (…)" (n.n. – vătămare).[191]

Ni se pare de prisos. O procedură medicală efectuată corespunzător nu justifică, în opinia noastră, răspunderea deplină pentru un risc inerent.

Neinformând pacientul cu privire la o procedură adecvată, acesta a pierdut pur și simplu ocazia de a nega posibilitatea riscului (statistic), care ar fi apărut chiar și în împrejurările în care a fost dezvăluit.

---

[189] Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29.01.2003, accesat în data de 25.11.2024

[190] http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf accesat în data de 14.11.2024,

[191] Sargos Pierre, E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat în data de 11.11.2024 pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 15.06.2018, accesat în data de 30.11.2024

Teoria pierderii capacității se bazează pe incertitudinea apariției riscului, incertitudine care se aplică medicului și care nu poate fi revendicată de pacient deoarece este o simplă (într-adevăr, frecventă statistic) reprezintă probabilitate.

Prin urmare, nedezvăluirea, în contextul unei obiecții legitime, nu ar justifica acordarea de daune morale pacientului, întrucât accidentul s-ar fi produs chiar dacă acesta ar fi fost informat, însă instanța a apreciat că a pierdut probabilitatea producerii unui accident statistic recurent care ar fi trebuit să fie subiectul articolului. A fost o decizie a Curții de Justiție din Franța.

S-a reţinut că certitudinea producerii prejudiciului nu a putut fi invocată ca urmare a producerii accidentului, prejudiciul s-ar fi produs oricum, deşi pacientul fusese informat despre pericolul producerii acestuia.

Teoria parțială a daunelor proporționale cu frecvența accidentului nu a fost atacată.

În teză se afirmă că pacientul nu este conștient de riscul de vătămare, întrucât medicul a efectuat corect intervenția, nu poate cere ca simplul incident din momentul intervenției să fie rezolvat.

Cu toate acestea, instanțele au convenit asupra conceptului de despăgubire parțială a prejudiciului, care ar urma să fie evaluat în funcție de circumstanțele cauzei.

Există doar câteva considerații teoretice cu privire la implicațiile juridice ale consimțământului informat, la care revenim pentru a stabili natura juridică a răspunderii în relația medic-pacient: răspunderea delictuală sau răspunderea contractuală?

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică la Forumul European al Organizației Mondiale a Sănătății, care a avut loc între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această declarație include un set de principii pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior încorporată în legile fiecărei țări din Europa. Exprimarea acestui punct de vedere este făcută în România în Legea drepturilor pacienților nr. 46/2003. Legea nr. 46/2003 a fost aplicată printro Hotărâre de Guvern.[192]

În ceea ce privește politicile țărilor europene care practică eutanasia, aceasta a avut un succes limitat în secolul al XX-lea a organizațiilor neguvernamentale, organizațiilor medicale și grupurilor de advocacy. Din 2014, eutanasia este legală doar în Țările de Jos, Belgia și Luxemburg.

În decembrie 2013, Senatul belgian a votat pentru extinderea dreptului la eutanasie pentru copiii bolnavi în stadiu terminal. Reglementările propuse sunt menite să asigure că pacienții

[192] LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului, publicat în Monitorul Oficial nr. 51/29 ianuarie 2003, Art 26

pediatrici sunt conștienți de politicile lor și înțeleg ce presupune eutanasia. Părinții trebuie să aprobe cererea, precum și pacientul, ca și echipa medicala", pacientul trebuie sa fie într-un stadiu terminal, iar copiii trebuie să aibă o afecțiune gravă, netratabilă. Medicul psihiatru trebuie să determine și capacitatea de decizie a pacientului, subliniată de acesta, în condițiile în care cererea pacientului este voluntară[193].

În iulie 2013, președintele François Hollande și-a anunțat sprijinul personal pentru legalizarea eutanasiei în Franța, una dintre promisiunile sale electorale în timpul campaniei prezidențiale fiind "introducerea dreptului de a muri cu demnitate" și în ciuda protestelor Comitetului Național de Etică al Franței, care a susținut „că este un abuz ", ceea ce a condus la dezincriminarea și reglementarea eutanasiei voluntare sau a sinuciderii asistate medical și în statele vecine (Belgia, Țările de Jos, Elveția și Luxemburg). Cu toate acestea, rămâne de văzut dacă succesul președintelui în acest domeniu va continua, așa cum au anunțat Biserica Catolică din Franța și organizațiile sociale și alte grupuri religioase conservatoare după ce au cerut desființarea căsătoriei între persoane de același sex în Franța, următoarea țintă, au precizat că este dezincriminarea sinuciderii voluntare[194].

Parlamentul luxemburghez a adoptat o lege la 20 februarie 2008 care legaliza eutanasia. Proiectul de lege a fost adoptat la 19 martie 2009, făcând din Luxemburg a treia țară care a dezincriminat-o după Țările de Jos și Belgia. În acest din urmă caz, pacienții își pot lua viața după ce au obținut aprobarea de la doi medici și un grup de experți.

În Olanda, în „cazul Postma" din 1973, un medic a fost condamnat pentru facilitarea decesului mamei sale, după solicitări explicite repetate de eutanasie. Au apărut criteriile pentru decizia Curții: libertatea de suferință, integritatea corporală, autodeterminarea și autonomia indivizilor, care trebuie respectate dacă este absolut necesar ca un medic să țină un pacient în viață împotriva voinței sale.

În 2002, Olanda a adoptat o lege care legaliza sinuciderea, inclusiv sinuciderea asistată de un medic. Proiectul de lege ratifică, de asemenea, acordul pe 20 de ani de a nu urmări în justiție medicii care au comis acte teroriste la cererea acuzatului în cazuri foarte speciale și în circumstanțe foarte specifice. Ministerul Sănătății Publice, Asistenței Sociale și Sportului al guvernului olandez a promovat acest sistem care „permite tuturor să-și încheie apelul din respect, după ce a primit toate îngrijirile medicale disponibile". Guvernul federal a analizat și a comentat

[193] Henig, Robin Marantz (2004). Pandora's Baby: How the First Test Tube Babies Sparked the Reproductive Revolution. New York: Houghton Mifflin. ISBN 0-618-22415-7. Arhivat din original la 18 iulie 2014. Accesat în 24 iulie 2018, accesat în data de 13.11.2024

[194] https://nostrabrucanus.wordpress.com/libertatea-sanatatii/codul-nuremberg-1947/, accesat în data de 24.11.2024

cadrul legal olandez în acest domeniu.[195]

Eutanasia este încă ilegală în Norvegia, deși un partener poate primi o pedeapsă redusă dacă a luat viața cuiva care a consimțit, din compasiune, știind că este „periculos de bolnav".

În Elveția, există o rețetă fatală pentru o persoană care este cetățean elvețian sau străin, astfel încât beneficiarul are o responsabilitate și un privilegiu atunci când administrează aceste tratamente. În general, art. 115 Cod penal din Legea elvețiană, care a intrat în vigoare în 1942 (scrisă în 1918), incriminează sinuciderea asistată dacă și numai dacă scopul este egoist.[196]

În unele țări, există o dezbatere deschisă cu privire la clasificarea problemelor morale, etice și juridice ale eutanasiei. Cei care se opun eutanasiei ar putea argumenta pentru „sfințenia vieții", în timp ce apărătorii dreptului la eutanasie subliniază limitarea lipsei de durere, a integrității corporale, a autodeterminarii și a luptei pentru autonomia personală[197]. Jurisdicțiile în care eutanasia este legală, includ țări precum Țările de Jos, Belgia, Luxemburg, Elveția, Estonia, Albania, statele Washington, Oregon și Montana din Statele Unite și, din 2015, provincia canadiană Quebec[198].

În Marea Britanie, eutanasia este ilegală. Cei care au participat la sinucidere încalcă legea și pot fi condamnați pentru ajutor sau încercare de a comite crimă. Totuși, directorul Parchetului are competența de a începe urmărirea penală într-un caz sau nu. Între 2003 și 2006, Joffe a încercat să introducă de patru ori o legislație care să legalizeze eutanasia voluntară, dar toate au fost respinse de parlamentul britanic. În prezent, dr. Nigel Cox este singurul medic britanic care a fost condamnat pentru tentativă de omor.

În ceea ce privește principiul dublului efect, judecătorul Devlin s-a pronunțat în 1957, în cazul doctorului John Bodkin Adams, care, deși a prescris și administrat unui pacient incurabil medicamente pentru a-și calma durerea, faptul că acest tratament a dus la moartea pacientului nu a fost considerat o infracțiune, deși moartea poate să apară sau chiar să se întâmple.[199]

Eutanasia voluntară este legală în unele țări, dar, în general, este încă considerată o formă de sinucidere legală. În Țările de Jos și Belgia, unde uciderea la cererea victimei este legală, aceasta rămâne o infracțiune chiar dacă nu este urmărită penal și „nu este pedepsită dacă

[195] (KNMP) Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy: Utilization and preparation of euthanasia drugs. The Hague: KNMP; 1998.
[196] Á Ramis. Libertad y muerte digna en Chile [Internet]. BioBioChile. 2021 Available in: https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/tu-voz/2021/01/19/libertad-y-muerte-digna-en-chile-estar-a-favor-de-la-vida-o-de-la-conciencia.shtml. accessed on November 02, 2024.
[197] Gevers S, Euthanasia and the law: recent developments in the Netherlands. Medico-legal Jnl of Ireland 2004, 10:32-37.
[198] Coelho, R. K. Sonu Gaind, Trudo Lemmens, Unravelling MAID in Canada: Euthanasia and Assisted Suicide as Medical Care, 2024 pp.34
[199] Holland, Kimberly. "Euthanasia: Understanding the Facts." Healthline, Healthline Media, 31 May 2019, www.healthline.com/health/what-is-euthanasia, accesat în data de 23.11.2024

făptuitorul (medicul) îndeplinește anumite criterii legale”.

Nu există nicio lege daneză care să permită sinuciderea asistată. Este considerată ilegală și este o infracțiune pedepsită cu închisoare de până la 3 ani.

Uciderea cuiva conform voinței pacientului a fost întotdeauna ilegală în conformitate cu Codul penal german. În art. 216 Cod penal, se prevede că „uciderea prin milă” sau „uciderea la cererea victimei” se pedepsește. Asistența la sinucidere, cum ar fi furnizarea de otravă sau o armă, este considerată legală, deoarece sinuciderea în sine este considerată legală și urmează existența unui complice denumit și „complice accesoriu”, deoarece este considerat irelevant. Dacă persoana care se sinucide nu acționează voluntar, orice asistență este considerată infracțiune deoarece a fost comisă de altul. (Articolul 25 alineatul 1 din Cod civil german, denumit în mod obișnuit „relaxarea Tatarschaft”).

Legea germană obligă toți cetățenii să acorde ajutor în avans în caz de urgență, în anumite limite, așa cum se prevede în art. 323 din legea germană - „eșecul de a efectua o simplă salvare”. În cazul analizat, dacă cineva ajută pe altul să se sinucidă, și se află în imposibilitatea de aa-l ajuta, acesta ar fi ajutat de un complice, care, potrivit prevederilor legii, urmează a fi pedepsit.[200]

Asistența la sinucidere este ilegală și se pedepsește în Islanda.

La 5 iunie 2015, Tribunalul Curții Europene a Drepturilor Omului și-a explicat decizia în cauza Lambert și colab. v. Franța (n° 46043/14), privind eutanasierea persoanelor cu handicap care nu pot comunica. Prin votul de 12 la 5, Curtea a reținut că părinții și frații unei persoane cu dizabilități nu pot avea dreptul de a apăra, în numele lor, dreptul la viață și integritate corporală în instanță. Cu același număr de voturi, Curtea a reiterat că art. 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (dreptul la viață) nu este încălcat dacă medicul decide să nu mai dea lichide și alimente celor aflați în nevoie.

Astfel, deși crima este ilegală în Franța și contrară drepturilor omului, CEDO a recunoscut o practică a crimei clandestine.

2.5.Comparații între diverse sisteme juridice

În Anglia, deși nu există un statut englez care să stabilească principiile generale ale consimțământului, totuși legea („dreptul comun”) a stabilit că atingerea unui pacient fără consimțământ valid poate constitui infracțiune civilă sau penală de agresiune. În plus, dacă profesioniștii din domeniul sănătății (sau alt personal medical) nu obțin consimțământul corespunzător și pacientul ulterior suferă un prejudiciu ca urmare a tratamentului, acesta poate fi un factor într-o reclamație de neglijență împotriva personalului medical implicat. Gestionarea

[200] Heide A van der, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, Wal G van der, Maas PJ van der, consortium E: End-of-life decisionmaking in six European countries: descriptive study. Lancet 2003, 362(9381):345-350.

defectuoasă a procesului de consimțământ poate duce, de asemenea, la plângeri din partea pacienților prin procedura de plângeri către NHS (Serviciul Național de Sănătate) sau către organisme profesionale.

Jurisprudența privind consimțământul a evoluat semnificativ în ultimii ani și în timp ce mare parte din jurisprudență se referă în mod specific la medici, aceleași principii se vor aplica și la alți practicieni din domeniul sănătății implicați în examinarea sau tratarea pacienților.

Mai departe, practicienii trebuie să-și amintească de datoria lor de a se menține informați cu privire la legalitatea acțiunilor lor. Consilierea juridică ar trebui să fie întotdeauna căutată dacă există vreo îndoială cu privire la validitatea juridică a unei intervenții propuse.

Legea drepturilor omului din 1998 a intrat în vigoare în octombrie 2000, dând un efect suplimentar în Marea Britanie la drepturile consacrate în Convenția Europeană a Drepturilor Omului.[201]**Eroare! Fără sursă de referință.**

Toate autoritățile publice sunt obligate să acționeze în conformitate cu drepturile prevăzute în Legea drepturilor omului și toate celelalte statute trebuie interpretate de către instanțele de judecată până acum pe cât posibil în conformitate cu aceste drepturi. Principalele articole care sunt probabil să fie relevante în jurisprudența medicală sunt articolul 2 (protecția dreptului la viață), articolul 3 - interzicerea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante), art 5 (dreptul la libertate și securitate), articolul 8 (dreptul la respectarea vieții private și viața de familie), articolul 9 (libertatea de gândire, conștiință și religie), articolul 12 (la dreptul de a se căsători și de a fonda o familie) și articolul 14 (interzicerea discriminării în exercitarea drepturilor Convenției).[202]

Chiar și atunci când există un alt sistem de drept, drepturile fundamentale ale omului care cuprind și referiri la consimțământul informat, acoperă golul legislativ intern, național.

Deși legislația Republicii Moldova include toate aspectele reglementate de standardele europene privind consimțământul pacientului în orice tip de serviciu medical, cum ar fi procese legate de unele domenii de vulnerabilitate (sănătate mintală și reproductivă, transplant de organe și alte produse biologice HIV de infectare și tuberculoză), analiza comparativă arată că sunt neglijați ceilalți factori care pot afecta realizarea deplină a dreptului la autodeterminare. Așadar, legea națională de sănătate publică nu prevede să se considere viziunea copilului ca un factor din

[201] Convenţia europeană pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale, Roma, 04 noiembrie 1950, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24.07.1997 // Tratate Internaţionale. Vol. I, 1998, p. 342, sau originalul pe portalul oficial al Convenţiei - http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc, accesat în data de 30.11.2024.

[202] Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_RON, accesat 01.12.2023, accesat în data de 22.11.2024.

ce în ce mai determinant, în funcție de vârsta și gradul de maturitate al acestuia.[203] În același timp, în situații de urgență, dacă există o amenințare la adresa vieții pacientului și este imposibilă obținerea acordului acestuia de la reprezentantul legal sau de la rudele apropiate la momentul oportun, obligația de a lua în considerare, în prealabil, dorințele exprimate de către pacient nu este determinată de pacient cu privire la o anumită procedură medicală. Deși ultima prevedere este prevăzută în Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității umane în legătură cu aplicațiile biologice și medicale și în Declarația pentru promovarea drepturilor pacienților în Europa, nimic din aceasta nu prezintă clar mijloacele standard pentru ca pacientul să-și exprime consimțământul prealabil presa.[204]

Consimțământul informat al pacientului este un concept fundamental al eticii medicale[205] și o componentă actuală a legislației practicii medicale. În plus, consimțământul sau acordul informat al pacientului, împreună cu etica discuției, este mecanismul în care există modelul anti-paternalist de furnizare a asistenței medicale. În acest tip de comunicare, fluxul de informații este deschis și bidirecțional. Abordarea propusă descrie pacientul ca un agent responsabil care este liber să ia decizii importante și în timp util pentru sine sau să furnizeze informațiile necesare pentru luarea deciziilor. Principiul consimțământului este o poziție evolutivă relativ nouă, care reflectă legitimitatea asistenței medicale și tinde să reflecte noțiunea de autonomie și autodeterminare pe care o cere îngrijirea medicală în formularea cererilor. Doctrina consimțământului este în relație cu autonomia individuală și în recunoașterea faptului că exercitarea autodeterminării în materie de sănătate ca drepturi ale pacienților[206].

În România, Ordinul nr. 1.411 din 12 decembrie 2016 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV „Răspunderea civilă a personalului medical şi a furnizorului de produse şi servicii medicale, sanitare şi farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, descrie în mod clar prin Normele sale interpretarea corectă a dispozițiilor legale în vigoare în acest domeniu, care privește viața și calitatea vieții a unei persoane, dar și modalitatea

[203] Pactul Internaţional cu privire la drepturile civile şi politice, New York, 16 decembrie 1966, ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 // Tratate Internaţionale. Vol. I, 1998, p. 33, sau originalul pe portalul oficial al ONU - http://www.un.org/russian/documen/convents/politpact.pdf, accesat în data de 29.11.2024.
[204] Meisel, A., Kuczewski, M. Legal and ethical myths about informed consent". In: Arch. Intern. Med. 1996, no. 22, vol. 156, pp. 2521–2526. ISSN 1538- 3679.
[205] Meisel, A., Kuczewski, M. Legal and ethical myths about informed consent". In: Arch. Intern. Med. 1996, no. 22, vol. 156, pp. 2521–2526. ISSN 1538- 3679.
[206] Meisel, A., Kuczewski, M. Legal and ethical myths about informed consent". In: Arch. Intern. Med. 1996, no. 22, vol. 156, pp. 2521–2526. ISSN 1538- 3679.

în care trebuie dat consimțământul cu toate detaliile necesare ca acesta să nu fie viciat.[207]

Normele de aplicare a Legii sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, din 15.04.2016 sunt un alt exemplu de interpretare a prevederilor legale bazate pe consimțământul informat.[208]

Toate prevederile legale expuse până acum, se interpretează în conformitate cu opiniile Grupului de lucru.[209]

În cadrul opiniei nr. 15/2011 Grupul de lucru a considerat că: „*Pentru a fi valabil, consimțământul trebuie sî fie specific. Cu alte cuvinte, consimțământul în alb fără specificarea scopului exact al prelucrării nu este acceptabil. Pentru a fi specific, consimțământul trebuie să fie inteligibil, ar trebui să se refere clar și precis la domeniul de aplicare și consecințele prelucrării datelor. Consimțământul specific nu se poate aplica unui set deschis al activităților de prelucrare. Aceasta înseamnă, cu alte cuvinte, că contextul în care consimțământul este acordat este limitat. Consimțământul trebuie să fie dat în legătură cu diferitele aspecte ale prelucrării, în mod clar identificate. Acesta condiție privește în special datele care sunt prelucrate și scopurile prelucrării*.” (n.n. traducerea și adaptarea noastră). [210,211]

În cadrul orientărilor privind consimțământul din 2018, Grupul de lucru a considerat că: „*Mecanismele de consimțământ trebuie să fie detaliate nu numai pentru a îndeplini cerința privind caracterul „liber”, ci și pentru a satisface condiția referitoare la caracterul „specific”. Acest lucru înseamnă că un operator care solicită consimțământul pentru o serie de scopuri diferite ar trebui să ofere o opțiune separată pentru fiecare scop în parte, astfel încât să permită utilizatorilor să acorde un consimțământ specific pentru scopuri specifice. În cele din urmă, operatorii ar trebui să furnizeze informații specifice, împreună cu fiecare cerere separată de consimțământ, referitoare la datele care sunt prelucrate în fiecare scop, pentru ca persoanele vizate să fie conștiente de impactul diferitelor opțiuni pe care le au la dispoziție.”* [212]

Pe de altă parte, aceste Ghiduri oferă o analiză amănunțită a conceptului de Consimțământ

[207] Centrul FILIA, Raport de cercetare-Refuzul la Efectuarea Avortului la Cerere în România 2020-2021 (2021), p 2, URL: https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/09/Raport-avorturi-2020-2021.pdf accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 29.11.2024

[208] HG nr. 387 din din 14-06-2023 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030” Publicat: 11-08-2023 în Monitorul Oficial Nr. 302-305 art. 700 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108813&lang=ro accesat în data de 09.11.2024.

[209] Opinia nr. 15/2011 a Grupului de lucru, pag. 17

[210] Orientari privind consimtamantul 2018 emise de Grupul de lucru, pag. 14

[211] Centrul FILIA și Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice – ECPI, Raport de cercetare – Refuzul la Efectuarea Avortului la Cerere în România 2019 (2019), p 8

[212] Colegiul Medicilor din România, Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România din 04.11.2016, Hotărârea 3/2016, publicat în Monitorul Oficial Partea I nr. 981 din 07 decembrie 2016, Art 34, URL: https://lege5.ro/gratuit/geztmojxhe3q/codul-de-deontologie-medicala-al-colegiului-medicilor-din-romania-din-04112016 accesat la 31 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

din Regulamentul 2016/679, Regulamentul unic, Regulamentul general privind protecția datelor (denumit în continuare GDPR), a conceptului de consimțământ aplicat în Directiva privind protecția datelor (The Data Protection Protection), a Regulamentului în continuare denumit Directiva nr. 95/46/CE, precum și Directiva privind confidențialitatea și comunicațiile electronice, în vigoare. GDPR oferă clarificări și detalii suplimentare cu privire la cerințele necesare pentru obținerea și exprimarea consimțământului valid. Aceste linii directoare abordează aceste inovații, oferă îndrumări practice pentru a asigura conformitatea cu GDPR și se bazează pe Avizul nr. 15/2011 privind licențierea.[213] **Eroare! Fără sursă de referință.**

Consimțământul este unul dintre cele șase temeiuri legale pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, care sunt prevăzute la articolul 6 din GDPR. Atunci când inițiază activități legate de Prelucrarea datelor cu caracter personal, operatorul de date trebuie să evalueze întotdeauna dacă Consimțământul „temeiul juridic adecvat pentru Prelucrarea intenționată sau o altă bază trebuie identificată". În general, consimțământul poate fi baza legală adecvată numai dacă persoanei vizate i s-a acordat controlul și capacitatea de a face o alegere reală în ceea ce privește acceptarea sau respingerea condițiilor date sau respingerea acestora fără a prejudicia. Atunci când este solicitat un Consimțământ, un operator de date este responsabil pentru a evalua dacă această solicitare îndeplinește toate criteriile pentru acordarea Consimțământului valid. Atunci când este obținut în deplină conformitate cu GDPR, Consimțământul este un instrument care oferă persoanelor vizate controlul asupra faptului că informațiile lor personale sunt sau nu prelucrate. În caz contrar, controlul asumat de persoana în cauză devine o iluzie, iar Consimțământul va fi o bază invalidă pentru prelucrare, astfel încât munca lucrării este ilegală. Același punct de vedere îl găsim în Avizul nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului (WP 187), și/sau Avizul nr. 06/2014 privind luarea în considerare a cerințelor legale ale operatorilor de date în temeiul articolului 7 din Directiva 95/46/CE (WP 217).[214]

Actualul aviz al Grupului de lucru privind articolul 29 (GL29) privind consimțământul este

[213] Articolul 4 (25) GDPR la Directiva 2015/1535 spun autorii prezentei Orientări – directivă disponibilă la adresa http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015L1535&from=RO accesat în data de 03.11.2014. Cu toate acestea textul articolului 4(25) din GDPR în limba română face trimitere în mod greșit la Directiva 98/34/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 22 iunie 1998 de stabilire a unei proceduri pentru furnizarea de informații în domeniul standardelor și reglementărilor tehnice și al normelor privind serviciile societății informaționale - http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ro . Textul în limba engleză al articolului 4(25) GDPR este corect: http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=enPenal accesat în data de 15.11.2024; vezi și https://www.dataprotection.ro/servlet/ViewDocument?id=1262, accesat în data de 12.02.2025.

[214] Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și a Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene L119/1 din 04.05.2016.

relevant, cu condiția să fie în concordanță cu noul cadru legal, astfel cum este prevăzut la articolul 29 din Grupul de lucru GDPR, și cu bunele practici generale și cu aspectele importante, elemente ale Autorizației prevăzute în Avizul nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului (WP 187), care a rămas același în conformitate cu GDPR. În consecință, GL29 în acest document dezvoltă și completează opiniile anterioare cu privire la domeniul specific prin includerea, mai degrabă decât înlocuirea referințelor, la Aprobarea acestora conform Directivei 95/46/CE.

La fel ca în Opinia nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului se precizează o solicitare adresată persoanelor fizice de a-și da consimțământul la o *Prelucrare a Datelor* care trebuie să fie supusă unor criterii stricte, întrucât se referă la drepturile fundamentale ale persoanelor vizate, și urmărește ca administratorii bazei de date să acceseze *Prelucrarea datelor*, deoarece prelucrarea ar fi ilegală fără acordul persoanei în cauză. Rolul crucial al consimțământului este evidențiat de articolele 7 și 8 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene. În plus, primirea Consimțământului nu înlătură, și cu atât mai puțin atenuează obligațiile de a respecta funcțiile specificate de GDPR, în special articolul 5 din GDPR în ceea ce privește corectitudinea, necesitatea și proporționalitatea, precum și cu privire la calitatea datelor. Chiar dacă prelucrarea datelor cu caracter personal se bazează pe consimțământul persoanei vizate, colectarea datelor care nu sunt necesare în legătură cu scopurile specifice ale prelucrării nu este legală și este, în general, nedreaptă.

Între timp, GL29 a revizuit Directiva privind confidențialitatea și comunicațiile electronice (2002/58/CE). Conceptul de Consimțământ în contextul Regulamentului privind confidențialitatea și comunicațiile electronice rămâne legat de conceptul de Consimțământ de includere din GDPR. Companiile au cele mai multe mesaje online sau conversații de marketing și orice gestionare online, inclusiv utilizarea cookie-urilor sau a programelor sau a altor instrumente software, necesită consimțământ în conformitate cu Directiva ePrivacy. GL29 a prezentat recomandări și îndrumări legiuitorului european cu privire la Regulamentul ePrivacy. În ceea ce privește actuala directivă privind confidențialitatea electronică, GL29 observă că trimiterile la Directiva 95/46/CE menționată mai sus ar trebui să fie legate de trimiterile la GDPR. Același concept se aplică consimțământului configurat de actuala Directiva 2002/58/CE, chiar dacă Regulamentul privind confidențialitatea electronică nu s-ar aplica de la 25 mai 2018. În temeiul articolului 95 GDPR, alte obligații față de persoanele fizice sau juridice în temeiul Legii privind furnizarea de la persoane alese, disponibile publicului, Serviciile de comunicații electronice prin rețele publice de telecomunicații nu pot fi efectuate dacă Directiva privind confidențialitatea electronică impune sarcini specifice cu același scop. GL29 notează că

condițiile pentru Consimțământ în conformitate cu GDPR nu sunt considerate ca o „obligație suplimentară”, ci ca și condiții pentru profesia de avocat. Prin urmare, cerințele GDPR pentru obținerea consimțământului valid se aplică în circumstanțe reglementate de Directiva privind confidențialitatea electronică.

2.6.Concluzii la capitolul al II-lea

Sinteza cercetării din prezentul capitol relevă o mutație fundamentală în modul de receptare a consimțământului informat, acesta migrând de la o simplă exigență formală de natură administrativ-medicală către nucleul dur al autonomiei de voință în dreptul civil. Din această perspectivă, am demonstrat că manifestarea de voință a pacientului nu trebuie privită fragmentar, ci ca un veritabil act juridic unilateral de dispoziție asupra drepturilor de personalitate, fapt ce atrage, în mod inevitabil, incidența întregului regim de validitate prevăzut de Codul Civil modernizat al Republicii Moldova. Această recalibrare doctrinară ne permite să afirmăm că orice intervenție medicală, oricât de ireproșabilă sub aspect tehnic, rămâne o construcție juridică fragilă dacă nu este fundamentată pe o „voință calificată”, adică o voință imună la vicii și formată prin accesul la o informare exhaustivă și inteligibilă.

O dimensiune esențială a analizei a vizat vulnerabilitatea acestei voințe în fața viciilor de consimțământ, context în care eroarea esențială, reticența dolosivă și exploatarea stării de nevoie redefinesc limitele responsabilității medicale. Am argumentat că, în raportul asimetric dintre profesionistul medical și pacient, datoria de informare funcționează ca un mecanism de prevenire a nulității, transformând orice omisiune sau denaturare a riscurilor într-o viciere a consimțământului. Astfel, prin prisma art. 1998 din Codul Civil al RM, am stabilit o legătură indisolubilă între lipsa integrității voinței și angajarea răspunderii civile delictuale; în absența unui consimțământ valid, actul medical încetează să mai fie unul licit, devenind o atingere adusă integrității fizice ce impune repararea integrală a prejudiciului moral și material cauzat pacientului.

Mai mult, cercetarea a evidențiat caracterul inovator al mandatului de ocrotire în viitor, pe care îl propunem a fi interpretat ca o formă proleptică a consimțământului informat. Această instituție juridică depășește granițele clasice ale reprezentării, oferind individului instrumentul necesar pentru a-și exercita autodeterminarea dincolo de momentul unei eventuale pierderi a discernământului. În acest sens, mandatul de ocrotire devine o garanție a continuității demnității umane, permițând ca instrucțiunile prealabile ale mandantului să dicteze conduita medicală, eliminând arbitrarul decizional în situațiile critice de la sfârșitul vieții.

În definitiv, analizele din acest capitol confirmă necesitatea imperioasă de a armoniza legislația specială în domeniul sănătății cu principiile riguroase ale noului Cod Civil. În timp ce normele medicale par adesea ancorate într-un paternalism desuet, dreptul civil modernizat oferă pacientului din Republica Moldova un rol central, suveran asupra propriului destin biologic. Această fundamentare teoretică a consimțământului ca pilon de validitate și instrument de protecție a libertății individuale constituie premisa logică pentru explorarea, în capitolele următoare, a limitelor pe care ordinea publică și morala socială le pot opune acestui drept de autodeterminare, în special în scenariile complexe ale avortului și eutanasiei.

3. LIMITELE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE: ORDINEA PUBLICĂ ȘI MORALA SOCIALĂ ÎN MATERIA AVORTULUI ȘI A EUTANASIEI

3.1. Conflictul dintre dreptul la viață și dreptul la viață privată: analiza echilibrului intereselor

În arhitectura constituțională a Republicii Moldova, intersecția dintre dreptul la viață și dreptul la viața privată generează una dintre cele mai profunde tensiuni juridice și etice, impunând o reevaluare a raportului dintre autoritatea statului și suveranitatea individului. Dreptul la viață, consacrat de articolul 24 din Constituție ca fiind o valoare supremă și inviolabilă, este în mod tradițional interpretat ca o obligație pozitivă a statului de a proteja existența biologică a cetățenilor săi. Cu toate acestea, această protecție nu poate fi exercitată într-un vid axiologic, ea intrând în coliziune cu dreptul la viața privată, protejat de articolul 28, care incumbă respectarea autonomiei personale și a integrității fizice și psihice. În acest context, autonomia nu trebuie înțeleasă doar ca o libertate negativă de a fi lăsat în pace, ci ca fundamentul ontologic al consimțământului, acea facultate juridică prin care individul își exercită dreptul de a decide asupra propriului corp și asupra limitelor intervenției externe în sfera sa privată[215].

Autonomia personală capătă o relevanță deosebită în situațiile în care exercitarea drepturilor individuale intră în relație cu alte valori și interese protejate de ordinea juridică. Un asemenea domeniu este sănătatea reproducerii, în care exercitarea autonomiei reproductive a femeii trebuie analizată în raport cu reglementarea întreruperii sarcinii și cu interesele legate de protecția vieții prenatale.

În Republica Moldova, Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii recunoaște drepturile reproductive ca parte integrantă a drepturilor omului, plasând reglementarea acestora în contextul respectării vieții intime, familiale și private. Potrivit art. 4 alin. (2), femeia adultă și bărbatul adult au libertatea de a decide asupra numărului de copii și asupra momentului nașterii acestora, precum și asupra aspectelor care țin de sănătatea reproducerii, fără constrângere și fără influențe din exterior. Totodată, alin. (3) al aceluiași articol recunoaște dreptul oricărei persoane la întreruperea cursului sarcinii în condiții de siguranță, iar art. 5 lit. f) prevede asigurarea accesului femeilor la metode sigure de întrerupere a sarcinii, în conformitate cu actele normative

[215] REPUBLICA MOLDOVA. Constituția Republicii Moldova, adoptată la 29 iulie 1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 1 din 12 august 1994, art. 24 și art. 28. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/15887 [accesat 03.11.2024].

aplicabile ale Ministerului Sănătății.[216]

Aceste dispoziții oferă un fundament normativ pentru recunoașterea autonomiei reproductive și a accesului la servicii medicale sigure. Cu toate acestea, ele nu consacră expres un principiu abstract al prevalenței absolute a autonomiei femeii și nici nu soluționează, prin ele însele, toate problemele referitoare la protecția juridică a vieții prenatale. Determinarea limitelor în care autonomia reproductivă poate fi exercitată presupune, prin urmare, interpretarea sistematică a legislației naționale, inclusiv a normelor constituționale și penale relevante, precum și examinarea jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului privind dreptul la respectarea vieții private și marja de apreciere a statelor în această materie.

Într-o manieră similară, dar situată la cealaltă extremă a existenței, se află dilema eutanasiei și a asistenței la deces. Deși cadrul legal național interzice explicit orice formă de suprimare a vieții la cererea pacientului, tensiunea dintre obligația statului de a proteja viața și dreptul persoanei de a nu fi supusă unor suferințe inumane sau degradante rămâne o problemă deschisă în doctrina drepturilor omului. În acest sens, voința pacientului de a pune capăt unei existențe marcate de agonie reprezintă expresia ultimă a dreptului la viață privată, punând sub semnul întrebării legitimitatea statului de a impune continuarea vieții ca pe o obligație juridică coercitivă.

Cea mai elocventă manifestare a acestui conflict se regăsește însă în dreptul pacientului de a refuza tratamentul medical, chiar și în situațiile în care acesta este vital pentru supraviețuirea sa biologică. Conform Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile şi responsabilităţile pacientului, individul cu discernământ are libertatea deplină de a respinge o intervenție medicală, fapt ce demonstrează că, în sistemul nostru de drept, viața biologică nu prevalează necondiționat asupra libertății de alegere. Aici, criteriile de echilibrare a intereselor devin esențiale pentru a evita arbitriul. Analiza juridică relevă faptul că nu există drepturi absolute; chiar și dreptul la viață, în dimensiunea sa de protecție împotriva intervenției statului, trebuie supus testului proporționalității și necesității. Statul poate interveni pentru a proteja viața atunci când titularul nu își poate exprima voința sau când există un interes public major, însă în cazul unui individ capabil, protecția persoanelor vulnerabile nu trebuie să alunece într-un paternalism excesiv care să ignore voința reală a acestuia.

Echilibrarea acestor interese pornește de la premisa fundamentală că dreptul la viață nu poate fi interpretat în mod abstract, ignorând voința titularului său. Viața nu este o valoare

[216] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 205–207 din 28 septembrie 2012, art. 673, art. 1, art. 4 alin. (2)–(3) și art. 5 lit. f), cu modificările și completările ulterioare. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/135028

exterioară individului pe care statul să o gestioneze administrativ, ci este intim legată de demnitatea și autonomia celui care o trăiește.

În acest context, echilibrarea dreptului la viață și a dreptului la viață privată nu se realizează în mod abstract, ci prin aplicarea unor criterii juridice concrete. Astfel, pot fi identificate următoarele repere esențiale: capacitatea și discernământul persoanei de a lua o decizie; caracterul informat al consimțământului exprimat; existența unui interes public legitim, în special în ceea ce privește protecția persoanelor vulnerabile; proporționalitatea intervenției statului în raport cu scopul urmărit; precum și existența unor alternative mai puțin intruzive. Aceste criterii permit transformarea conflictului dintre cele două drepturi într-un proces de evaluare juridică concretă, evitând soluțiile de tip absolut.

Din perspectivă juridico-civilă, aceste criterii se reflectă în analiza condițiilor de valabilitate ale consimțământului, în special sub aspectul capacității, al caracterului liber și al caracterului informat al voinței. În acest sens, conflictul dintre dreptul la viață și autonomia individuală se traduce, în plan juridic, într-o problemă de validitate și eficiență a actului juridic privind intervențiile asupra corpului uman.

Rolul consimțământului informat în acest conflict este, prin urmare, unul de pivot juridic, servind drept instrumentul prin care se realizează echilibrul fin între autoritatea medicală/statală și libertatea individuală. Consimțământul nu este doar o procedură de confirmare a unei voințe, ci este cel care limitează legitimitatea intervenției statului, transformând ceea ce ar putea fi o vătămare corporală într-un act medical licit. Mai mult decât atât, consimțământul informat transformă conflictul dintre viață și autonomie într-un proces decizional juridic controlat, oferind un cadru în care subiectivitatea umană este protejată de rigoarea legii.

În concluzie, analiza echilibrului intereselor dintre dreptul la viață și viața privată indică absența unui drept absolut în favoarea oricăreia dintre părți. Nu putem vorbi despre un drept absolut la viață care să anuleze voința persoanei, după cum nici dreptul la autonomie nu poate fi invocat pentru a justifica neglijarea obligațiilor de protecție ale statului în cazul persoanelor aflate în incapacitate de decizie. Există, în schimb, o limitare reciprocă și o intervenție a statului justificată doar în măsura în care aceasta garantează că procesul de autodeterminare a individului este unul liber și autentic. În sistemul de drept al Republicii Moldova, sinteza acestor drepturi trebuie să conducă spre o protecție a vieții care să nu devină o povară impusă, respectând totodată autonomia ca nucleu dur al demnității umane.

3.2. Ordinea publică și bunele moravuri ca limite ale autonomiei individuale în dreptul privat moldovenesc

Principiul libertății contractuale și al autonomiei de voință, consacrat de Codul civil al

Republicii Moldova, reprezintă fundamentul pe care se edifică raporturile de drept privat, permițând persoanelor fizice și juridice să își modeleze interesele patrimoniale și nepatrimoniale conform propriei voințe. Totuși, această autonomie nu este una absolută, ea fiind limitată intrinsec de necesitatea protejării unor valori care transcend interesul individual. Articolul 1 din Codul civil modernizat stabilește că libertatea contractuală este recunoscută sub rezerva respectării ordinii publice și a bunelor moravuri, transformând aceste două concepte în „supape de siguranță" ale sistemului juridic. În dreptul privat moldovenesc, ordinea publică nu reprezintă un ansamblu static de reguli, ci un ansamblu de principii imperative, fundamentale pentru existența statului și a societății, care interzic derogarea prin acte juridice individuale sub sancțiunea nulității absolute.

Dacă ordinea publică are, în principal, o dimensiune juridico-normativă, bunele moravuri (sau bonos mores) introduc în spațiul dreptului privat un standard etic minimal, dar obligatoriu. Acestea reprezintă totalitatea regulilor de conduită care s-au cristalizat în conștiința socială a Republicii Moldova și a căror nerespectare este considerată inacceptabilă de către un om rezonabil și onest. Tensiunea dintre voința individuală și bunele moravuri apare frecvent în cazul clauzelor contractuale care, deși nu încalcă o normă prohibitivă expresă, contravin standardelor de echitate sau demnitate umană. Astfel, autonomia de voință încetează să mai fie un instrument de exercitare a libertății atunci când este utilizată pentru a valida comportamente contrare eticii sociale, judecătorul moldovean având prerogativa de a cenzura astfel de manifestări prin aplicarea articolului 322 din Codul civil, care sancționează actele juridice ce contravin ordinii publice sau bunelor moravuri.[217]

Echilibrarea raportului dintre interesele private și aceste limite imperative presupune o analiză de proporționalitate între necesitatea de a garanta securitatea circuitului civil și obligația statului de a preveni abuzul de drept. În doctrina națională, s-a subliniat adesea că ordinea publică acționează pe două paliere: o ordine publică de direcție, care vizează protecția structurilor fundamentale ale statului și a economiei de piață, și o ordine publică de protecție, menită să apere partea contractantă mai slabă (cum este cazul consumatorului sau al salariatului). Această distincție este crucială pentru înțelegerea modului în care autonomia individuală este restrânsă nu pentru a fi anulată, ci pentru a fi echilibrată într-un sistem în care libertatea unuia nu trebuie să devină sursa opresiunii celuilalt. Astfel, limitarea autonomiei prin bunele moravuri nu trebuie privită ca o intruziune moralizatoare a statului, ci ca o garanție a faptului că dreptul privat

[217] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 82–86 din 22 iunie 2002, art. 661, cu modificările și completările ulterioare, art. 334. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573 [accesat 02.11.2024].

rămâne un spațiu al cooperării loiale.

Rolul consimțământului în acest context este de a valida operațiunea juridică doar în măsura în care obiectul și cauza acesteia sunt licite și morale. Un consimțământ, oricât de liber ar fi exprimat, nu poate produce efecte juridice dacă tinde spre o finalitate care subminează ordinea publică.

În acest sens, ordinea publică și bunele moravuri funcționează ca un veritabil filtru juridic al consimțământului informat. Deși voința individului reprezintă fundamentul actului juridic, aceasta nu poate produce efecte nelimitate, fiind supusă controlului de legalitate și moralitate. Astfel, consimțământul nu poate legitima intervenții contrare valorilor fundamentale protejate de drept, chiar dacă este exprimat în mod liber.

De pildă, în materia contractelor care aduc atingere integrității persoanei sau care vizează prestații contrare eticii profesionale, ordinea publică și bunele moravuri intervin ca bariere de netrecut. În acest sens, se poate afirma că ordinea publică și bunele moravuri transformă autonomia individuală dintr-o putere discreționară într-o libertate responsabilă, integrată organic în valorile societății moldovenești contemporane. Judecătorul nu face altceva decât să identifice acel „punct de rupere” unde interesul egoist al individului intră în conflict cu binele comun, restabilind legalitatea prin eliminarea actelor juridice nocive.

În mod similar, în materia intervențiilor medicale, consimțământul pacientului nu poate justifica acte care depășesc limitele stabilite de lege sau care contravin principiilor fundamentale ale protecției vieții și integrității corporale. De exemplu, în contextul deciziilor de sfârșit de viață, voința persoanei este supusă unor limite stricte, tocmai pentru a preveni abuzurile și pentru a asigura respectarea ordinii publice.

Prin urmare, autonomia individuală nu poate fi concepută ca o libertate absolută asupra propriului corp, ci ca o libertate juridică exercitată în limitele stabilite de ordinea publică și bunele moravuri. În acest cadru, consimțământul informat nu este doar expresia voinței individuale, ci și un mecanism juridic supus unor condiții și limite menite să asigure coerența și legitimitatea ordinii juridice.

În concluzie, ordinea publică și bunele moravuri nu constituie simple relicve ale formalismului juridic, ci sunt elemente dinamice și esențiale ale dreptului privat din Republica Moldova. Ele marchează frontiera dintre exercițiul legitim al autonomiei și abuzul de libertate. O autonomie individuală care ar ignora aceste limite ar conduce la o fragmentare a ordinii sociale și la o erodare a încrederii în instituțiile de drept privat. Prin urmare, echilibrul intereselor în dreptul moldovenesc este asigurat prin subordonarea voinței contractuale față de un nucleu dur de valori care protejează demnitatea umană, stabilitatea economică și moralitatea publică,

asigurând astfel că libertatea de a contracta rămâne un instrument al progresului social, și nu un mecanism de eludare a normelor de conviețuire socială.

3.3.Standardele CEDO privind marja de apreciere a statului în reglementarea avortului și a deciziilor de sfârșit de viață

3.3.1. Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica avortului

Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului cu privire la avort este esențială. În principiu, CEDO decide ceea ce, pe termen mai scurt sau mai lung, va fi acoperit pe plan intern de statele care au semnat Convenția Europeană a Drepturilor Omului (denumită în continuare Convenția)[218] în legile lor.

În cazul avortului, considerăm că principalele probleme asupra cărora CEDO a fost chemată să decidă se referă chirurgical la următoarele:

1. Dacă fătul are dreptul la viață, deci dacă sunt îndeplinite prevederile art. 2 din tratatul care garantează dreptul la viață;
2. Dacă o femeie însărcinată are un drept mai mult sau mai puțin limitat la avort;
3. Dacă unei femei însărcinate i se recunoaște dreptul la avort, statul are anumite obligații de a se asigura că acest drept este acum în vigoare.

Dar problema de bază a definirii domeniului de aplicare a dreptului la viață rămâne de rezolvat. Soluțiile la alte întrebări despre avort decurg logic din răspunsul la această întrebare. Una dintre cauzele statutului ambiguu al fătului provine din faptul că, în art. 2 din Convenție, nu se face referire la momentul la care începe asigurarea de viață, iar excepțiile prevăzute la paragraful 2 al art. 2 nu se aplică nici la avort. În plus, deși Convenția prevede că „legea va proteja dreptul la viață al oricărei persoane”, ea nu explică termenul „ființă umană”.

De asemenea, CEDO a fost chemată să analizeze și alte articole ale Convenției privind avortul, precum articolul 3 (privind interzicerea torturii), articolul 8 (privind dreptul la respectarea vieții private și de familie) sau articolul 14 (privind interzicerea discriminării).

Ar trebui să remarcăm aici că legalitatea întreruperii accesului la sarcină este legată material de problema privind rezultatul sarcinii. Nu putem să nu observăm că statutul său ambiguu provine din faptul că art. 2 din Convenție nu definește legal termenul „viață”. În absența unei definiții, se pune întrebarea dacă aceasta include atât viața intrauterină, cât și cea extrauterină. Articolul 4 al Convenției SUA privind Drepturile Omului prevede că dreptul la viață este protejat din momentul conceperii copilului. Fără nicio referire la momentul din care

[218] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Convenția europeană a drepturilor omului. HUDOC. Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_RON [accesat 22.11.2024].

viața este protejată, în art. 2 din Convenția Europeană prevede că dreptul la viață al oricărei persoane este protejat de lege. Din această perspectivă, este de remarcat că întrucât la alin. (1), art. 2 din Convenție vorbește despre dreptul la viață recunoscut de toată lumea, este clar că expresia se referă în mod specific la persoana fizică, persoana umană.[219] Fără îndoială, în sensul art. 2 din Convenție, persoană înseamnă orice ființă umană din momentul nașterii până la moarte. Întrebarea care se pune este dacă un copil nenăscut are dreptul la viață în temeiul acestei secțiuni.

În cele ce urmează, vom analiza deciziile luate de Curte cu privire la statutul pe care ar trebui să-l aibă avortul sau cele strâns legate de problematica avortului, precum dreptul la viață fetală.

a. D. contra Irlandei[220]

Descrierea situației pe scurt: reclamanta, însărcinată cu gemeni, află că unul din fetuși a decedat, iar celălalt prezintă grave deficiențe, iar în consecință, ia decizia de a avorta.
Din cauza legislației extrem de restrictive a Irlandei, care permite avortul doar când viața femeii însărcinate este în pericol, reclamanta este nevoită să meargă în Marea Britanie pentru a avorta. Reclamanta invocă în special faptul că legislația Irlandei nu permite avortul atunci când fătul prezintă probleme de sănătate, precum și faptul că medicilor irlandezi le este interzis să ofere informații despre realizarea unui avort în străinătate.

Plângerea a fost considerată inadmisibilă, deoarece reclamanta nu epuizase toate căile de atac interne. Hotărârea a fost pronunțată în iunie 2006.

Hotărârea este practic irelevantă, deoarece Curtea nu s-a pronunțat pe fond. Totuși este importantă din punct de vedere al obiectului cererii.

Privind din perspectiva dreptului la respectarea vieții private (garantat de art. 8 din Convenție) putem spune faptul că situația în care se află reclamanta evidențiază o problemă legată de accesul la informație și de posibilitatea de a lua o decizie în cunoștință de cauză. Putem afirma că autonomia individuală i-a fost afectată, consimțământul neputând fi considerat unul informat.

Chiar dacă hotărârea nu are o soluție pe fond, această cauză este relevantă prin contribuția la ei la conturarea ideii conform căreia trebuie să existe niște condiții de acces la informație și servicii pentru ca libertatea individuală în materie medicală să fie exercitată. Astfel,

[219] Spre deosebire de Convenția europeană, Convenția americană a drepturilor omului, prevede în art. 4 că trebuie protejat „în general, din momentul concepției”. A se vedea Convenția americană pe https://www.oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, referință din data de 21.03.2024.
[220] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. D. v. Ireland, nr. 26499/02, decizia asupra admisibilității cererii din 27 iunie 2006. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-76233 [accesat 26.08.2024].

consimțământul informat nu poate fi redus la o simplă formalitate juridică, ci presupune existența unui cadru normativ și instituțional care să permită individului să își exercite autonomia în mod real și efectiv.

Din această cauză putem trage concluzia că legislația națională trebuie evaluată din perspectiva efectelor pe care le produce asupra capacității unui individ de a lua decizii autonome.

b. Vo c. Franței[221]

Descrierea situației pe scurt: în urma unei erori comise de un medic, reclamanta a fost supusă unei proceduri de înlăturare a unui sterilet, deși trebuia să i se efectueze un simplu consult ginecologic, ea fiind însărcinată în luna a șasea. Eroarea a provenit dintr-o confuzie între reclamantă – pe nume Thi-Nho Vo, de origine vietnameză – și o altă pacientă – pe nume Thi Thanh Van Vo. Acesteia din urmă trebuia, de fapt, să i se înlăture steriletul. Confuzia a fost alimentată și de faptul că reclamanta nu vorbea foarte bine limba franceză. Astfel, medicul, consultând fișele medicale, a crezut că reclamanta este pacienta care dorea să i se scoată steriletul și a inițiat procedura corespunzătoare, perforând sacul amniotic. Medicul si-a dat seama de eroarea comisă, dar în ciuda eforturilor, reclamanta a pierdut sarcina. În consecință, reclamanta a cerut instanțelor franceze tragerea la răspundere a celor vinovați pentru uciderea din culpă a fătului.

Instanțele franceze au considerat însă că dispozițiile privind uciderea din culpă nu se aplică în acest caz, deoarece fătul nu este o persoană.

Instanța s-a abținut de la un răspuns definitiv și nu a fost nevoie să clarifice starea fătului. Curtea și-a apărat poziția susținând că nu există un consens în majoritatea statelor părți la Convenție cu privire la poziția fătului din perspectivă juridică, medicală, filozofică, religioasă sau științifică. În plus, există diferențe semnificative între legile care guvernează poziționarea fătului în fiecare stat. Instanța concluzionează că ar fi greșit să se aplice o singură regulă morală.

Curtea precizează că fiecare stat trebuie să decidă dacă recunoaște sau nu dreptul fătului la viață.

Instanța a observat însă că, în cauza dedusă judecății, interesele gravidei au coincis cu interesele bebelușului. Cu toate acestea, s-a presupus că acest interes comun nu trebuie neapărat să obțină o protecție prin intermediul legii penale. Astfel, dacă legea națională, în cazul nostru legea franceză, permite obținerea cel puțin a unor reparații de natură civilă, acest interes care a fost lezat este suficient protejat. Curtea a considerat că această chestiune a obținerii unor despăgubiri este independentă de faptul de a stabili dacă art.2 se aplică sau nu și fătului. Astfel,

[221] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Vo v. France [GC], nr. 53924/00, hotărârea din 8 iulie 2004. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61887 [accesat 26.08.2024].

atât timp cât este recunoscut dreptul de a obține o reparație, chiar de natură civilă, art. 2 din Convenție nu este încălcat. Aceasta, chiar dacă s-ar admite că art. 2 se aplică fătului.

Hotărârea evidențiază o distincție importantă între protecția penală și cea civilă, sugerând că nu orice atingere adusă intereselor legate de viața intrauterină trebuie sancționată prin mijloace represive, fiind suficientă existența unor remedii juridice adecvate care să asigure repararea prejudiciului. Această orientare este relevantă în contextul dreptului civil, întrucât pune accent pe funcția reparatorie a răspunderii și pe rolul mecanismelor nepenale în protejarea valorilor fundamentale.

În același timp, cauza relevă faptul că, în situații în care interesele femeii însărcinate și ale fătului coincid, protecția juridică poate fi realizată fără a fi necesară recunoașterea explicită a personalității juridice a fătului. Astfel, Curtea a evitat consacrarea unei poziții rigide, preferând o abordare flexibilă, care permite statelor să adopte soluții adaptate propriului context normativ și social.

Din perspectiva consimțământului informat, hotărârea are o relevanță indirectă, dar semnificativă, întrucât evidențiază importanța actului medical realizat în condiții de legalitate și responsabilitate. Eroarea medicală care a condus la pierderea sarcinii subliniază necesitatea respectării standardelor profesionale și a obligației de a obține consimțământul pacientului în mod valid, în baza unor informații corecte și complete. În absența acestor garanții, intervenția medicală nu mai poate fi considerată legitimă, iar răspunderea juridică devine inevitabilă.

Prin urmare, cauza Vo c. Franței confirmă faptul că, în lipsa unui consens european privind statutul juridic al fătului, protecția intereselor implicate este realizată prin mecanisme flexibile, în care dreptul civil joacă un rol esențial. Totodată, aceasta evidențiază că legalitatea intervențiilor medicale depinde de respectarea consimțământului informat, ca expresie a autonomiei individuale și ca element central al raportului juridic dintre pacient și profesionistul din domeniul sănătății.

c. Christodoulou contra Greciei[222]

Descrierea situației pe scurt: Curtea afirmă: „Nu este oportun să se stabilească dacă fătul beneficiază de un drept la viață recunoscut de art. 2 din Convenția Europeană”. În fapt, reclamanta a născut un copil mort și, prin urmare, a intentat un proces pentru omor din culpă.

Instanțele locale au achitat-o pe medicul ginecolog de această infracțiune, și nu a fost condamnată pentru vătămare corporală, conform legii elene, pentru că fătul nu beneficiază de un drept recunoscut la viață.

[222] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. CHRISTODOULOU ET AUTRES c. GRÈCE, nr. 80452/12. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-144366 [accesat 26.08.2024].

Hotărârea evidențiază rolul esențial al dreptului civil în asigurarea unui echilibru între interesele aflate în conflict, în special în situațiile în care dreptul penal nu oferă un răspuns adecvat. Răspunderea civilă devine, astfel, un instrument central de protecție, permițând repararea prejudiciului fără a fi necesară tranșarea unor chestiuni sensibile privind începutul vieții juridice.

În același timp, cauza relevă că protecția conferită de Convenție nu se limitează la recunoașterea unor drepturi în sens strict, ci presupune existența unui cadru normativ și instituțional capabil să ofere remedii efective. Această abordare confirmă faptul că analiza Curții se concentrează mai puțin asupra calificării abstracte a drepturilor și mai mult asupra efectivității protecției juridice.

Din perspectiva consimțământului informat, relevanța cauzei se desprinde din contextul actului medical și al responsabilității profesionale. Situația analizată evidențiază necesitatea respectării standardelor de diligență și a obligației de informare a pacientului, întrucât orice intervenție medicală realizată fără respectarea acestor exigențe poate conduce la angajarea răspunderii juridice. Astfel, consimțământul informat nu reprezintă doar o condiție de validitate a actului medical, ci și un mecanism de prevenire a prejudiciilor și de delimitare a răspunderii.

Prin urmare, cauza Christodoulou c. Greciei confirmă linia jurisprudențială a Curții în sensul menținerii unei abordări prudente în privința statutului fătului, concomitent cu recunoașterea importanței mecanismelor civile de protecție. În acest cadru, consimțământul informat și respectarea standardelor profesionale apar ca elemente esențiale pentru asigurarea legalității intervențiilor medicale și pentru garantarea unei protecții juridice efective.

d. Boso c. Italiei[223]

Descrierea situației pe scurt: petentul a solicitat instanței să statueze că legea italiană, care permite avortul în anumite circumstanțe, încalcă dreptul la viață al fătului, astfel cum este prevăzut la articolul 2 din Convenție. Legea italiană, care permite avortul în anumite circumstanțe, a asigurat un echilibru adecvat între ceea ce este important pentru femeia însărcinată și copil, și Curtea a decis, concluzionand că nu a existat nicio încălcare a articolului 2. Dincolo de aceasta s-a stabilit că o femeie însărcinată nu poate fi controlată de bărbatul său, care nu poate nici să participe la decizia ei de avort.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat rezultă din accentul pus asupra caracterului personal al deciziei privind întreruperea sarcinii. În măsura în care această decizie aparține exclusiv femeii însărcinate, consimțământul acesteia devine elementul determinant al

[223] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Boso v. Italy (dec.), nr. 50490/99, decizia din 5 septembrie 2002. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-23338 [accesat 26.08.2024].

legalității intervenției medicale. Prin urmare, consimțământul informat nu reprezintă doar o formalitate procedurală, ci expresia juridică a autonomiei individuale, în absența căreia orice intervenție asupra corpului ar fi lipsită de legitimitate.

În același timp, hotărârea confirmă faptul că marja de apreciere a statului nu poate conduce la anularea rolului central al voinței persoanei în cauză. Chiar și în cadrul unor reglementări restrictive, statul este obligat să respecte nucleul esențial al dreptului la viață privată, care include capacitatea individului de a decide asupra propriei integrități corporale.

Prin urmare, cauza Boso c. Italiei evidențiază modul în care Curtea construiește un echilibru între protecția vieții și respectarea autonomiei individuale, plasând consimțământul informat în centrul acestui raport. Aceasta confirmă faptul că, în materia intervențiilor medicale, legalitatea nu poate fi concepută în afara respectării voinței persoanei direct afectate, ceea ce conferă consimțământului un rol esențial în arhitectura juridică a protecției drepturilor fundamentale.

e. Tysiac c. Poloniei[224]

Descrierea situației pe scurt: În acest caz, în fapt, reclamanta, care suferea de miopie severă și care avea deja doi copii, a dorit să avorteze. Mai mulți medici au atestat faptul că sarcina și nașterea i-ar putea afecta în mod grav vederea. Totuși medicii au refuzat să emită un certificat care să ateste faptul că se recomandă avortul terapeutic, motivând refuzul prin faptul că agravarea problemelor oculare ar putea fi evitată dacă reclamanta ar naște prin cezariană. Astfel, reclamanta a fost nevoită să-și ducă sarcina la termen. După naștere, vederea i s-a deteriorat însă foarte mult, existând riscul de orbire.

Curtea a decis că, în acest caz, a existat o încălcare a art. 8 al Convenției prin faptul că statul polonez nu și-a îndeplinit obligația pozitivă de a lua toate măsurile necesare pentru a asigura respectarea vieții private a reclamantei. Mai mult, Curtea precizează că încălcarea art.8 a constat în faptul că legea poloneză nu prevede o procedură eficientă prin care apelanta să poată ataca decizia doctorilor de a-i refuza cererea de realizare a avortului. În plus, pentru ca o asemenea procedură să fie eficientă, femeii însărcinate ar trebui să i se acorde dreptul de a fi ascultată și de a lua în considerare cele expuse de aceasta, punctul de vedere, iar decizia autorității de control trebuie să fie temeinic motivată. De asemenea, timpul fiind esențial în chestiunile privind avortul, o asemenea procedură trebuie să se desfășoare cu celeritate. Curtea a avut în vedere faptul că legea poloneză permite obținerea unor despăgubiri pentru prejudiciul suferit în cazuri de genul celui dedus judecății, dar a subliniat că aceste prevederi pot produce

[224] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Tysiąc v. Poland, nr. 5410/03, hotărârea din 20 martie 2007. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812 [accesat 26.08.2024].

efecte doar retroactiv, fără a înlătura vătămarea ireversibilă a sănătății reclamantei.

Curtea a mai precizat și în acest caz că nu este în obligația sa de a analiza dacă există în textul Convenției garanția dreptului la avort.

g. R.R. c. Poloniei[225]

Descrierea situației pe scurt: În acest caz, reclamanta, însărcinată în 18 săptămâni, a fost informată de către medic despre posibilitatea ca fătul să prezinte o malformație. La indicația mai multor medici, femeia a dorit să efectueze o amniocenteză, care ar fi oferit mai multe informații asupra stării fătului, dar majoritatea medicilor la care a apelat au refuzat să realizeze această procedură. Abia în săptămâna a 23-a de sarcină reclamanta a reușit să efectueze amniocenteza, care a confirmat boala de care era afectat fătul. Rezultatele i-au fost comunicate reclamantei abia în săptămâna a 25-a de sarcină. În fața unei asemenea situații, femeia a dorit să avorteze, considerând că situația sa se încadrează în cele în care legislația poloneză permite avortul. Însă medicii au refuzat să își dea acordul cu privire la realizarea avortului, motivând că sarcina se află într-un stadiu prea avansat, fătul fiind viabil. Reclamanta a dat naștere unei fetițe care prezintă sindromul Turner, o afecțiune genetică. Instanțele poloneze au recunoscut dreptul reclamantei la despăgubiri civile, pe motiv că i s-a refuzat în mod repetat și nejustificat efectuarea testelor necesare și că a fost încălcat dreptul său la informare.

Curtea a constatat că s-a produs o încălcare a art. 3 și a art. 8 din Convenție.

În privința art. 3, Curtea a preciza că s-a produs o încălcare, deoarece reclamanta a suportat o perioadă de câteva săptămâni incertitudinea cu privire la starea fătului și, implicit, cu privire la viitorul său și al familiei sale. Astfel, reclamanta a fost supusă unui tratament inuman și degradant. Faptul că medicii reclamantului au întârziat inutil procedurile și nu i-au oferit acces liber la informațiile de care avea nevoie a contribuit la incertitudinea situației. Acest lucru este adevărat în ciuda faptului că informațiile și testele prenatale sunt liber accesibile în conformitate cu legislația poloneză.

În ceea ce privește articolul 8, Curtea a observat mai întâi că aceste prevederi se vor lua în considerare în cazul de față deoarece avortul este reglementat într-un mod care încalcă viața privată. Aceasta afirmă că au o gamă mai largă de înțelegere în ceea ce privește statutul avortului. Cu toate acestea, cadrul juridic și procesual trebuie să fie corespunzător și să asigure o aplicare eficientă de îndată ce un stat decide să permită avortul în anumite circumstanțe.

De asemenea, Curtea a precizat că, deși trebuie respectată libertatea de conștiință a medicilor, statul trebuie să organizeze sistemul sanitar în așa fel încât respectarea acestui drept al

[225] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. R.R. v. Poland, nr. 27617/04, hotărârea din 26 mai 2011. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911 [accesat 26.08.2024].

medicilor să nu împiedice realizarea dreptului cetățenilor de a avea acces la toate serviciile medicale legale.

Mai mult, Curtea a mai precizat că statele trebuie să ofere căi de atac efective pentru a aborda situații precum faptul că reclamantul a fost prezent. Remediile care au doar efect retroactiv, pentru repararea oricăror prejudicii survenite, sunt inadecvate și nu împiedică încălcarea drepturilor statutare.

Coroborarea celor două hotărâri (Tysiac c. Poloniei și R.R. c. Poloniei) evidențiază faptul că, în viziunea Curții, protecția autonomiei individuale nu se realizează prin recunoașterea abstractă a unui drept la avort, ci prin garantarea unor condiții procedurale care să permită formarea unui consimțământ real. În acest context, consimțământul informat capătă o funcție juridică complexă, depășind rolul de simplă manifestare de voință și devenind un instrument prin care se asigură controlul persoanei asupra ingerințelor în propria integritate corporală.

Deși Curtea recunoaște statelor o marjă largă de apreciere în reglementarea acestei materii, aceasta este limitată de obligația de a institui mecanisme procedurale clare, accesibile și eficiente, de a asigura celeritatea deciziilor și de a garanta accesul la informații medicale relevante. În absența acestor garanții, ingerința în viața privată devine disproporționată, chiar și în condițiile în care cadrul normativ național nu consacră un drept general la avort.

Prin urmare, din analiza jurisprudenței CEDO rezultă că nu există un drept convențional la avort, însă există un drept la un proces decizional real și informat. În acest context, consimțământul informat se conturează ca un element central al protecției juridice, funcționând atât ca instrument de concretizare a autonomiei individuale, cât și ca criteriu de legalitate a intervențiilor medicale și garanție împotriva arbitrariului instituțional.

f. A, B, C c. Irlandei[226]

Descrierea situației pe scurt: În decembrie 2009, aceeași instanță a dezbătut cazul cunoscut sub numele A, B, C contra Irlandei. În speță, trei femei, care nu au obținut în Irlanda dreptul de a face avort, au fost nevoite să meargă în Marea Britanie pentru a avorta. După realizarea avortului, ele s-au adresat Curții pe motiv că restricțiile extreme referitoare la avort din Irlanda le-au încălcat drepturile garantate de Convenție. Reclamantele au arătat că legislația irlandeză în privința avortului încalcă dreptul la viață, garantat de art.2 din Convenție, deoarece, cel puțin pentru una dintre ele, bolnavă de cancer, păstrarea sarcinii i-ar fi putut pune în pericol viața. De asemenea, ele susțin că li s-a aplicat un tratament inuman și degradant, prin faptul că au fost nevoite să călătorească în afara țării și să plătească sume mari pentru a putea realiza avortul într-

[226] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. A, B and C v. Ireland [GC], nr. 25579/05, hotărârea din 16 decembrie 2010. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-102332 [accesat 26.08.2024].

o altă țară, încălcându-se astfel art. 3 din Convenție. De asemenea, ele au invocat și încălcarea art.8 din Convenție, care garantează respectarea vieții private și de familie, deoarece legislația irlandeză, prin restricția referitoare la avort, realizează un amestec nejustificat în viața privată și chiar de familie. În același timp, deoarece în Constituția irlandeză nu este clar definit cuvântul „nenăscut", fapt ce dă naștere la interpretări, se consideră că este încălcat același art.8, deoarece interpretarea neunitară dă naștere la abuzuri. Este invocat și art.14, care interzice discriminarea, deoarece politica avortului pune femeile într-o situație de inferioritate față de bărbați, deși conceperea unui copil ar trebui în mod necesar să atragă consecințe pentru ambii părinți. De asemenea, se susține că restricția cu privire la avort din Irlanda nu-și atinge scopul pentru care a fost instituit, din moment ce femeile pot efectua avortul în altă țară; prin urmare, menținerea legislației actuale supune femeile care vor să avorteze unor cheltuieli și eforturi excesive și nejustificate.

Curtea a decis că art.8 al Convenției nu stabilește un drept la avort. Se afirmă faptul că statele semnatare ale Convenției au o largă marjă de apreciere în privința avortului. Totuși a decis că în acest caz se produsese o încălcare a art. 8, prin faptul că legislația irlandeză nu prevedea o procedură accesibilă și eficientă prin care să se stabilească în mod clar dacă o femeie care vrea să avorteze se încadrează în una dintre situațiile extrem de restrictive în care avortul este permis în Irlanda.

Așadar, Curtea a afirmat că statele nu sunt obligate să asigure accesul femeilor la avort. Cu toate acestea, în cazurile în care legea stabilește un astfel de drept, condițiile prealabile pentru exercitarea acestuia trebuie să fie îndeplinite în conformitate cu legea.

Din această hotărâre rezultă că marja de apreciere a statului nu poate justifica absența unor garanții procedurale reale. Chiar și în ipoteza unei reglementări restrictive, statul este obligat să asigure un cadru normativ coerent și funcțional, care să permită identificarea situațiilor în care avortul este permis și exercitarea efectivă a acestui drept. În acest sens, protecția conferită de art. 8 se manifestă nu prin impunerea unui anumit model legislativ, ci prin exigența unui proces decizional clar, previzibil și accesibil.

În această logică, consimțământul informat capătă o semnificație juridică deosebită, întrucât exercitarea autonomiei individuale depinde de existența unor condiții procedurale care să permită persoanei să ia o decizie în cunoștință de cauză. Lipsa clarității cadrului normativ și absența unor proceduri eficiente afectează în mod direct capacitatea individului de a-și exprima voința într-un mod real și efectiv, transformând consimțământul într-un act formal, lipsit de substanță juridică.

Prin urmare, hotărârea analizată confirmă faptul că, deși nu există un drept convențional la

avort, statele nu sunt libere să reglementeze această materie în mod arbitrar. Ele sunt ținute să asigure un echilibru între protecția vieții și respectarea autonomiei individuale, echilibru care se realizează, în mod esențial, prin garantarea unui proces decizional efectiv și prin recunoașterea rolului central al consimțământului informat în materia intervențiilor asupra corpului uman.

h. A.K. v. Letonia[227]

Descrierea situației pe scurt: Aceeași problemă ca motivul de mai sus poate fi găsită și într-o speță din 2014 soluționată de Curte, A.K. v. Letonia, situație care dacă a fost pozitiv soluționată de Curtea Europeană de Justiție care a reafirmat în mod voluntar autonomia femeii însărcinate, hotărând că a încălcat dreptul reclamantei la viață privată (articolul 8 din Convenție). De altfel, petenta a susținut că nu a primit îngrijiri medicale adecvate și în timp util, ceea ce ar fi expus-o riscului unei anomalii la copil (fapt confirmat de venirea pe lume a unui copil cu sindrom Down) și aceasta ar fi determinat posibilitatea de a decide dacă să aducă copilul pe nume. Cu privire la oprirea sarcinii, Curtea a subliniat la punctul 63 din hotărârea sa că „decizia femeii de a duce sarcina la termen, intră în domeniul vieții personale și al libertății și, prin urmare, se referă la legea care reglementează întreruperea sarcinii. a sarcinii în ceea ce privește viața personală." Deoarece petenta a susținut că dreptul ei de a se supune unui examen fizic și, prin urmare, dreptul său de a alege dacă să facă sau nu un avort, a fost încălcat, Curtea a motivat că acest caz „nu a implicat în mod direct decizia petentului dacă dorește să continue. sau . întrerupe sarcina, nu sarcina, dar ridică problema dacă i s-au oferit informațiile necesare și dacă asistența medicală și legislația internă". Prin urmare, Curtea a motivat că „în cazul în care o plângere se referă la exercitarea dreptului la acces efectiv la informațiile de sănătate, aceasta se referă la viața personală și de familie în temeiul art. 8 din Convenție".

Din această perspectivă, hotărârea evidențiază faptul că obligațiile pozitive ale statului nu se limitează la reglementarea formală a accesului la servicii medicale, ci implică și asigurarea unui sistem funcțional de informare și consiliere, care să permită pacientului să își exercite drepturile în mod efectiv. În lipsa unor astfel de garanții, ingerința în viața privată devine disproporționată, chiar dacă legislația națională nu interzice în mod direct exercitarea dreptului în cauză.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat este deosebit de importantă, întrucât confirmă faptul că acesta nu poate fi redus la un simplu acord formal exprimat de pacient, ci presupune existența unor condiții materiale și procedurale care să permită formarea unei voințe reale. Accesul la informație devine astfel o premisă indispensabilă a validității

[227] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. A.K. v. Latvia, nr. 33011/08, hotărârea din 24 iunie 2014. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-113323 [accesat 26.08.2024].

consimțământului, iar absența acesteia afectează în mod direct legitimitatea actului medical.

Prin urmare, cauza A.K. c. Letoniei consolidează ideea potrivit căreia protecția autonomiei individuale în materie medicală se realizează prin garantarea unui proces decizional informat și efectiv. În acest cadru, consimțământul informat apare nu doar ca o cerință formală a legalității intervențiilor medicale, ci ca un mecanism esențial de protecție a persoanei împotriva ingerințelor nejustificate în integritatea sa corporală și în viața sa privată.

i. Brüggemann și Scheuten c. Scheuten[228]

Descrierea situației pe scurt: Într-o altă speță, și anume Brüggemann și Scheuten c. Scheuten, 1998, anii 1980 au fost considerați cei mai eficienți. Comisia RFG s-a abținut, de asemenea, să decidă cu privire la statutul rezultatului sarcinii, plasându-l mai mult pe motivul vieții private a mamei, dar făcând referire în mod expres la sintagma „altă protecție", cerinţele legale referitoare la sarcină, se refereau la copilul nenăscut şi, prin urmare, la posibile drepturi. În această privinţă, totuşi, recunoaştem că, deşi legile locale limitează avortul la anumite circumstanţe, nevoia de drepturi a femeii însărcinate este mai mare.

Prin urmare, Comitetul a considerat că întreruperea sarcinii în temeiul prevăzut de către Legea germană, a stabilit împrejurări speciale în care nu a existat nicio ingerință în exercitarea dreptului reclamantei la respectarea vieții private prin avort, în principiu, acesta a fost permis (deși într-un mod limitat), sub rezerva luării în considerare a stării de sănătate a femeii însărcinate. Curtea Europeană nu a fost prea strictă în această privință, pentru că tot ceea ce contează, este respectul care trebuie acordat confidențialității, adică dacă femeia însărcinată are dorința exprimată de a întrerupe sarcina, ea are și dreptul de a refuza să poarte un copil, dacă nu are, iar aceasta a fost deținută în afara dreptului femeii la propriul corp, parte a dreptului la viața privată și de familie, conform prevederilor art. 8 din Convenție.

Un element relevant al raționamentului îl constituie abordarea echilibrului dintre interesele concurente, în care Comisia a admis că reglementările naționale pot impune restricții în materia avortului, fără ca acestea să constituie, în mod automat, o ingerință nejustificată în viața privată. În acest sens, analiza nu se concentrează asupra existenței unui drept nelimitat la avort, ci asupra proporționalității măsurilor adoptate de stat și asupra compatibilității acestora cu scopurile legitime urmărite.

Totodată, cauza evidențiază faptul că protecția conferită de art. 8 nu exclude posibilitatea statelor de a interveni în această materie, însă o asemenea intervenție trebuie să fie prevăzută de

[228] COMISIA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Brüggemann and Scheuten v. the Federal Republic of Germany, nr. 6959/75, decizia din 19 mai 1976 asupra admisibilității cererii. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-74824 [accesat 26.08.2024].

lege și să răspundă unor exigențe de necesitate și proporționalitate. Astfel, se conturează ideea că autonomia individuală este protejată în măsura în care ingerințele statului sunt justificate și nu afectează în mod excesiv capacitatea persoanei de a lua decizii fundamentale cu privire la propriul corp.

Din perspectiva consimțământului informat, relevanța cauzei rezidă în faptul că aceasta consacră, încă dintr-o etapă incipientă a jurisprudenței europene, legătura dintre autonomia personală și decizia privind sarcina. În măsura în care această decizie aparține sferei vieții private, consimțământul femeii însărcinate devine elementul central al oricărei intervenții medicale, iar validitatea acestuia depinde de existența unor condiții care să permită exprimarea unei voințe reale și informate.

Prin urmare, cauza Brüggemann și Scheuten c. Germaniei marchează începutul unei linii jurisprudențiale în care Curtea recunoaște relevanța autonomiei individuale în materia avortului, fără a consacra însă un drept absolut în acest sens. Această abordare echilibrată va fi dezvoltată ulterior în jurisprudența Curții, fiind menținută ideea că protecția vieții private implică atât respectarea voinței persoanei, cât și posibilitatea statului de a interveni în limitele marjei sale de apreciere, cu respectarea principiului proporționalității.

Deși, la o analiză superficială, jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului poate părea marcată de o anumită eterogenitate, argumentăm că viziunea acestei instanțe păstrează o unitate conceptuală profundă. Această coerență este asigurată prin aplicarea constantă a principiului „instrumentului viu", care permite adaptarea standardelor de protecție la evoluțiile bioetice și sociale contemporane, fără a altera însă substanța valorilor democratice fundamentale.

Oricum, problema avortului și a dreptului la viață al fătului, indiferent de ipostazele în care apare, este una extrem de delicată. Acest caracter rezultă nu numai din chiar esența chestiunii, ci și din faptul că statele membre ale Consiliului Europei au legislații foarte diferite în materie de avort. Practic, doar statele foste membre ale URSS sau ale Iugoslaviei au legislații care sunt aproape identice, deoarece majoritatea au păstrat, cel puțin ca bază, legislația fostelor federații. În rest, soluțiile pentru problema avortului sunt foarte diferite. Făcând o sinteză, putem afirma că, în majoritatea statelor europene, avortul este larg permis, cel puțin până la o anumită vârstă a sarcinii. Totuși, viziunile liberale ale statelor în privința avortului au luat forme foarte diferite. În plus, trebuie avut în vedere și componenta religioasă, care se afirmă puternic drept element de bază al Europei. Ori, în viziunea creștină, dominantă în Europa, avortul trebuie, în principiu interzis.

A impune o soluție unică, oricare ar fi ea, ar da naștere, fără îndoială, la reacții vehemente. Daca s-ar consacra categoric dreptul la viață al fătului, majoritatea statelor ar trebui să-și

modifice din temelii legislația privind avortul. Pe de altă parte, dacă s-ar afirma în mod clar că fătul nu are drept la viață, reprezentanții religiei ar invoca ignorarea brutală a aspectului religios, care a modelat forma Europei de astăzi, mai ales în cazul acelor state care se definesc drept state creștine, unele chiar prin Constituție.

Mai există un aspect, care probabil că joacă, de asemenea, un rol important în modul de abordare a problematicii avortului de către Curte. În ciuda eforturilor făcute de multiplele ramuri ale științei, nu există același punct de vedere raportat la existența vreunui moment în cursul evoluției intrauterine în care să se poată afirma că fătul dobândește caracteristicile definitorii ale statutului de persoană. Și probabil, un asemenea consens nici nu o să existe vreodată. Iar a încălca suveranitatea statelor pe baza unor simple presupuneri nu este o atitudine pe care să și-o dorească cineva.

Prin urmare, considerăm cea mai adecvată conduită a Curții este atunci când Curtea refuză să ofere soluții acolo unde enunțurile problemei sunt vagi, dar nu ezită să decidă unitar pentru existența drepturilor dacă are motive raționale să o facă. Așa se explică de ce Curtea nu recunoaște un drept universal valabil la avort, ci obligă statele care acceptă acest drept să ia măsuri pentru a-l atinge. Este adevărat că textul convenției este unul viu și că el trebuie să se adapteze în permanență la realitate. Dar asta nu înseamnă că trebuie să-l raportăm la un viitor despre care nu putem decât să facem supoziții. În primul rând Convenția trebuie să se adapteze la ceea ce este în prezent. Iar realitățile din zilele noastre, dovedesc faptul că în prezent Curtea Europeană a Drepturilor Omului nu poate decât să se abțină de la a pronunța o soluție tranșantă în privința chestiunilor esențiale în materie de avort.

3.3.2. Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica eutanasiei

Trebuie specificat de la bun început că până la această dată nu există încă norme internaționale care să prevadă decizii obligatorii cu privire la tratamentul paliativ necesar persoanelor aflate în ultimul stadiu al unei boli incurabile. Există totuși decizii de tratament paliativ în cadrul legislației internaționale cu privire la drepturile omului, precum și al legislației europene a drepturilor omului. În ciuda faptului că nu au forță juridică, trebuie remarcat că printre sursele excelente de informații pe această temă se numără Convenția europeană a drepturilor omului din 1950 a Consiliului Europei și, în special, jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului. Aceste drepturi ale omului - dreptul la viață, dreptul de a nu fi supus unor tratamente crude sau inumane și dreptul la viață privată - sunt esențiale pentru a determina

necesitatea de a lua decizii privind îngrijirile paliative.[229]

Având în vedere toate crimele comise înainte și în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 a făcut referire la necesitatea de a proteja viața umană. Orice ființă umană "are dreptul la viață, la libertate și la siguranța persoanei", conform articolului 3 din această Declarație. Ulterior, în art. 6 alin. (1) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice din 1966, a fost adoptată o versiune obligatorie din punct de vedere juridic a acestei clauze. și anume: „Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viața sa în mod arbitrar". Observăm de aici că cel mai important drept al omului este dreptul la viață. Cu toate acestea nici din acest text nu se desprinde ideea cu privire la obligativitatea îngrijirii paliative a bolnavului incurabil.

De aici se desprind mai multe întrebări firești: Este normal ca bolnavul să renunțe la acest drept la viață? Ce este mai important: dreptul la viață sau dreptul la libertate al persoanei umane? Este obligatorie îngrijirea paliativă pentru un bolnav incurabil?

Răspunsuri clare la aceste întrebări nu vom găsi, deoarece părerile sunt împărțite mergând de la negarea absolută a dreptului la viață considerându-se ca fiind mult mai important dreptul la libertate al persoanei umane, până la acceptarea obligatorie a dreptului la viață, indiferent de ceea ce dorește bolnavul sau cei apropiați lui, pentru că nu există un drept la moarte.

Există, de asemenea, o cale de mijloc care susține legile eutanasiei numai în cazurile în care acestea includ garanții pentru o cerere afirmativă de deces și detalii despre modul în care pacientul poate răspunde prin renunțarea la dreptul său la viață.[230]

Convenția Europeană a Drepturilor Omului prevede dreptul la viață în art. 2, care spune că nu va fi intenționat să ia viața unei persoane decât în timpul executării pedepsei după ce aceasta a fost dovedită vinovată de o infracțiune pentru care o astfel de pedeapsă este prevăzută de legea penală. Cu toate acestea, acest articol nu oferă în niciun caz discreție cu privire la opțiunile de îngrijire paliativă, iar jurisprudența CtEDO diferă în ceea ce privește metoda și alegerile făcute în acest sens.

a. Cazul Glass v. Regatul Unit[231]

Descrierea situației: o mamă a depus o plângere împotriva Portsmouth Hospitals National

[229] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. End-of-life situations. ECHR-KS, Key Theme – Articles 2 and 8. Actualizat la 31 august 2025. Disponibil: https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/end-of-life-situations [accesat 26.08.2024].
[230] TĂVALĂ, Emanuel. Este o datorie să mori în Europa? Dacă nu acum, atunci când? Eutanasia și sinuciderea asistată medical din perspectivă juridică. În: Revista Română de Drept Privat, 2017, nr. 4, p. 222–233.
[231] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Glass v. the United Kingdom, nr. 61827/00, hotărârea din 9 martie 2004. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61663 [accesat 26.08.2024].

Health Service Trust și a medicilor săi în temeiul articolului 2 din Convenție. Ea a spus că au pus în pericol viața fiului ei bolnav, dându-le adulților o doză de diamorfină, un analgezic și a depus un ordin prin care refuză eliberarea medicală pentru tratamentul său, fără știrea ei sau consimțământul ei. Curtea nu a contestat faptul că, în anumite circumstanțe, statul pârât la CEDO poate participa la acțiuni și poate angaja cadre medicale (para. 71). Cu toate acestea, dacă un organism guvernamental a luat măsuri suficiente pentru a asigura standarde profesionale înalte pentru profesioniștii medicali și pentru a proteja viața pacienților, problemele sale de judecată profesională în tratarea unui pacient (chiar dacă acest lucru a fost stabilit) nu sunt suficiente pentru el însuși pentru a păstra regatul. ei sunt responsabili pentru datoria de a proteja viața, o obligație stabilită în articolul 2 din Convenție. În cele din urmă, Curtea a constatat că acest recurs este nefondat și, prin urmare, inadmisibil.

Hotărârea evidențiază faptul că protecția vieții, deși reprezintă un interes fundamental, nu poate justifica ignorarea completă a autonomiei decizionale, în special atunci când există mecanisme legale care permit clarificarea situației prin intervenția unei autorități competente. Astfel, Curtea a subliniat că, în cazurile în care există un conflict între opinia medicilor și voința reprezentantului legal, este necesară recurgerea la proceduri adecvate, care să asigure un echilibru între interesele în joc.

Din această perspectivă, cauza consacră un principiu esențial în materia consimțământului informat, și anume că intervenția medicală nu poate fi considerată legitimă în absența unui consimțământ valid sau a unei justificări legale clare și proporționale. Consimțământul nu este tratat ca o simplă formalitate, ci ca o garanție fundamentală împotriva ingerințelor arbitrare în integritatea corporală a persoanei.

Relevanța hotărârii pentru analiza deciziilor de sfârșit de viață și a tratamentelor paliative este deosebită, întrucât aceasta subliniază importanța respectării voinței pacientului sau a reprezentantului său chiar și în situații medicale critice. În același timp, Curtea recunoaște existența unor situații excepționale în care intervenția fără consimțământ poate fi justificată, însă doar în condițiile respectării unor garanții procedurale stricte.

Prin urmare, cauza Glass c. Regatului Unit confirmă faptul că protecția dreptului la viață și a sănătății nu poate fi disociată de respectarea autonomiei individuale. În acest cadru, consimțământul informat apare ca un element central al legalității actului medical, funcționând atât ca expresie a voinței persoanei, cât și ca mecanism de limitare a puterii discreționare a autorităților și a profesioniștilor din domeniul medical.

b. Cazul Pretty c. Regatului Unit[232]

Descrierea situației: acesta a fost primul caz în care CEDO a examinat relația dintre dreptul la viață și dreptul la libertate al individului și articolul 2 din tratat prevăzut în mod explicit. Pe lângă faptul că suferea de o distrofie musculară incurabilă numită scleroză laterală amiotrofică, reclamanta, Diane Pretty, a suferit și de Boală Neurodegenerativă Multiplă (MND). Solicitantul a dorit să poată alege cum și când să moară, deoarece stadiul terminal al bolii este incomodă și inumană. Din cauza bolii sale, reclamanta nu a putut să se sinucidă și a cerut ajutorul soțului ei. Dar, în timp ce asistența la sinucidere era ilegală conform legii engleze, sinuciderea în sine nu era ilegală. Ea s-a plâns că soțului ei nu i s-a acordat imunitate de urmărire penală dacă el a ajutat-o să moară, deoarece autoritățile i-au respins cererea. Dna Pretty a susținut că articolul 2 garantează dreptul la viață și libertatea de a decide dacă să continue să trăiască sau „Nu". El a fost foarte ferm că descrierea include și dreptul de a muri.**Eroare! Fără sursă de referință.**

Curtea a statuat că articolul 2 din Convenție – care garantează dreptul la viață – nu a fost încălcat și a concluzionat că dreptul la viață nu poate fi interpretat în mod rațional ca fiind diametral opus dreptului la moarte. Curtea a reținut că nu a existat o încălcare a articolului 3 din Convenție, care interzice tratamentele inumane sau degradante „pentru". Cu toate acestea, datoria pozitivă invocată a statului ar impune statului să aprobe actele menite să pună capăt vieții, care nu pot fi derivate din articolul 3. Deși înțeleg teama reclamantului că opțiunea de a-i proteja pe cei vii, ar fi trebuit să se confrunte cu perspectiva a unei morți tragice, această datorie nu poate fi dedusă din obligația pozitivă a statului invocată în cerere. În consecință, Curtea a concluzionat că articolele 8 (dreptul la respectarea vieții private), 9 (libertatea de conștiință) și 14 (interzicerea discriminării) din Convenție nu au fost încălcate.

Din această perspectivă, hotărârea evidențiază un echilibru delicat între autonomie și protecția vieții, Curtea refuzând să absolutizeze niciuna dintre aceste valori. Marja de apreciere a statului joacă un rol determinant, permițând adoptarea unor soluții restrictive în lipsa unui consens european privind recunoașterea unui drept la moarte.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat este deosebit de importantă, întrucât aceasta delimitează limitele juridice ale voinței individuale. Deși consimțământul reprezintă expresia autonomiei persoanei, hotărârea demonstrează că acesta nu poate legitima orice tip de intervenție, în special atunci când este vorba despre acte care vizează încetarea vieții. Astfel, consimțământul informat nu are o valoare absolută, fiind supus unor limite impuse de ordinea publică și de necesitatea protejării valorilor fundamentale.

[232] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Pretty v. the United Kingdom, nr. 2346/02, hotărârea din 29 aprilie 2002. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448 [accesat 08.10.2024].

În același timp, Curtea subliniază importanța existenței unor garanții procedurale adecvate în situațiile care implică decizii medicale sensibile, chiar dacă nu recunoaște un drept la asistarea morții. Astfel, deși nu există o obligație a statului de a permite astfel de practici, acesta trebuie să asigure un cadru juridic coerent și previzibil, care să reglementeze intervențiile medicale și să protejeze persoanele implicate.

Prin urmare, cauza Pretty c. Regatului Unit confirmă faptul că autonomia individuală, deși recunoscută ca element esențial al vieții private, nu poate fi exercitată în mod nelimitat în materia deciziilor de sfârșit de viață. În acest context, consimțământul informat apare ca un instrument juridic esențial, dar limitat, care trebuie interpretat în corelație cu principiile de ordine publică și cu obligațiile statului de a proteja viața și demnitatea umană.

c. Cazul Gross v. Elveția[233]

Descrierea situației: în urma lui Pretty, Curtea a făcut ecou acest punct de vedere într-o serie de alte decizii, cum ar fi Gross v. Elveția (2014) – numărul cererii 67810/10. În acest caz, reclamanta era o femeie în vârstă care dorea să moară, dar nu avea nicio afecțiune medicală. El s-a plâns că autoritățile elvețiene nu i-au permis să primească o injecție letală pentru a se sinucide. Reclamanta a susținut că autoritățile elvețiene au încălcat articolul 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private și de familie), refuzându-i posibilitatea de a alege cum și când să-și pună capăt vieții.

Într-o decizie majoritară în Hotărârea Camerei din 14 mai 2013, Curtea a reținut că articolul 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private), în special, legea care reglementează sinuciderea în Elveția a fost considerată în mod clar inadecvată.. Guvernul elvețian a cerut apoi ca chestiunea să fie transmisă General Ver – Adunarea Generală, pentru a se face referire. Ulterior, în 2014, guvernul elvețian a informat Curtea că reclamantul a murit în noiembrie 2011. Prin hotărârea din 30 septembrie 2014, Adunarea Generală a hotărât cu majoritate ca cererea era inadmisibilă. A concluzionat că reclamantul a încercat să inducă în eroare Curtea cu privire la o chestiune referitoare la fondul plângerii sale. Pentru a preveni intervenția Curții Europene de Justiție în decizia cauzei sale, el a depus eforturi pentru a bloca dezvăluirea de informații despre moartea sa către avocatul său, iar aceste informații nu au ajuns la cunoștința Curții.

În concluzie, Tribunalul a constatat că acțiunile reclamantului încalcă articolul 35 §§ 3 (a) și 4 din Convenție, prin încălcarea pe nedrept a dreptului de a introduce o cerere privată. Prin urmare, constatările deciziei Camerei din 14 mai 2013, care nu a fost finalizată, nu mai sunt

[233] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Gross v. Switzerland [GC], nr. 67810/10, decizia din 30 septembrie 2014. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146230 [accesat 08.10.2024].

valabile.

Potrivit art. 8 paragraf. (1) din Convenție „orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului și a corespondenței sale". Dreptul la respectarea vieții private este deosebit de important în ceea ce privește deciziile de îngrijire paliativă. Dreptul la intimitate în art. 8 din Convenție se referă la sinuciderea asistată și definirea cerințelor legale pentru obținerea de medicamente pentru a pune capăt vieții cuiva (crimă).

Un element central al hotărârii îl constituie constatarea că legislația elvețiană, deși permitea în anumite condiții asistarea sinuciderii, nu oferea suficiente clarificări cu privire la criteriile și procedurile aplicabile în cazul persoanelor care nu suferă de afecțiuni grave. Această lipsă de claritate a fost considerată de natură să creeze incertitudine juridică și să afecteze exercitarea efectivă a autonomiei individuale, Curtea apreciind că statul nu și-a îndeplinit obligația pozitivă de a asigura un cadru normativ adecvat.

Din această perspectivă, hotărârea subliniază că autonomia personală nu poate fi exercitată în mod real în absența unor reguli clare și accesibile, care să permită individului să înțeleagă condițiile în care își poate manifesta voința. Astfel, problema nu este aceea a recunoașterii unui drept absolut la moarte, ci a garantării unui proces decizional coerent și previzibil.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat este deosebit de importantă, întrucât aceasta evidențiază că validitatea consimțământului depinde nu doar de voința persoanei, ci și de cadrul juridic în care aceasta se manifestă. În lipsa unor criterii clare, consimțământul riscă să fie afectat de incertitudine și arbitrar, ceea ce îi diminuează valoarea juridică și eficiența.

Totodată, cauza evidențiază limitele marjei de apreciere a statului, Curtea arătând că, deși statele dispun de o libertate considerabilă în reglementarea acestei materii sensibile, această libertate nu poate justifica absența unor norme clare și a unor garanții procedurale adecvate. Astfel, obligația statului nu este de a permite sau de a interzice în mod absolut anumite practici, ci de a asigura un cadru normativ care să prevină abuzurile și să protejeze autonomia individuală.

Prin urmare, cauza Gross c. Elveției confirmă faptul că, în materia deciziilor de sfârșit de viață, protecția dreptului la viață privată se realizează prin garantarea unui cadru juridic clar și previzibil, care să permită exercitarea unei voințe reale și informate. În acest context, consimțământul informat apare ca un element central, dar dependent de existența unor garanții normative și procedurale care să îi confere eficiență și legitimitate.

d. Cazul Koch v. Germania[234]

Descrierea situației: Un caz de sinucidere asistată care a ajuns la CEDO a fost Koch v.

[234] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Koch v. Germany, nr. 497/09, hotărârea din 19 iulie 2012. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282 [accesat 26.08.2024].

Germania (2012) – cerere nr.497/2009, comparare – similar cu cazul Pretty. Soția reclamantei a încercat să obțină o doză letală care i-ar fi permis să se sinucidă acasă, în Germania, în 2004, dar a fost refuzată de Institutul Federal pentru Medicamente și Produse Medicale. Apelul administrativ al reclamantului și al soției sale a fost respins.

Cuplul a călătorit în Elveția în februarie 2005, unde femeia a solicitat asistență instituțională pentru sinucidere. În aprilie 2005, reclamantul a încercat, fără succes, să obțină, prin acțiune, o declarație de neconstituționalitate din partea Institutului Federal. Curtea a constatat că reclamantul ar putea susține că refuzul cererii sale de a primi o doză letală a avut un impact direct asupra sa, din cauza relației lor deosebit de apropiate și a implicării sale directe în îndeplinirea dorinței femeii sale - și în cele din urmăa renunțat.

Ea a concluzionat că refuzul instanței germane de a examina fondul recursului a reprezentat o încălcare a drepturilor procedurale ale reclamantului" în temeiul articolului 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private și de familie). În plus, în ceea ce privește fondul recursului formulat de reclamantă, Curtea a considerat că era datoria principală a instanțelor germane să examineze fondul recursului, în special în lipsa „un acord între statele membre ale Consiliului". al Europei privind legalitatea sinuciderii sub orice formă (p. 70).

Hotărârea evidențiază faptul că autonomia individuală nu poate fi redusă la o simplă recunoaștere formală, ci presupune existența unor proceduri reale care să permită evaluarea circumstanțelor concrete ale fiecărui caz. În absența unei asemenea evaluări, dreptul la viață privată devine iluzoriu, iar capacitatea individului de a-și exprima voința este grav afectată.

Din perspectiva consimțământului informat, cauza este relevantă întrucât subliniază că validitatea voinței individuale depinde nu doar de exprimarea acesteia, ci și de posibilitatea de a fi recunoscută și analizată în cadrul unui proces juridic adecvat. Consimțământul nu poate produce efecte juridice în mod real dacă nu există mecanisme prin care acesta să fie evaluat și luat în considerare de autoritățile competente.

În același timp, hotărârea confirmă faptul că marja de apreciere a statului în materia deciziilor de sfârșit de viață este însoțită de obligații procedurale stricte. Chiar dacă statele pot adopta soluții restrictive în privința asistării sinuciderii, acestea trebuie să asigure un cadru juridic care să permită examinarea efectivă a cererilor individuale, în vederea prevenirii arbitrariului.

Prin urmare, cauza Koch c. Germaniei evidențiază faptul că protecția autonomiei individuale în materia sfârșitului de viață nu se realizează prin consacrarea unui drept absolut la moarte, ci prin garantarea unui proces decizional efectiv și a accesului la mecanisme juridice adecvate. În acest context, consimțământul informat apare ca un element central, dar dependent

de existența unor garanții procedurale care să îi permită valorificarea reală în cadrul ordinii juridice.

e. Cazul Haas v. Elveția[235]

Descrierea situației: Cazul Haas v. Elveția (2011) – cerere nr. 31322/07, Haas, arată că în acest context, se pune întrebarea dacă statul, într-o manieră de respect față de lege și conform echității de a respecta viața privată, permite unui pacient care a intenționat să se sinucidă să administreze o injecție letală (pentobarbital de sodiu) fără prescripție medicală. pentru a pune capăt vieții fără durere sau posibilitatea eșecului.

Reclamantul, care suferea de o boală mintală gravă de aproximativ 20 de ani și credea că nu mai poate trăi într-o manieră politicoasă, a susținut că Elveția și-a încălcat dreptul la sinucidere asistată din cauza cerințelor care trebuiau îndeplinite – „și nu s-au întâlnit – pentru a primi tratamentul prescris".

Prin urmare, Curtea a reținut că statul nu este obligat să faciliteze accesul nelimitat la mijloacele necesare sinuciderii, ci are dreptul și obligația de a reglementa această materie într-un mod care să protejeze atât autonomia individuală, cât și interesul general. Marja de apreciere a statului se manifestă, astfel, nu prin absența reglementării, ci prin instituirea unor condiții care să asigure echilibrul între libertate și protecție.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat este deosebit de importantă, întrucât aceasta evidențiază faptul că validitatea consimțământului depinde de existența unor mecanisme de verificare a capacității și a caracterului liber al voinței. Consimțământul nu poate fi considerat suficient doar prin simpla sa exprimare, ci trebuie să fie rezultatul unui proces de evaluare care să confirme caracterul său autentic și informat.

În acest sens, hotărârea confirmă că, în materia deciziilor de sfârșit de viață, consimțământul informat capătă o funcție de protecție sporită, fiind necesar să fie supus unor garanții suplimentare față de situațiile obișnuite. Statul este îndreptățit să impună condiții precum evaluarea medicală sau psihiatrică, tocmai pentru a preveni riscul unor decizii ireversibile adoptate în lipsa unui discernământ adecvat.

Prin urmare, cauza Haas c. Elveției evidențiază faptul că autonomia individuală, deși recunoscută în sfera vieții private, nu poate fi exercitată în mod nelimitat în contextul sfârșitului de viață. În acest cadru, consimțământul informat nu este doar o expresie a voinței, ci și un mecanism supus unor condiții stricte, menite să asigure autenticitatea și legalitatea deciziei, contribuind astfel la realizarea unui echilibru între libertatea individuală și protecția valorilor

[235] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Haas v. Switzerland, nr. 31322/07, hotărârea din 20 ianuarie 2011. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940 [accesat 26.08.2024].

fundamentale.

f. Cazul Lambert și alții c. Franței[236]

Descrierea situației: Reclamanții din cauză sunt părinții, fratele și sora lui Vincent Lambert. Vincent Lambert a devenit al patrulea pacient în 2008, după ce a suferit răni grave la cap într-un accident de mașină. Aceștia au contestat în mod special decizia Consiliului Federal Francez din 24 iunie 2014, prin care se legaliza ordinul prin care se ordona medicului responsabil de Vincent Lambert să înceteze să-i mai administreze hrană și apă artificială la 11 ianuarie 2014, pe baza unui raport parțial medical întocmit de un comitet format din trei medici.

În mod concret, recurenții au susținut că reținerea hidratării și a alimentației artificiale ar încălca obligațiile statului în temeiul articolului 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (Dreptul la viață). Curtea a statuat că aplicarea deciziei Consiliului de Stat din 24 iunie 2014 nu ar constitui o încălcare a articolului 2 (dreptul la viață) din Convenția Europeană a Drepturilor Omului. În special, Curtea a remarcat că nu a existat un consens între statele membre ale Consiliului Europei în favoarea suspendării măsurilor de susținere a vieții. Guvernelor ar trebui să li se acorde un anumit grad de apreciere în acest domeniu, care se ocupă de sfârșitul vieții. Instanța a stabilit prevederile Legii „Leoneți" nr. 2005-370 din 22 aprilie 2005 privind drepturile pacienților și sfârșitul vieții, așa cum sunt utilizate de Consiliul de Stat, și urmăresc crearea unui cadru legislativ clar, suficient pentru a răsturna deciziile luate de medici în situații precum cea din cauză. Curtea era foarte conștientă de importanța problemelor ridicate de acest caz, inclusiv de aspectele care erau foarte dificile din punct de vedere moral, juridic și medical. În ceea ce privește faptele cauzei, Curtea a reiterat că era datoria principală a autorităților naționale să asigure dorințele pacientului în conformitate cu legislația națională și să stabilească dacă decizia de a întrerupe tratamentul este în conformitate cu legislația națională și cu Convenţie. Evaluarea respectării de către un stat a obligațiilor sale afirmative în temeiul articolului 2 din Convenție este rolul Curții.

Relevanța cauzei pentru analiza consimțământului informat este deosebit de semnificativă, întrucât aceasta evidențiază limitele și adaptările acestui concept în situațiile în care persoana nu mai este capabilă să își exprime voința. În astfel de cazuri, consimțământul informat este înlocuit de mecanisme juridice care urmăresc reconstituirea voinței prezumate, prin intermediul declarațiilor anterioare, al opiniilor familiei și al evaluării medicale.

Hotărârea confirmă faptul că, în materia deciziilor de sfârșit de viață, legalitatea

[236] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Lambert and Others v. France [GC], nr. 46043/14, hotărârea din 5 iunie 2015. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352 [accesat 26.08.2024].

intervențiilor nu depinde exclusiv de existența unui consimțământ explicit, ci de respectarea unui proces decizional riguros, care să asigure protecția intereselor persoanei. Astfel, consimțământul informat este reinterpretat într-o formă indirectă, adaptată circumstanțelor, dar menținându-și rolul central în evaluarea legitimității intervenției.

Prin urmare, cauza Lambert și alții c. Franței evidențiază faptul că protecția dreptului la viață și respectarea autonomiei individuale nu sunt concepte antagonice, ci complementare, fiind realizate prin intermediul unor proceduri care permit identificarea și respectarea voinței persoanei, chiar și în absența unei exprimări directe. În acest cadru, consimțământul informat își păstrează relevanța, transformându-se într-un criteriu esențial de evaluare a legalității deciziilor medicale în situații-limită.

Cazul Lambert v. Statul francez este, desigur, tragic, dar nu unic. În multe țări, pacienții și membrii familiei lor se confruntă cu dificultăți legate de decizia de a-și pune capăt vieții. Cazul lui Lambert este similar cu cel al lui Terri Schiavo din SUA, care s-a aflat în stare vegetativă timp de 12 ani și a vrut ca soțul ei să nu mai mănânce și să bea apă, dar părinții lui au luat poziția opusă. Un tribunal federal a inversat totul și tubul de alimentare a fost îndepărtat. Fiecare dintre cazuri se învârte în jurul ideilor de demnitate umană și inevitabilitatea vieții.

Susținătorii întreruperii medicamentelor subliniază că orice implementare continuă a acesteia nu face altceva decât să perpetueze viața biologică, iar cei care se opun oricărei forme sau act de privare apreciază că viața și demnitatea sunt sacre pentru ființe umane și acest lucru nu depinde de exercitarea capacității de a face alegeri de acest fel. Cei din a doua tabără au subliniat că majoritatea judecătorilor au subestimat valoarea vieții umane[237].

g. Cazul Mortier c. Belgiei[238]

Descrierea situației: Cauza Mortier c. Belgiei (hotărârea din 4 octombrie 2022) a adus în fața Curții o problematică extrem de complexă: eutanasierea unei persoane fundamentată exclusiv pe suferințe de ordin psihic. Mama reclamantului a fost eutanasiată în urma unei depresii severe, rezistente la tratament, neavând o afecțiune somatică terminală. Reclamantul a invocat încălcarea articolului 2 din Convenție, susținând că statul belgian a eșuat în obligația sa pozitivă de a proteja viața, permițând suprimarea acesteia în condițiile unui discernământ potențial afectat de boala psihiatrică. Curtea Europeană a analizat cadrul legal belgian și a concluzionat că acesta, în sine, nu încalcă dreptul la viață, deoarece cuprinde cerințe de fond stricte referitoare la consimțământ și independența actului medical. Cu toate acestea, CEDO a

[237] TĂVALĂ, Emanuel. Este o datorie să mori în Europa? Dacă nu acum, atunci când? Eutanasia și sinuciderea asistată medical din perspectivă juridică. În: Revista Română de Drept Privat, 2017, nr. 4, p. 222–233.
[238] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Mortier v. Belgium, nr. 78017/17, hotărârea din 4 octombrie 2022. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-219988 [accesat 08.10.2024].

condamnat statul belgian pe latura procedurală a articolului 2, constatând că mecanismul de control a posteriori (comisia federală de evaluare) a fost lipsit de independența necesară, un medic implicat în procedură făcând parte din comisia care a validat ulterior legalitatea actului.

Relevanța juridico-civilă: Din perspectiva dreptului privat, speța Mortier este esențială pentru definirea limitelor consimțământului informat în situații de vulnerabilitate extremă. În arhitectura juridică, autonomia personală reprezintă fundamentul consimțământului. Totuși, cauza demonstrează că manifestarea de voință a unui pacient psihiatric care solicită eutanasierea nu poate fi prezumată a fi liberă și conștientă în absența unor filtre instituționale și procedurale riguroase.

Transpunând acest raționament în dreptul civil moldovenesc, observăm că exercitarea autonomiei prin acte juridice cu impact ireversibil asupra integrității fizice impune standarde ridicate pentru verificarea discernământului. Statul nu se poate limita la a lua act de voința individului, ci are obligația de a interveni pentru a garanta că procesul de autodeterminare este cu adevărat liber și nealterat de vulnerabilitatea inerentă bolii. Curtea confirmă astfel că un consimțământ, oricât de clar exprimat, își pierde valoarea de „pivot juridic" care legitimează intervenția medicală dacă nu este dublat de un sistem de control statal independent, menit să prevină abuzurile. Lipsa acestor garanții transformă respectarea autonomiei într-o încălcare a obligației statului de a proteja viața.

h. Cazul Karsai c. Ungariei[239]

Descrierea situației: Cauza Karsai c. Ungariei (hotărârea din iunie 2024) reprezintă un reper jurisprudențial recent care a reafirmat marja largă de apreciere a statelor în interzicerea asistenței la suicid. Reclamantul, un jurist diagnosticat cu scleroză laterală amiotrofică (SLA) – o afecțiune neurodegenerativă incurabilă – a contestat legislația penală maghiară care interzice în mod absolut sinuciderea asistată, inclusiv facilitarea acesteia în străinătate. Invocând articolul 8 din Convenție, reclamantul a susținut că această interdicție absolută îi anulează dreptul la autodeterminare și îl condamnă la un sfârșit de viață nedemn. De asemenea, a invocat o discriminare (art. 14) în raport cu pacienții dependenți de tratamente de susținere a vieții, care au dreptul legal de a refuza aceste tratamente și, implicit, de a-și grăbi decesul. Curtea a respins cererea, statuând că interdicția absolută a sinuciderii asistate este o ingerință justificată și proporțională. CEDO a subliniat că statele au o marjă de apreciere substanțială și sunt legitimate să impună norme restrictive pentru a proteja persoanele vulnerabile, chiar dacă aceste norme anulează libertatea de decizie a persoanelor deplin capabile.

[239] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Dániel Karsai v. Hungary, nr. 32312/23, hotărârea din 13 iunie 2024. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-234151 [accesat 08.10.2024].

Relevanța juridico-civilă: Cazul Karsai aduce o confirmare directă a tezei conform căreia ordinea publică și bunele moravuri constituie frontiere absolute ale autonomiei de voință. Principiul libertății individuale încetează să mai fie instrumentul de modelare a intereselor personale atunci când intră în coliziune frontală cu interesele generale ale societății privind sfințenia vieții și prevenirea abuzurilor.

În lumina dreptului civil modern, această hotărâre argumentează solid validitatea normelor imperative moldovenești care sancționează cu nulitatea absolută orice act juridic prin care se consimte la suprimarea vieții. Decizia respinge ideea că dreptul la viață privată ar impune statului recunoașterea unui "drept la moarte", confirmând că protecția vieții nu devine o ingerință abuzivă chiar și atunci când este contrară dorinței subiective a titularului capabil de a decide. Mai mult, Curtea distinge clar între refuzul tratamentului medical – văzut ca un exercițiu licit al limitării intruziunii asupra corpului – și actul pozitiv de asistență la suicid, pe care statul are dreptul să îl interzică pentru a menține un standard etic și juridic în societate. Autonomia individuală este astfel subsumată necesității de a garanta securitatea generală, consimțământul informat neputând legitima acte care depășesc limitele fixate de ordinea publică.

Printre deciziile CEDO privind inacceptabilitatea eutanasiei și a sinuciderii asistate, mai menționăm:

1. Cazurile Jack Nicklinson v. Regatului Unit și Paul Lamb v. Regatului Unit[240] – cererile nr. 2478/15 și 1787/15.

Ambele cazuri se concentrează pe interzicerea legală a sinuciderii și a eutanasiei voluntare în Marea Britanie. Eutanasia voluntară este considerată o crimă în conformitate cu legislația britanică, iar secțiunea 2(1) din Legea privind sinuciderea din 1961 interzice sinuciderea asistată.

Văduva domnului Tony Nicklinson a fost reclamantul în primul caz. Domnul Nicklinson a suferit de sindromul de blocare (pseudo-comă) în urma unui accident vascular cerebral în 2005, care l-a lăsat fără cuvinte și paralizat mintal de la gât în jos. Dl. Lamb, reclamantul în al doilea dosar, a fost paralizat în urma unui accident de mașină. Are nevoie de supraveghere constantă și abia poate mișca un braț. Dl. Nicklinson a intentat un proces prin care a solicitat o hotărâre judecătorească pentru a stabili dacă acordarea de asistență medicală pentru a-și pune capăt vieții nu ar fi o infracțiune, deoarece ar intra sub incidența excepției de drept comun sau a legilor care au de-a face cu crima și uciderea din culpă, deoarece își încalcă drepturile prevăzute la articolele 2 și 8 din Convenție. Cererea i-a fost respinsă. După ce domnul Nicklinson a murit de

[240] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Nicklinson and Lamb v. the United Kingdom, nr. 2478/15 și 1787/15, decizia din 23 iunie 2015. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-156476 [accesat 08.10.2024].

pneumonie, văduva lui a continuat afacerea pentru ea însăși, ca soție.

Recurenții au făcut recurs la Înalta Curte în iulie 2013, după ce recursul lor la Curtea de Apel a fost respins. Acest recurs s-a limitat la întrebarea dacă interzicerea sinuciderii asistate este compatibilă cu articolul 8 din Convenție. Curtea Supremă a respins recursul în iunie 2014, concluzionand că Congresul ar trebui să decidă într-o chestiune atât de delicată. Legea britanică privind sinuciderea a intrat în conflict cu dreptul ei și al soțului ei la respectarea vieții lor personale și de familie, care este protejat de articolul 8 al Convenției, potrivit doamnei Nicklinson, care a spus că ordinele instanțelor locale nu sunt admisibile în acest caz. Curtea a reținut că articolul 8 nu impunea instanțelor naționale nicio cerință de procedură pentru a aprecia temeinicia unei cereri de contestare a unei hotărâri judecătorești și a considerat că o parte a cererii era în mod vădit nefondată și inadmisibilă. Acesta a considerat că majoritatea Curții Supreme a examinat temeinicia cererii doamnei Nicklinson.

Absența unei proceduri legale de aprobare a eutanasiei voluntare a fost plângerea formulată de al doilea reclamant, domnul Lamb, în temeiul articolelor 6, 8, 13 și 14 din Convenție. Apelul reclamantului la Curtea Supremă a fost susținut doar de argumentul împotriva sinuciderii asistate; nu a susținut argumentul împotriva omuciderii voluntare, astfel încât Curtea i-a respins cererea deoarece nu fuseseră epuizate toate căile de atac interne.

2. Cazul lui Gard et al. v. Regatul Unit - 27 iunie 2017[241]

Charlie Gard, un copil mic care suferă de o boală genetică rară și fatală, a fost subiectul acestui caz. Spitalul de tratament a solicitat instanței naționale o acțiune în încetare în februarie 2017 cu privire la dreptul legal de a refuza constrângerea artificială și de a oferi îngrijiri paliative lui Charlie. În plus, părinții lui Charlie au cerut instanței să stabilească dacă ar fi în interesul lui Charlie să-și păstreze dispozitivul de ventilație artificială neîntrerupt, astfel încât să poată primi tratament medical experimental în Statele Unite. Instanțele naționale au concluzionat că Charlie ar putea suporta o suferință mai mare dacă suferința actuală care era prelungită fără nicio perspectivă reală de ameliorare și că nu ar exista niciun beneficiu real din tratamentul experimental. Deci, decizia spitalului de a retrage tratamentul salvator ar fi legală, potrivit instanțelor locale.

Părinții lui Charlie au susținut în procedurile în fața Curții Europene de Justiție că spitalul i-a refuzat lui Charlie accesul la tratament de susținere a vieții (în SUA), încălcând drepturile articolului 2 (articolul 2 viața) din Convenție și, prin urmare, libertatea i-a fost luată cu forța, cu încălcarea articolului 5 (dreptul la libertate și siguranță). Ei au susținut, de asemenea, că deciziile

[241] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Gard and Others v. the United Kingdom, nr. 39793/17, decizia din 27 iunie 2017. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-175359 [accesat 26.08.2024].

instanțelor locale au reprezentat o ingerință incorectă și disproporționată în drepturile lor părintești, în detrimentul articolului 6 (dreptul la un proces echitabil) și al articolului 8 (dreptul la respectarea vieții private și de familie).

Instanța a declarat cererea inadmisibilă, după ce majoritatea judecătorilor au susținut în principal practica instanțelor naționale. Curtea a reținut în mod special marja largă de manevră acordată autorităților în cazurile de „disponibilitate a tratamentelor experimentale pentru pacienții în faza terminală și în cazurile de tulburări morale și etice mai ieftine, subliniind totodată că nu este de competența Curții să acționeze în numele autorităților naționale relevante. Din această perspectivă, Curtea a apreciat existența unui sistem juridic național care a fost în concordanță cu Convenția și a reglementat atât accesul pacienților la tratamente experimentale, cât și întreruperea tratamentelor de susținere a vieții. Mai mult, hotărârile instanței locale au fost discreționare, absolute și în cadrul celor trei trepte de competență. Acestea au fost susținute de considerații suficiente și clare, atât pertinente, cât și suficiente; instanțele locale s-au consultat direct cu toți cei implicați (în special, au audiat pe toți profesioniștii medicali implicați în tratament, precum și pe experți chemați de reclamanți, părinții lui Charlie și un expert independent desemnat ca tutore al copilului, care au obținut rapoarte de expertiză de la foarte respectate la nivel internațional; respectiv experți medicali în domeniu și au vizitat spitalul pe care era înclinat să îl ducă în fața instanțelor din Marea Britanie în cazul în care exista vreo îndoială și, de altfel, instanțele naționale au stabilit că este probabil ca Charlie să experimenteze dureri și suferințe continue, care nu trebuie să continue prin tratamentul experimental şansa de succes urmând a fi zadarnică şi va continua să-l afecteze.

3. Cauza Affilia v. Bidall v. R.C. Franța – 23 ianuarie 2018[242]

Cazul a implicat decizia de a refuza suportul vital pentru un tânăr de 14 ani care se afla în stare vegetativă ca urmare a insuficienței cardiace acute. Reclamanții, respectiv părinții săi, au contestat în mod expres decizia medicului de a întrerupe tratamentul copilului lor, în ciuda opoziției acestora. În calitatea lor de părinți și persoane cu autoritate părintească, reclamanții au susținut că ar trebui să aibă dreptul de a decide împreună în mod colectiv.

Instanța a declarat cererea inadmisibilă pentru că era vădit lipsită de fond. În special, a concluzionat că sistemul juridic actual îndeplinește cerințele articolului 2 din Convenție (care garantează dreptul la viață), în ciuda dezacordului reclamanților cu privire la finalitatea procesului decizional al medicilor. De asemenea, Curtea a reținut că dreptul francez prevede o soluție care îndeplinește cerințele articolului 2.

[242] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Afiri and Biddarri v. France (dec.), nr. 1828/18, decizia din 23 ianuarie 2018. HUDOC. Disponibil: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-180588 [accesat 08.10.2024].

Întrucât am indicat trei poziții care sunt de acord cu privire la dreptul la viață, dacă există dreptul de a muri sau nu, dacă sfințenia vieții nu poate fi încălcată, pacientul ar trebui să fie informat cu respect și în modul corespunzător stării sale, cu privire la obiecția tutorelui său conștiincios, precum și unele proceduri pentru încheierea vieții.

Există în mod clar flexibilitate și schimbare în poziția CEDO cu privire la această problemă, iar legile naționale privind anularea diferă foarte mult de la viață, la sinucidere și sinucidere asistată. Cu toate acestea, ar trebui să ne întrebăm cu atenție dacă ar fi mai bine să avem legi care să reglementeze acest domeniu. Un lucru este cert: atunci când legile interzic acest drept extrem de a dori de a muri, ele nu fac altceva decât să arate respectul și valoarea vieții umane, motiv pentru care majoritatea legilor interzic localizarea eutanasiei și asistarea la sinucidere.

3.4. Concluzii la capitolul al III-lea

Un prim rezultat esențial al analizei jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului constă în constatarea inexistenței unor drepturi absolute în materia avortului și a deciziilor de sfârșit de viață. Curtea nu consacră un drept autonom la avort și nici un drept la moarte, interpretând articolul 2 din Convenție exclusiv în sensul protecției vieții. Cu toate acestea, deciziile privind corpul și existența individului sunt integrate în sfera vieții private, protejată de articolul 8, ceea ce determină o mutare a analizei din planul drepturilor substanțiale în cel al garanțiilor procedurale.

Un al doilea rezultat relevant privește consacrarea autonomiei individuale ca element central al vieții private. Curtea a dezvoltat în mod constant ideea potrivit căreia persoana are dreptul de a decide asupra propriei integrități corporale, inclusiv în situații medicale sensibile. În acest context, consimțământul informat apare ca expresia juridică a acestei autonomii, reprezentând mecanismul prin care voința individului dobândește relevanță juridică în raporturile medicale și civile.

În același timp, analiza evidențiază că protecția conferită de Convenție se realizează în principal prin instituirea unor obligații pozitive în sarcina statului. Astfel, odată ce statul permite anumite intervenții medicale, cum este cazul avortului în condiții limitate, acesta este obligat să asigure existența unor proceduri clare, accesibile și eficiente, precum și accesul real la informații medicale relevante. Lipsa acestor garanții afectează în mod direct capacitatea individului de a lua o decizie autonomă, transformând consimțământul într-un act formal lipsit de conținut juridic.

Un alt element fundamental desprins din jurisprudența analizată îl constituie conturarea implicită a standardelor consimțământului informat. Deși Curtea nu definește în mod expres

acest concept, aceasta subliniază necesitatea existenței unor condiții precum accesul la informație, libertatea reală de alegere și verificarea capacității persoanei de a decide. Aceste exigențe coincid, în esență, cu condițiile de valabilitate ale consimțământului în dreptul civil, confirmând interdependența dintre standardele europene și reglementările interne.

Totodată, trebuie subliniat că autonomia individuală nu este recunoscută în mod absolut, fiind limitată de considerente de ordine publică și de obligația statului de a proteja persoanele vulnerabile. În materie de sfârșit de viață, Curtea a refuzat să accepte că simpla exprimare a voinței poate justifica orice intervenție, subliniind necesitatea unor mecanisme de verificare și a unor garanții suplimentare. În acest sens, consimțământul informat nu constituie un temei suficient în sine, ci trebuie analizat în corelație cu cadrul normativ și cu interesele generale ale societății.

În fine, jurisprudența Curții confirmă existența unei marje largi de apreciere acordate statelor în reglementarea acestor domenii sensibile. Această marjă este justificată de lipsa unui consens european și de diversitatea valorilor morale și culturale. Cu toate acestea, libertatea de reglementare nu este nelimitată, statele fiind obligate să respecte standarde minime procedurale, menite să garanteze exercitarea efectivă a autonomiei individuale.

Prin urmare, rezultatul central al cercetării constă în identificarea unui model juridic specific, în care consimțământul informat funcționează ca instrument de echilibrare între libertatea individuală și obligațiile statului. Acesta nu reprezintă doar o condiție de validitate a actului medical, ci un mecanism esențial de protecție a persoanei, integrat într-un sistem juridic care urmărește realizarea unui echilibru între autonomie, demnitate și protecția vieții.

4. ANALIZA COMPARATIVĂ ȘI PERSPECTIVE DE REFORMĂ ALE LEGISLAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA

Scopul principal al capitolului de față este acela de a prezenta evaluarea critică și de profunzime a cadrului normativ din Republica Moldova în materia consimțământului informat și a dreptului la autodeterminare, cu accent pe situațiile de graniță ale existenței umane: avortul și deciziile de la sfârșitul vieții (eutanasia și refuzul tratamentului vital).

Premisa de la care pornește demersul analitic este următoarea: dreptul civil modern nu mai poate ignora complexitatea deciziilor medicale care privesc însăși esența dreptului la viață și a integrității fizice și psihice.

Evoluția gândirii juridice, marcată de trecerea de la paternalismul medical clasic la principiul autonomiei pacientului, impune o reevaluare a modului în care legislația națională protejează libertatea individuală. Așadar, chiar dacă s-a putut observa o schimbare în legislația Republicii Moldova prin modernizarea Codului Civil din anul 2019, aceasta este insuficientă neputând să integreze complet principiile în legislația medicală de specialitate și în practica clinică.

4.1. Modele europene de reglementare: studiu comparativ privind consimțământul în situații-limită

Înțelegerea evoluției dreptului medical european necesită o analiză a modului în care diferite jurisdicții au reușit să echilibreze obligația de a proteja viața (conform Articolului 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului) cu dreptul la respectarea vieții private și a autonomiei personale (conform Articolului 8). Statele analizate în acest studiu – Franța, Belgia și Germania – au parcurs traiectorii diferite, însă converg spre ideea că voința pacientului, odată exprimată în condiții de luciditate, trebuie să guverneze actul medical chiar și atunci când acesta nu mai este capabil să se exprime în momentul intervenției.

Modelul francez: Între legea Kouchner și Revoluția Claeys-Leonetti

Franța este considerată un laborator al bioeticii europene. Evoluția de la Legea nr. 2002-303[243] (Legea Kouchner) la Legea nr. 2016-87[244] (Legea Claeys-Leonetti) demonstrează o trecere clară de la consultarea pacientului la obligativitatea respectării deciziei acestuia. Un

[243] FRANȚA. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n° 54 du 5 mars 2002. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015 [accesat 02.02.2025].

[244] FRANȚA. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF n° 28 du 3 février 2016. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253 [accesat 02.02.2025].

aspect fundamental al modelului francez este interzicerea „obstinației nerezonabile” (obstination déraisonnable), definită ca menținerea unor tratamente care par inutile, disproporționate sau care au ca singur scop menținerea artificială a vieții.

O inovație majoră, care lipsește cu desăvârșire din legislația Republicii Moldova, este „sedarea profundă și continuă până la deces” (sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès). Această procedură, prevăzută în noul Cod al Sănătății Publice francez [Art. L. 1110-5-2][245], permite pacientului aflat în fază terminală, a cărui suferință este refractară la tratamente, să solicite o alterare a conștiinței care să dureze până la survienirea morții naturale. Din punct de vedere juridic, sedarea este distinctă de eutanasie, deoarece intenția este alinarea durerii, nu provocarea activă a morții, deși rezultatul final este același. Consimțământul în acest context este protejat prin „directivele anticipate” (directives anticipées), care, în Franța, au devenit obligatorii pentru medici din 2016, putând fi ignorate doar în situații de urgență vitală extremă sau dacă sunt manifest neadecvate situației medicale.

Modelul belgian: Decriminalizarea eutanasiei și rigurozitatea consimțământului

Belgia a ales o cale mai radicală prin Legea din 28 mai 2002 privind eutanasia[246], care a legalizat actul de a pune capăt vieții la cererea explicită a pacientului. Ceea ce face modelul belgian relevant pentru Republica Moldova nu este neapărat legalizarea eutanasiei, ci rigoarea cu care este evaluat consimțământul. Legea impune ca cererea să fie voluntară, reflectată și repetată, nefiind rezultatul vreunei presiuni externe.

Pacientul trebuie să se afle într-o situație medicală fără ieșire, caracterizată prin suferință fizică sau psihică constantă și insuportabilă, care nu poate fi alinată. Procedura belgiană implică consultarea obligatorie a cel puțin unui alt medic independent, iar în cazul pacienților care nu sunt în fază terminală, este necesară opinia a doi medici, dintre care unul trebuie să fie psihiatru.

Modelul german: Voința prezumată și integrarea în Codul Civil (BGB)

Germania oferă un model deosebit de util pentru Republica Moldova, deoarece reglementările sale privind consimțământul informat sunt integrate direct în Codul Civil (Bürgerliches Gesetzbuch - BGB). Secțiunea § 1901a BGB, introdusă în 2009, reglementează „directivele pacientului” (Patientenverfügung).

Spre deosebire de Franța, unde accentul este pus pe procedurile medicale, în Germania accentul cade pe „voința prezumată” (mutmaßlicher Wille). Dacă nu există directive scrise,

[245] FRANȚA. Code de la santé publique. Art. L. 1110-5-2. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000054137172 [accesat 02.02.2025].
[246] BELGIA. Loi du 28 mai 2002 relative à l’euthanasie. Moniteur belge, 22 juin 2002, art. 3. Disponibil: https://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/19097638_fr.pdf [accesat 02.02.2025].

reprezentantul legal (Betreuer) trebuie să stabilească ce ar fi decis pacientul în acea situație, pe baza convingerilor sale religioase, a valorilor personale sau a dorințelor exprimate oral anterior. Jurisprudența Curții Federale de Justiție a Germaniei a stabilit că refuzul tratamentului vital prin directivă anticipată trebuie respectat indiferent de natura sau stadiul bolii, ceea ce reprezintă o formă supremă de respect pentru autodeterminare.[247]

4.2. Inconsecvențe și lacune legislative în cadrul normativ al Republicii Moldova (Cod Civil vs. Legi speciale)

Evaluarea sistemului de drept din Republica Moldova relevă o fractură între „spiritul" Codului Civil modernizat și „litera" legilor speciale care reglementează activitatea medicală. Această disonanță normativă generează nu doar confuzii teoretice, ci drame umane în care voința persoanei este strivită sub povara procedurilor birocratice sau a interpretărilor eronate ale personalului medical.

Tensiunea dintre Codul Civil și Legea nr. 263/2005

Modernizarea Codului civil al Republicii Moldova a consolidat protecția drepturilor personalității, art. 43 consacrând dreptul persoanei la viață, sănătate, integritate fizică și psihică, precum și la respectarea vieții intime, familiale și private.[248] În materia ocrotirii persoanei care nu își mai poate exercita în mod deplin autonomia, Codul civil reglementează instituția mandatului de ocrotire în viitor. Potrivit art. 76, persoana poate împuternici unul sau mai mulți mandatari să o reprezinte în situația în care, ca urmare a unei boli sau deficiențe, nu își va putea conștientiza în mod deplin acțiunile ori exprima voința. Mai important pentru materia medicală, art. 79 alin. (2) lit. b) permite includerea în mandat a împuternicirii mandatarului de a consimți, în numele mandantului, la efectuarea investigațiilor și intervențiilor medicale.[249]

Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului reglementează, la rândul său, consimțământul și refuzul intervenției medicale. Potrivit art. 13, consimțământul constituie, ca regulă, o condiție prealabilă intervenției medicale, iar refuzul pacientului trebuie

[247] BUNDESGERICHTSHOF. Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09. Disponibil: https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Art=pm&Blank=1&Datum=2010-6&Gericht=bgh&file=dokument.pdf&linked=urt&nr=52999 [accesat 02.02.2025].

[248] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare, art. 43. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573 [accesat 02.02.2025].

[249] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare, art. 76 și art. 79 alin. (2) lit. b). Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573 [accesat 02.02.2025].

consemnat și însoțit de explicarea consecințelor posibile.[250] Legea reglementează, de asemenea, situațiile în care consimțământul poate fi exprimat de reprezentantul legal sau de o rudă apropiată.[251]

Rezultă astfel necesitatea unei analize de corelare între regimul civil al mandatului de ocrotire în viitor și normele speciale privind consimțământul medical. Problema nu constă în inexistența instituției mandatului de ocrotire în dreptul moldovenesc, ci în identificarea modului în care împuternicirile mandatarului prevăzute de Codul civil se integrează în mecanismul consimțământului substituit și sunt valorificate de prestatorii de servicii medicale.

Paradoxul „Urgenței Vitale": Limitarea dreptului de a refuza

Legea nr. 263/2005 recunoaște pacientului dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a solicita încetarea acesteia, cu respectarea condițiilor și excepțiilor prevăzute de lege. În situațiile în care pacientul nu își poate exprima valabil voința, iar acordul reprezentantului nu poate fi obținut într-un interval compatibil cu protejarea vieții sau sănătății, legislația admite intervenția medicală în condițiile stabilite de art. 13. Aceste dispoziții trebuie însă diferențiate de situația pacientului capabil și conștient care refuză în mod expres tratamentul, ipoteză în care simplul caracter vital al tratamentului nu poate fi transformat, fără o bază normativă sau factuală suplimentară, într-o prezumție de lipsă a discernământului.

În această materie, o problematică de cercetare relevantă pentru dreptul civil o constituie delimitarea dintre autonomia pacientului, capacitatea de a lua o decizie medicală și obligațiile profesionale ale medicului, precum și identificarea garanțiilor procedurale necesare pentru prevenirea intervențiilor medicale nejustificate împotriva voinței unei persoane capabile.

Lacune în materia sănătății reproducerii (Avortul)

În materia sănătății reproducerii, Legea nr. 138/2012 privind sănătatea reproducerii constituie unul dintre principalele repere normative pentru protecția drepturilor reproductive și pentru reglementarea accesului la serviciile de sănătate a reproducerii. În acest cadru, problematica consimțământului minorilor impune corelarea normelor speciale din domeniul sănătății cu regulile generale privind capacitatea civilă și cu dispozițiile referitoare la exercitarea autonomiei personale.[252]

---

[250] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, art. 13. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Disponibil: https://www.legis.md/ [accesat 02.02.2025].

[251] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, art. 1 și art. 13. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Disponibil: https://www.legis.md/ [accesat 02.02.2025].

[252] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 205–207, art. 673. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/135028 [accesat 02.02.2025].

O problematică particulară rezultă din faptul că legislația Republicii Moldova utilizează praguri și mecanisme juridice diferite în funcție de natura actului pentru care este necesar consimțământul. Astfel, art. 23 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 reglementează în mod distinct posibilitatea minorului de a consimți la anumite prestații medicale începând cu vârsta de 16 ani, în timp ce regimul capacității civile este stabilit prin normele Codului civil.[253] Această diferențiere justifică o analiză atentă a raportului dintre capacitatea civilă și capacitatea persoanei de a participa în mod autonom la luarea deciziilor medicale, în special în cazul intervențiilor care afectează în mod direct integritatea corporală și viața reproductivă.

În ceea ce privește întreruperea sarcinii, cadrul normativ trebuie analizat și prin raportare la reglementările tehnico-medicale adoptate de Ministerul Sănătății. În prezent, reperul procedural îl constituie Protocolul clinic standardizat „Întreruperea sarcinii în condiții de siguranță", aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 412 din 22 mai 2026. Acest act normativ actualizează cadrul aplicabil furnizării serviciilor de întrerupere a sarcinii și trebuie avut în vedere în orice analiză privind condițiile concrete de acordare a acestor servicii și exercitarea consimțământului în materia sănătății reproducerii.[254]

Prin urmare, analiza statutului juridic al consimțământului minorilor în materia avortului nu poate fi realizată prin raportare exclusivă la normele generale privind capacitatea de exercițiu. Este necesară examinarea coroborată a Codului civil, a legislației privind ocrotirea sănătății și a reglementărilor speciale în materia sănătății reproducerii, astfel încât să poată fi delimitate în mod clar situațiile în care voința minorului poate produce efecte juridice nemijlocite și cele în care este necesară intervenția reprezentantului legal.

În acest context, problema juridică relevantă nu constă în existența unei contradicții formale între normele privind capacitatea civilă și cele privind consimțământul medical, ci în necesitatea asigurării unei corelări normative suficient de clare pentru a permite exercitarea efectivă a autonomiei persoanei și, în același timp, protejarea interesului superior al minorului.

4.3.Propuneri de lege ferenda pentru optimizarea mecanismului consimțământului informat și a dreptului la autodeterminare

Identificarea vulnerabilităților legislative impune formularea unor soluții concrete de reformă, menite să asigure preeminența autonomiei voinței persoanei, garantând totodată

[253] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 411-XIII din 28 martie 1995 ocrotirii sănătății, cu modificările și completările ulterioare, art. 23

[254] REPUBLICA MOLDOVA. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII. Ordinul nr. 412 din 22 mai 2026 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Întreruperea sarcinii în condiții de siguranță". Disponibil: https://ms.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/obstetrica/ [accesat 02.08.2026].

protecția persoanelor vulnerabile și oferind securitate juridică corpului medical. În acest sens, formulăm următoarele propuneri de lege ferenda:

1. Armonizarea Legii nr. 263/2005 cu dispozițiile noului Cod Civil și reglementarea „Directivelor Anticipate”

Se impune completarea și corelarea Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului cu dispozițiile Codului civil referitoare la măsurile de ocrotire și la mandatul de ocrotire în viitor, în special cu prevederile art. 76–79. Deși legislația civilă permite desemnarea unui mandatar care să acorde asistență în luarea deciziilor privind sănătatea persoanei și, în limitele împuternicirilor conferite, să consimtă la efectuarea investigațiilor și intervențiilor medicale, este necesară dezvoltarea unor reguli speciale privind exercitarea acestor atribuții în cadrul raporturilor medicale.

În acest scop, propunem introducerea în Legea nr. 263/2005 a unui capitol distinct, intitulat „Deciziile medicale anticipate și reprezentarea pacientului în situația imposibilității de a-și exprima voința”. Acesta ar urma să reglementeze condițiile de întocmire, modificare, revocare și aplicare a directivelor medicale anticipate, precum și relația dintre acestea și mandatul de ocrotire în viitor prevăzut de Codul civil.

Pentru evitarea confuziilor juridice, este necesară diferențierea expresă între două instrumente. Primul îl reprezintă directiva medicală anticipată, prin care persoana își exprimă, în mod prealabil, preferințele, acceptarea sau refuzul anumitor intervenții medicale pentru situația în care, ulterior, nu va putea să comunice o decizie valabilă. Al doilea îl constituie mandatul de ocrotire în viitor, prin care persoana desemnează un mandatar și stabilește limitele împuternicirilor acestuia. Cele două mecanisme au finalități complementare, dar nu sunt identice: directiva exprimă voința anticipată a pacientului, în timp ce mandatul stabilește cadrul reprezentării sau al asistenței la luarea deciziilor.

Reglementarea propusă ar trebui să stabilească cerințele de formă și conținut ale directivelor, posibilitatea modificării și revocării lor, condițiile în care devin aplicabile și criteriile de apreciere a relevanței lor pentru situația medicală concretă. De asemenea, trebuie precizat că pierderea temporară sau permanentă a capacității de a decide nu poate fi dedusă exclusiv din existența unui diagnostic medical, ci trebuie evaluată individual, în raport cu decizia care urmează să fie luată și cu posibilitatea persoanei de a înțelege informațiile relevante.

Aplicarea directivelor anticipate trebuie însoțită de garanții adecvate. În situațiile în care conținutul directivei este neclar, există indicii privind revocarea sa ori apar divergențe serioase cu privire la aplicabilitatea acesteia, se impune instituirea unei proceduri de reevaluare, cu implicarea unor specialiști independenți atunci când circumstanțele o justifică. În același timp,

trebuie recunoscută prioritatea voinței actuale a pacientului atunci când acesta își recapătă capacitatea de a decide.

2. Adoptarea unei Legi speciale privind îngrijirile paliative și drepturile pacienților la sfârșitul vieții

Propunem completarea cadrului normativ privind drepturile pacientului prin reglementarea expresă a deciziilor medicale la sfârșitul vieții. Intervenția legislativă ar putea fi realizată prin introducerea unui capitol special în Legea nr. 263/2005 sau prin adoptarea unui act normativ distinct, cu condiția asigurării unei corelări coerente cu legislația privind ocrotirea sănătății, serviciile medicale și răspunderea penală.

Necesitatea unei asemenea intervenții rezultă din importanța delimitării juridice a unor situații care, deși pot apărea în contexte clinice similare, au natură și consecințe juridice diferite. În acest sens, trebuie diferențiate refuzul sau retragerea consimțământului pentru un tratament, neinițierea ori întreruperea unei intervenții medicale disproporționate, administrarea îngrijirilor paliative, sedarea paliativă și eutanasia. Aceste conduite nu pot fi asimilate automat, întrucât presupun scopuri, condiții de aplicare și regimuri juridice distincte.

În primul rând, propunem reglementarea criteriilor de apreciere a caracterului disproporționat sau nerezonabil al unui tratament. Decizia de a nu iniția ori de a întrerupe o intervenție nu ar trebui fundamentată exclusiv pe caracterul incurabil al bolii sau pe prognosticul nefavorabil, ci pe o evaluare individualizată a beneficiilor medicale anticipate, a riscurilor și poverilor tratamentului, a stării pacientului și a obiectivelor terapeutice. În măsura în care situația permite, această evaluare trebuie realizată printr-un proces decizional transparent, care să includă pacientul și să țină seama de voința sa exprimată anterior, de directivele medicale anticipate și de atribuțiile reprezentantului desemnat.

În al doilea rând, se impune reglementarea expresă a garanțiilor procedurale aplicabile deciziilor de neinițiere sau de întrerupere a tratamentelor disproporționate. Acestea ar trebui să includă consemnarea motivelor medicale ale deciziei în dosarul pacientului, informarea persoanei sau a reprezentantului său, solicitarea unei opinii medicale suplimentare în cazurile controversate și existența unei proceduri de examinare independentă a divergențelor, atunci când circumstanțele o impun. În toate situațiile, întreruperea unui tratament orientat spre prelungirea vieții nu trebuie să atragă abandonarea pacientului sau suspendarea îngrijirilor destinate ameliorării suferinței.

În al treilea rând, propunem clarificarea condițiilor de aplicare a sedării paliative, inclusiv a sedării profunde și continue până la deces, atunci când aceasta este justificată de indicații medicale. Reglementarea trebuie să stabilească criterii privind existența simptomelor refractare,

evaluarea clinică, proporționalitatea intervenției, informarea pacientului și documentarea deciziei, precum și condițiile în care consimțământul poate fi exprimat printr-un reprezentant legal sau convențional.

Este esențial ca sedarea paliativă să nu fie calificată drept un drept necondiționat la o anumită intervenție, ci ca o opțiune medicală supusă indicațiilor și garanțiilor stabilite prin lege și prin standardele profesionale aplicabile. De asemenea, administrarea sedării paliative și decizia de întrerupere a unui tratament de menținere a vieții trebuie evaluate distinct, chiar dacă pot interveni concomitent. Principiul dublului efect poate avea relevanță în analiza etică a anumitor conduite medicale, însă nu trebuie tratat ca o exonerare juridică automată de răspundere.

În fine, propunerea nu urmărește legalizarea eutanasiei, ci instituirea unui cadru normativ previzibil pentru deciziile medicale legitime la sfârșitul vieții, cu respectarea regimului juridic distinct al faptelor incriminate de art. 148 din Codul penal. Prin această delimitare se urmărește atât protecția autonomiei pacientului, cât și reducerea incertitudinii juridice pentru personalul medical.

3. Instituirea unui mecanism de suplinire a consimțământului pentru minore în cazul avortului

În materia întreruperii sarcinii la minore, propunem completarea cadrului normativ prin instituirea unei proceduri speciale pentru situațiile în care există un conflict între voința minorei și poziția reprezentantului său legal. Reglementarea trebuie să țină seama de normele deja existente în materia sănătății reproducerii, precum și de protocolul clinic aplicabil, urmărind în special soluționarea situațiilor care nu pot fi rezolvate în mod adecvat prin mecanismele curente.

Necesitatea intervenției legislative se evidențiază mai ales în ipoteza în care reprezentantul legal refuză consimțământul în mod potențial abuziv, se află într-un conflict de interese cu minora, este sursa riscului de violență ori constrângere sau nu poate fi contactat în timp util. În asemenea situații, dependența exclusivă de acordul reprezentantului poate împiedica adoptarea unei decizii conforme cu interesul superior al minorei și cu particularitățile situației sale medicale și psihosociale.

În acest scop, propunem instituirea unei proceduri accelerate de evaluare independentă, aplicabilă în special minorelor sub 16 ani pentru care legislația prevede implicarea reprezentantului legal. Procedura ar putea presupune evaluarea individuală a maturității minorei, a capacității sale de a înțelege informațiile medicale, a caracterului liber al deciziei și a eventualelor presiuni exercitate de familie sau de alte persoane. Evaluarea ar trebui să fie realizată de o echipă multidisciplinară, care să poată include un medic obstetrician-ginecolog, un

specialist în protecția copilului și, după caz, un psiholog ori un asistent social.

Cu toate acestea, echipa medicală nu ar trebui să substituie, printr-o decizie discreționară, procedura juridică necesară în cazurile de conflict de interese. Legea trebuie să stabilească în mod expres autoritatea competentă să soluționeze conflictul, condițiile în care acordul reprezentantului poate fi suplinit și termenele în care trebuie adoptată decizia. Procedura trebuie să fie suficient de rapidă pentru a nu compromite accesul la serviciul medical în limitele de timp prevăzute de lege.

În toate cazurile, opinia minorei trebuie ascultată într-un cadru confidențial, adecvat vârstei și nivelului său de înțelegere, iar consimțământul acesteia trebuie obținut în condițiile legii. Simplul dezacord al reprezentantului legal nu ar trebui să constituie, prin el însuși, un motiv suficient pentru blocarea procedurii atunci când se constată un conflict de interese ori un risc pentru drepturile și siguranța minorei.

Totodată, mecanismul propus trebuie să prevadă măsuri de protecție împotriva constrângerii, accesul la informații medicale inteligibile, respectarea confidențialității și orientarea către serviciile de protecție a copilului atunci când există indicii de violență sau abuz. În felul acesta, intervenția legislativă ar urmări nu eliminarea garanțiilor reprezentării legale, ci instituirea unui remediu efectiv pentru situațiile în care acestea nu mai servesc interesului superior al minorei.

4. Clarificarea regimului juridic al consimțământului pacienților cu tulburări psihice

Propunem completarea și armonizarea Legii nr. 114/2024 privind sănătatea și bunăstarea mintală, a Legii nr. 263/2005 și a dispozițiilor Codului civil referitoare la măsurile de ocrotire, în vederea consacrării unor reguli clare privind evaluarea capacității persoanei de a consimți la intervenții medicale.

Principiul fundamental care trebuie să orienteze această intervenție legislativă este acela că existența unui diagnostic psihiatric, internarea într-o instituție de sănătate mintală ori instituirea unei măsuri de ocrotire nu trebuie să determine automat concluzia că persoana este incapabilă să ia orice decizie medicală. Capacitatea de a consimți trebuie evaluată individual, în raport cu natura și complexitatea intervenției, informațiile care trebuie înțelese și posibilitatea persoanei de a aprecia consecințele opțiunilor disponibile.

În consecință, propunem consacrarea expresă a obligației personalului medical de a utiliza măsuri de sprijin înainte de a concluziona că pacientul nu poate decide în mod valabil. Acestea pot include explicarea informațiilor într-un limbaj accesibil, acordarea unui timp suplimentar pentru înțelegere, utilizarea unor mijloace de comunicare adaptate și implicarea unei persoane de încredere, în măsura în care pacientul acceptă acest sprijin. Scopul acestor măsuri trebuie să fie

facilitarea exercitării voinței persoanei, nu substituirea acesteia.

De asemenea, trebuie delimitată capacitatea de a consimți la o intervenție medicală somatică de regimul juridic al internării și tratamentului psihiatric nevoluntar. Decizia de a administra tratament psihiatric fără consimțământ trebuie examinată potrivit condițiilor și garanțiilor aplicabile acesteia, fără a produce, prin ea însăși, efectul unei incapacități generale de a decide asupra altor aspecte ale sănătății. De exemplu, diagnosticul de schizofrenie nu poate constitui, în mod automat, temei pentru a exclude capacitatea unei paciente de a decide asupra întreruperii sarcinii; evaluarea trebuie raportată la decizia concretă și la circumstanțele individuale.

Pentru cazurile în care reprezentantul legal are interese contrare celor ale pacientului ori există îndoieli serioase cu privire la respectarea voinței acestuia, propunem instituirea unei proceduri de control independent. Aceasta ar trebui să permită verificarea necesității intervenției fără consimțământ, a proporționalității măsurii și a respectării preferințelor cunoscute ale persoanei. Totodată, reglementarea trebuie să prevadă reevaluarea periodică a situației și încetarea măsurilor restrictive de îndată ce condițiile care le-au justificat nu mai sunt întrunite.

Prin aceste completări se urmărește consolidarea unui model juridic centrat pe persoană, în care diagnosticul medical și măsurile de ocrotire nu înlocuiesc analiza individuală a capacității de decizie, iar intervenția reprezentantului este supusă unor limite și garanții corespunzătoare.

5. Crearea Registrului Electronic Național al Consimțământului și Mandatelor de Ocrotire

Pentru a asigura accesibilitatea și aplicarea efectivă a directivelor medicale anticipate și a mandatelor de ocrotire în viitor, propunem instituirea unui registru electronic național gestionat de Ministerul Sănătății și interoperabil cu sistemele informaționale medicale relevante.

Registrul ar trebui să permită identificarea rapidă a existenței unei directive medicale anticipate, a unui mandat de ocrotire în viitor cu împuterniciri privind sănătatea sau a unei desemnări de reprezentant relevante pentru procesul decizional medical. În acest mod, în special în situațiile de urgență în care pacientul nu își poate exprima voința, personalul medical ar dispune de un mecanism instituțional pentru verificarea instrumentelor juridice întocmite anterior.

Se impune însă delimitarea registrului propus de o bază de date generală care să centralizeze toate consimțămintele medicale exprimate de pacienți. O asemenea centralizare ar presupune o colectare mult mai amplă de date și nu este necesară pentru scopul urmărit. Registrul ar trebui să vizeze în principal documentele și desemnările destinate să producă efecte în situația în care pacientul nu mai poate participa efectiv la luarea deciziei.

Reglementarea trebuie să stabilească autoritatea responsabilă de administrarea registrului,

procedura de înregistrare și verificare a documentelor, condițiile de modificare și revocare, precum și regulile de acces. Consultarea datelor ar trebui să fie permisă numai persoanelor autorizate, în scop medical legitim, pe baza unor drepturi de acces clar definite. Totodată, trebuie prevăzute mecanisme de jurnalizare a accesărilor, măsuri de securitate informatică și sancțiuni pentru consultarea sau divulgarea neautorizată a informațiilor.

Având în vedere caracterul sensibil al datelor privind sănătatea, accesul prin intermediul IDNP nu trebuie să permită vizualizarea necondiționată a tuturor informațiilor medicale ale persoanei. Identificarea pacientului ar trebui să servească exclusiv verificării existenței instrumentelor juridice relevante, iar accesul la conținutul acestora să fie limitat la informațiile necesare pentru luarea deciziei medicale concrete.

În plus, mecanismul trebuie să permită actualizarea promptă a documentelor, să prevadă soluții de continuitate în cazul indisponibilității sistemului și să păstreze posibilitatea verificării documentelor în formă fizică atunci când circumstanțele o impun. În acest fel, registrul ar constitui un instrument de securitate juridică atât pentru pacient, cât și pentru personalul medical, fără a transforma infrastructura digitală într-o sursă de ingerințe nejustificate în viața privată.

6. Introducerea conceptului de „Persoană de Încredere” în dreptul medical

Propunem completarea Legii nr. 263/2005 prin reglementarea distinctă a statutului juridic al persoanei de încredere desemnate de pacient. Deși cadrul normativ recunoaște deja relevanța persoanei desemnate de pacient în anumite raporturi privind reprezentarea intereselor sale, este necesară clarificarea rolului, atribuțiilor și limitelor acestei persoane în procesul decizional medical.

Noțiunea de persoană de încredere trebuie să fie delimitată de cea de reprezentant legal sau convențional. Persoana de încredere ar trebui să poată sprijini pacientul în înțelegerea informațiilor medicale, să participe la discuțiile cu personalul medical cu acordul pacientului și să contribuie la exprimarea preferințelor acestuia. Desemnarea sa nu ar trebui să conducă însă, în mod automat, la dobândirea dreptului de a consimți în locul pacientului atunci când acesta este capabil să decidă.

Pentru situația în care pacientul nu mai poate să își exprime voința, puterile persoanei desemnate ar trebui să rezulte dintr-un mandat de ocrotire în viitor sau dintr-un alt temei juridic expres prevăzut de lege. Exercitarea acestor atribuții trebuie să respecte limitele împuternicirii, preferințele cunoscute ale pacientului și eventualele directive medicale anticipate. Persoana desemnată nu ar trebui să poată impune propriile convingeri în detrimentul voinței pacientului și nici să autorizeze intervenții în afara limitelor legale.

În acest scop, propunem introducerea unei definiții legale și a unor dispoziții care să

reglementeze desemnarea, acceptarea, revocarea și atribuțiile persoanei de încredere. Desemnarea ar trebui să poată fi realizată printr-o declarație scrisă sau printr-un mecanism electronic securizat, iar revocarea să fie posibilă în orice moment în care pacientul are capacitatea necesară pentru a-și exprima voința. Pentru a preveni conflictele, legea trebuie să clarifice raportul dintre persoana de încredere, reprezentantul legal, mandatarul desemnat prin mandatul de ocrotire în viitor și rudele apropiate.

În cazul în care pacientul și-a desemnat în mod expres o persoană pentru a-l reprezenta în deciziile medicale, opțiunea sa trebuie să aibă relevanța stabilită de lege în raport cu intervenția rudelor. Această prioritate nu poate înlătura însă atribuțiile unui reprezentant desemnat printr-un alt temei juridic fără o regulă legală clară și nici nu poate justifica nesocotirea voinței actuale a pacientului.

Prin această reglementare s-ar urmări evitarea situațiilor în care deciziile medicale sunt influențate predominant de legăturile de rudenie, fără a se acorda suficientă importanță relației efective de încredere și voinței exprimate de pacient.

7. Consolidarea reglementării civile a consimțământului informat și a consecințelor încălcării sale

Având în vedere obiectul cercetării, considerăm necesară și consolidarea reglementării consimțământului informat în cadrul dispozițiilor Codului civil referitoare la serviciile de tratament, în special art. 1404, 1407, 1408 și 1409.

Deși aceste dispoziții reglementează obligația de informare, interdicția efectuării tratamentului fără consimțământ, documentarea datelor medicale și mijloacele juridice de apărare în caz de neexecutare, se impune clarificarea modului în care aceste obligații se reflectă în practica medicală. În acest sens, propunem completarea cadrului normativ prin reguli explicite privind documentarea procesului de informare și a deciziei pacientului, precum și prin delimitarea situațiilor în care consimțământul trebuie exprimat în scris de cele în care forma orală poate fi suficientă, cu consemnarea corespunzătoare în dosarul medical.

Este important ca forma scrisă să nu fie tratată ca un substitut al informării efective. Semnarea unui formular nu demonstrează, prin ea însăși, că pacientul a înțeles natura intervenției, riscurile semnificative, alternativele și consecințele refuzului tratamentului. În consecință, reglementarea ar trebui să încurajeze o documentare suficientă a dialogului medical, adaptată naturii intervenției și riscurilor sale, fără a transforma fiecare act medical într-o procedură excesiv formalizată.

De asemenea, propunem clarificarea efectelor juridice ale încălcării obligației de informare și ale efectuării unei intervenții fără consimțământ valabil. Analiza trebuie să distingă între

încălcarea dreptului pacientului la autonomie, vătămarea integrității corporale, neexecutarea obligațiilor contractuale și prejudiciul reparabil. Absența unui consimțământ valabil nu trebuie confundată în mod automat cu existența tuturor condițiilor răspunderii civile pentru orice prejudiciu invocat; totodată, evaluarea răspunderii nu trebuie redusă exclusiv la existența unei complicații medicale, ignorând atingerea adusă dreptului persoanei de a decide în cunoștință de cauză.

În fine, propunem dezvoltarea unor reguli care să faciliteze exercitarea efectivă a drepturilor pacientului în caz de litigiu, inclusiv prin asigurarea accesului la documentația medicală relevantă și clarificarea obligației prestatorului de a documenta informațiile oferite și consimțământul obținut. Aceste completări ar contribui la sporirea previzibilității raporturilor medicale și la o delimitare mai clară a obligațiilor prestatorului de servicii de tratament, fără a institui forme automate de răspundere independente de condițiile prevăzute de dreptul civil.

În concluzie, propunerile formulate urmăresc dezvoltarea unui cadru juridic coerent în care autonomia individuală să fie protejată prin mecanisme normative și procedurale efective. Armonizarea legislației medicale cu dispozițiile Codului civil, reglementarea deciziilor anticipate, clarificarea reprezentării pacientului, instituirea unor garanții pentru persoanele vulnerabile și îmbunătățirea documentării consimțământului informat ar contribui la reducerea incertitudinii juridice și la consolidarea protecției drepturilor pacientului. Realizarea acestor obiective presupune însă o abordare echilibrată, în care respectarea voinței persoanei este corelată cu cerințele protecției vieții, ale integrității fizice și psihice, ale exercitării responsabile a profesiei medicale și ale securității raporturilor juridice.

4.4.Concluzii la Capitolul IV

Prezentul capitol a reliefat faptul că, deși legislația Republicii Moldova a făcut un salt calitativ prin modernizarea Codului Civil, consacrând principii generoase în materia protecției persoanei fizice, implementarea acestora în ramurile speciale ale dreptului medical rămâne deficitară. Analiza comparativă a demonstrat că statele europene au depășit demult faza proclamării teoretice a dreptului la autodeterminare, instituind proceduri riguroase pentru situațiile în care pacientul devine vulnerabil, inconștient sau se află la sfârșitul vieții.

Prin contrast, în Republica Moldova se observă o antinomie între litera Codului Civil, care oferă individului instrumente de previziune (precum mandatul de ocrotire în viitor), și reziduurile unei mentalități medico-legale defensive, alimentate de o legislație specială lacunară și de un Cod Penal care nu distinge între eutanasia activă și refuzul obstinației terapeutice. Dreptul la integritate fizică și la viață privată riscă astfel să rămână iluzoriu în cele mai critice momente ale

existenței umane. În contextul avortului, s-a observat că persoanele vulnerabile (minorele, persoanele cu dizabilități psihice) se confruntă cu mecanisme de suplinire a consimțământului greoaie, care adesea neglijează interesul lor superior în favoarea autorității tutelare.

Propunerile de lege ferenda formulate în acest capitol – în special armonizarea Legii pacientului cu noul Cod Civil, crearea Registrului Național al Directivelor Anticipate și adoptarea unei legi specifice pentru protecția demnității pacienților terminali – nu reprezintă simple ajustări tehnice. Ele propun o veritabilă reafirmare a libertății individuale în dreptul civil. Soluțiile sugerate au ca scop transferul deciziei privind propriul corp înapoi în sfera de suveranitate a persoanei, eliberând medicul de povara unor decizii de viață și de moarte în lipsa unui cadru legal clar, și asigurând un tratament uman, demn și fundamentat pe voință, chiar și la granița fragilă dintre viață și neființă.

CONCLUZII ȘI PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CADRULUI JURIDIC

Analiza realizată în cadrul prezentei lucrări de doctorat a avut ca punct de plecare o problematică de o complexitate aparte, situată la intersecția dintre dreptul civil, bioetică și drepturile fundamentale ale omului: delimitarea și configurarea libertății individuale în contextul exercitării consimțământului informat în materii sensibile precum avortul și eutanasia. Demersul științific a urmărit nu doar descrierea cadrului normativ existent, ci, în mod esențial, reevaluarea conceptuală a autonomiei voinței în raport cu limitele impuse de ordinea publică, bunele moravuri și protecția vieții.

Un prim rezultat major al cercetării constă în reconceptualizarea consimțământului informat ca veritabil act juridic civil, supus regulilor generale de validitate, dar care prezintă particularități semnificative generate de obiectul său – corpul uman și integritatea persoanei. Astfel, s-a demonstrat că, dincolo de dimensiunea sa medicală, consimțământul informat trebuie înțeles ca o manifestare de voință juridică, prin care individul exercită un drept subiectiv personal nepatrimonial, aflat în centrul libertății individuale. Această perspectivă permite integrarea coerentă a consimțământului în sistemul dreptului civil, depășind abordările fragmentare sau exclusiv bioetice.

În același timp, cercetarea a evidențiat că autonomia voinței nu are un caracter absolut, ci funcționează într-un cadru normativ caracterizat printr-o tensiune permanentă între libertatea individuală și valorile fundamentale protejate de stat. În acest sens, s-a conturat ideea că ordinea publică și bunele moravuri nu reprezintă simple limite externe ale libertății, ci mecanisme de echilibrare a intereselor concurente, menite să prevină derapajele ce ar putea afecta coeziunea socială sau demnitatea umană.

În materia avortului, analiza a relevat existența unui model normativ relativ stabil, în care consimțământul informat este recunoscut ca expresie legitimă a autonomiei femeii, însă condiționat de respectarea unor proceduri și termene stabilite de lege. În acest context, libertatea individuală se manifestă într-o formă reglementată, în care statul își rezervă un rol activ în protejarea intereselor potențiale ale fătului, fără a suprima însă dreptul femeii de a decide asupra propriei persoane. Această soluție reflectă un compromis juridic între valori aflate în conflict, compromis ce este susținut și de jurisprudența europeană, care recunoaște statelor o marjă de apreciere semnificativă.

Spre deosebire de avort, eutanasia ridică probleme juridice mult mai sensibile, tocmai datorită impactului său direct asupra dreptului la viață. Cercetarea a demonstrat că, în dreptul Republicii Moldova, lipsa unei reglementări explicite a eutanasiei nu reprezintă o lacună

accidentală, ci rezultatul unei opțiuni normative fundamentate pe protecția absolută a vieții umane. În acest cadru, consimțământul informat, chiar dacă este exprimat în mod liber și conștient, nu poate produce efecte juridice care să justifice suprimarea vieții, întrucât ar contraveni ordinii publice.

Cu toate acestea, analiza comparativă și jurisprudențială a evidențiat tendința unor sisteme de drept de a reconsidera această abordare, prin recunoașterea unor forme limitate de eutanasie sau de asistență medicală la moarte. Această evoluție indică faptul că noțiunea de libertate individuală este supusă unei dinamici continue, influențată de transformările sociale, de progresul medical și de dezvoltarea conceptelor bioetice. În consecință, nu poate fi exclusă, în viitor, o reevaluare a cadrului normativ și în Republica Moldova, însă o asemenea evoluție ar trebui să fie însoțită de garanții riguroase, menite să prevină abuzurile.

Un alt aspect esențial evidențiat în cadrul cercetării îl constituie rolul discernământului și al capacității de exercițiu în validarea consimțământului informat. S-a demonstrat că, în context medical, aceste elemente capătă o semnificație particulară, fiind necesară nu doar existența capacității juridice, ci și o evaluare concretă a capacității persoanei de a înțelege implicațiile deciziei sale. În acest sens, consimțământul informat nu poate fi redus la o simplă formalitate, ci trebuie să reflecte o decizie autentică, liberă și conștientă.

De asemenea, cercetarea a subliniat importanța obligației de informare a medicului, ca premisă indispensabilă pentru validitatea consimțământului. Lipsa unei informări adecvate afectează nu doar raportul juridic dintre pacient și medic, ci și însăși substanța libertății individuale, transformând consimțământul într-un act viciat. În acest context, s-a evidențiat necesitatea unei abordări riguroase a standardelor de informare, care să includă nu doar aspectele tehnice ale intervenției, ci și riscurile, alternativele și consecințele acesteia.

Pe plan jurisprudențial, analiza standardelor dezvoltate de Curtea Europeană a Drepturilor Omului a permis conturarea unui cadru interpretativ relevant pentru înțelegerea raportului dintre dreptul la viață și dreptul la viață privată. S-a constatat că, deși Curtea recunoaște importanța autonomiei personale, aceasta nu consacră un drept general la moarte, lăsând statelor o marjă largă de apreciere în reglementarea acestor materii. Această poziție confirmă caracterul relativ al libertății individuale, care trebuie exercitată în concordanță cu valorile fundamentale ale societății.

În ceea ce privește contribuțiile originale ale lucrării, acestea constau, în principal, în integrarea conceptului de consimțământ informat în sfera actelor juridice civile privind dispoziția asupra corpului uman, precum și în analiza critică a limitelor autonomiei voinței în contextul avortului și eutanasiei. Totodată, lucrarea propune o abordare sistemică a acestor instituții,

evidențiind interdependența dintre normele juridice, principiile bioetice și jurisprudența internațională.

În plan prospectiv, se impune necesitatea dezvoltării unui cadru normativ mai clar și mai coerent în materia consimțământului informat, care să reflecte atât exigențele dreptului civil, cât și realitățile practicii medicale. În mod particular, ar fi utilă reglementarea explicită a condițiilor de validitate a consimțământului în situații complexe, precum cele care implică pacienți vulnerabili sau decizii cu impact ireversibil.

În concluzie, libertatea individuală, în contextul analizat, nu poate fi concepută ca o libertate absolută, ci ca o libertate juridică, structurată și limitată de normele de drept și de valorile fundamentale ale societății. Consimțământul informat reprezintă instrumentul prin care această libertate se manifestă în mod concret, însă eficiența sa depinde de existența unui cadru normativ adecvat și de respectarea riguroasă a condițiilor de validitate. Prin urmare, provocarea majoră a dreptului civil contemporan constă în identificarea unui echilibru just între autonomia individului și necesitatea protejării vieții și demnității umane, echilibru care rămâne, în mod inevitabil, deschis evoluțiilor viitoare.

În completarea concluziilor formulate, se impune sublinierea faptului că problematica analizată nu poate fi epuizată printr-o abordare strict normativă, întrucât aceasta reflectă, în esență, o tensiune structurală între două paradigme fundamentale: cea a autonomiei individuale și cea a protecției valorilor colective. În acest sens, cercetarea a demonstrat că dreptul civil, deși tradițional centrat pe libertatea voinței, nu poate rămâne indiferent la implicațiile etice și sociale ale exercitării acestei libertăți în domenii sensibile precum avortul și eutanasia.

Astfel, se poate observa că evoluția conceptului de consimțământ informat marchează o transformare profundă a raportului juridic dintre individ și autoritate, în sensul consolidării rolului persoanei ca subiect activ al propriilor decizii. Cu toate acestea, această evoluție nu conduce la o „privatizare” completă a deciziilor privind viața și integritatea corporală, ci dimpotrivă, determină o implicare mai sofisticată a statului, prin instituirea unor garanții procedurale și materiale menite să asigure caracterul autentic al consimțământului.

În același timp, analiza a evidențiat că una dintre provocările majore ale dreptului contemporan constă în evitarea formalismului excesiv în materia consimțământului informat. Reducerea acestuia la o simplă semnătură pe un formular standardizat riscă să golească de conținut însăși ideea de autonomie, transformând un mecanism destinat protecției persoanei într-o formalitate lipsită de substanță. Prin urmare, se impune o reevaluare a practicilor medicale și juridice, în sensul promovării unei culturi a dialogului real între medic și pacient, fundamentată pe transparență, încredere și responsabilitate reciprocă.

De asemenea, lucrarea relevă necesitatea unei clarificări doctrinare și legislative a noțiunii de „dispoziție asupra propriului corp”, în special în situațiile limită, unde granița dintre libertate și ilicit devine difuză. În lipsa unor repere clare, există riscul unor interpretări divergente, care pot afecta securitatea juridică și pot genera inegalități în aplicarea legii. Din această perspectivă, dezvoltarea unei doctrine unitare și coerente apare ca o condiție esențială pentru consolidarea statului de drept.

În fine, trebuie remarcat faptul că tematica abordată va continua să evolueze sub influența progresului tehnologic și medical, precum și a schimbărilor de mentalitate la nivel societal. Noile realități, cum ar fi dezvoltarea medicinei personalizate, extinderea posibilităților de intervenție asupra corpului uman sau redefinirea conceptelor de viață și moarte, vor genera, inevitabil, noi provocări pentru dreptul civil. În acest context, flexibilitatea și capacitatea de adaptare a normelor juridice vor deveni esențiale pentru menținerea unui echilibru între inovație și protecția valorilor fundamentale.

Prin urmare, concluziile prezentei lucrări nu trebuie privite ca un punct final, ci ca o etapă într-un proces continuu de reflecție și adaptare a dreptului la realitățile sociale. Libertatea individuală, în dimensiunea sa juridică, rămâne un concept deschis, a cărui concretizare depinde de modul în care societatea reușește să armonizeze interesele individuale cu cele colective, într-un cadru normativ coerent și echitabil.

BIBLIOGRAFIE

I. Acte normative și documente oficiale

a. Republica Moldova

[1] REPUBLICA MOLDOVA. Constituția Republicii Moldova, adoptată la 29 iulie 1994. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 1 din 12 august 1994.

[2] REPUBLICA MOLDOVA. Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107-XV din 6 iunie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, nr. 66–75, art. 132. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/112573.

[3] REPUBLICA MOLDOVA. Codul penal al Republicii Moldova nr. 985-XV din 18 aprilie 2002, cu modificările și completările ulterioare. Republicat în: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 72–74, art. 195.

[4] REPUBLICA MOLDOVA. Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, cu modificările și completările ulterioare. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373.

[5] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, cu modificările și completările ulterioare. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176–181, art. 867. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/27483.

[6] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii, cu modificările și completările ulterioare. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 205–207, art. 673. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/135028.

[7] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 330 din 9 noiembrie 2023 pentru modificarea Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140189&lang=ro.

[8] REPUBLICA MOLDOVA. Legea nr. 1256-XV din 19 iulie 2002 privind ratificarea Convenției privind drepturile omului și biomedicina și a Protocolului adițional referitor la interzicerea clonării ființelor umane. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 110–112, art. 853. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/29192.

[9] REPUBLICA MOLDOVA. Hotărârea Guvernului nr. 192 din 24 martie 2017 cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 92–102, art. 268.

[10] REPUBLICA MOLDOVA. Hotărârea Guvernului nr. 387 din 14 iunie 2023 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030”. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2023, nr. 302–305, art. 700. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108813&lang=ro.

[11] REPUBLICA MOLDOVA. Ministerul Sănătății. Ordinul nr. 647 din 21 septembrie 2010 privind aprobarea Regulamentului pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii.

[12] REPUBLICA MOLDOVA. Ministerul Sănătății. Ordinul nr. 412 din 22 mai 2026 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Întreruperea sarcinii în condiții

de siguranță". Disponibil: https://ms.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/obstetrica/ [data accesării 02.08.2026].
[13] REPUBLICA MOLDOVA. Strategia națională în sănătatea reproducerii pentru anii 2005–2015.

b. Acte și documente internaționale / europene

[14] CONSILIUL EUROPEI. Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, Roma, 4 noiembrie 1950. Ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24 iulie 1997. Text disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_RON.
[15] CONSILIUL EUROPEI. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane cu privire la aplicarea biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicina, Oviedo, 4 aprilie 1997. Disponibil: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164.
[16] CONSILIUL EUROPEI. Convenția pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, Strasbourg, 28 ianuarie 1981 (Convenția nr. 108).
[17] CONSILIUL EUROPEI. Comitetul de Miniștri. Recommendation No. R (97) 5 on the protection of medical data, adopted on 13 February 1997. Disponibil: https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf.
[18] NAȚIUNILE UNITE. Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, New York, 16 decembrie 1966. Ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28 iulie 1990. Text disponibil: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights.
[19] NAȚIUNILE UNITE. Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată la 10 decembrie 1948. Text disponibil: https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.
[20] ORGANIZAȚIA NAȚIUNILOR UNITE. Declarația Conferinței Națiunilor Unite asupra mediului uman, Stockholm, 16 iunie 1972. Disponibil: https://legal.un.org/avl/ha/dunche/dunche.html.
[21] ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII, Biroul Regional pentru Europa. Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa. Consultația de la Amsterdam, 28–30 martie 1994. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 1994.
[22] PARLAMENTUL EUROPEAN; CONSILIUL UNIUNII EUROPENE. Regulamentul (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor). În: Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 119, 4 mai 2016. Disponibil: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj.
[23] PARLAMENTUL EUROPEAN; CONSILIUL UNIUNII EUROPENE. Directiva 95/46/CE din 24 octombrie 1995 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. În: Jurnalul Oficial al Comunităților Europene, L 281, 23 noiembrie 1995, pp. 31–50. Abrogată de Regulamentul (UE) 2016/679.

[24] WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaration of Helsinki: Recommendations Guiding Doctors in Clinical Research. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, June 1964. Disponibil: https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-jun1964/.
[25] ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. American Convention on Human Rights, art. 4. Text disponibil: https://www.oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf.
[26] DECLARAȚIA DREPTURILOR OMULUI DIN VIRGINIA, 12 iunie 1776.
[27] DECLARAȚIA DE INDEPENDENȚĂ A STATELOR UNITE ALE AMERICII, 4 iulie 1776. Text în limba română: http://www.dadalos.org/rom/Menschenrechte/grundkurs_2/Materialien/dokument_3.htm.

c. Acte normative străine folosite în analiza comparată

[28] BELGIA. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Moniteur belge, 22 juin 2002, art. 3. Text disponibil: https://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/19097638_fr.pdf.
[29] FRANȚA. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française, nr. 54 din 5 martie 2002. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015.
[30] FRANȚA. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel de la République française, nr. 28 din 3 février 2016. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253.
[31] FRANȚA. Code de la santé publique, art. L. 1110-5-2. Disponibil: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000054137172.
[32] GERMANIA. Strafgesetzbuch (Codul penal), §§ 218, 218a și 219. Disponibil: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218.html; https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218a.html; https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__219.html.
[33] IRLANDA. Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, nr. 31/2018, secțiunile 9–12. Disponibil: https://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31/enacted/en/html.
[34] ITALIA. Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, art. 4, art. 5 și art. 9. Disponibil: https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.codiceRedazionale=078U0194&atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-05-22&bloccoAggiornamentoBreadCrumb=true&classica=true&dataVigenza=&generaTabId=true&qId=d660ae55-9cf4-4243-8172-1772c6116cee&tabID=0.4868640790743366&tipoDettaglio=vigente&title=lbl.dettaglioAtto.
[35] MALTA. Criminal Code, Chapter 9, art. 243B, introdus prin Act XXII of 2023. Disponibil: https://legislation.mt/getpdf/67bee314ffa66e24bc1aeb07.

[36] POLONIA. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, art. 4a. Disponibil: https://eli.gov.pl/api/acts/DU/1993/78/text.html.

[37] ROMÂNIA. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 a drepturilor pacientului. În: Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 51 din 29 ianuarie 2003. Art. 6 și art. 26. Disponibil: https://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?idt=39946.

[38] ROMÂNIA. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Republicată în: Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 20 august 2015.

[39] ROMÂNIA. Decretul nr. 469/1957 pentru modificarea Codului penal. Disponibil: https://lege5.ro/gratuit/g42tsmbq/decretul-nr-469-1957-pentru-modificarea-codului-penal.

[40] ROMÂNIA. Decretul nr. 770 din 1 octombrie 1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii. În: Buletinul Oficial, nr. 60 din 1 octombrie 1966.

[41] ROMÂNIA. Codul penal, art. 201 (întreruperea cursului sarcinii). Disponibil: https://lege5.ro/gratuit/gezdmnrzgi/art-201-intreruperea-cursului-sarcinii-codul-penal?dp=gqytsojugy3tc.

[42] ROMÂNIA. Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România, aprobat prin Hotărârea nr. 3/2016. În: Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 981 din 7 decembrie 2016, art. 34. Disponibil: https://lege5.ro/gratuit/geztmojxhe3q/codul-de-deontologie-medicala-al-colegiului-medicilor-din-romania-din-04112016.

[43] SAN MARINO. Law no. 127 of 7 September 2022, Regulating Voluntary Termination of Pregnancy, arts. 4–6. Disponibil: https://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/documento17134571.html.

[44] SPANIA. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, astfel cum a fost modificată prin Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, arts. 13, 13 bis, 14 și 15. În: Boletín Oficial del Estado, nr. 51 din 1 martie 2023. Disponibil: https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con.

[45] ȚĂRILE DE JOS. Wet van 22 augustus 2022 tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap in verband met het afschaffen van de verplichte minimale beraadtermijn voor de afbreking van zwangerschappen. În: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 2022, nr. 326; în vigoare de la 1 ianuarie 2023. Disponibil: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2022-326.html.

[46] WASHINGTON STATE, UNITED STATES. Death with Dignity Act. Disponibil: http://www.doh.wa.gov/dwda/.

II. Jurisprudență

a. Curtea Europeană a Drepturilor Omului

[47] AFIRI AND BIDDARRI v. France (dec.), nr. 1828/18, decizia din 23 ianuarie 2018. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-180588.

[48] A, B AND C v. Ireland [MC], nr. 25579/05, hotărârea din 16 decembrie 2010. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-102332.

[49] A.K. v. Latvia, nr. 33011/08, hotărârea din 24 iunie 2014. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-113323.

[50] BOSO v. Italy (dec.), nr. 50490/99, decizia din 5 septembrie 2002. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-23338.
[51] BRÜGGEMANN AND SCHEUTEN v. the Federal Republic of Germany, nr. 6959/75, decizia asupra admisibilității din 19 mai 1976. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-74824.
[52] CHRISTODOULOU ET AUTRES c. Grèce, nr. 80452/12. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-144366.
[53] D. v. Ireland, nr. 26499/02, decizia asupra admisibilității din 27 iunie 2006. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-76233.
[54] GARD AND OTHERS v. the United Kingdom, nr. 39793/17, decizia din 27 iunie 2017. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-175359.
[55] GLASS v. the United Kingdom, nr. 61827/00, hotărârea din 9 martie 2004. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61663.
[56] GROSS v. Switzerland [MC], nr. 67810/10, decizia din 30 septembrie 2014. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146230.
[57] HAAS v. Switzerland, nr. 31322/07, hotărârea din 20 ianuarie 2011. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940.
[58] KLASS AND OTHERS v. Germany, nr. 5029/71, hotărârea din 6 septembrie 1978. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57510%22]}.
[59] KOCH v. Germany, nr. 497/09, hotărârea din 19 iulie 2012. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282.
[60] LAMBERT AND OTHERS v. France [MC], nr. 46043/14, hotărârea din 5 iunie 2015. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352.
[61] MORTIER v. Belgium, nr. 78017/17, hotărârea din 4 octombrie 2022. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-219988.
[62] DÁNIEL KARSAI v. Hungary, nr. 32312/23, hotărârea din 13 iunie 2024. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-234151.
[63] NICKLINSON AND LAMB v. the United Kingdom, nr. 2478/15 și 1787/15, decizia din 23 iunie 2015. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-156476.
[64] PRETTY v. the United Kingdom, nr. 2346/02, hotărârea din 29 aprilie 2002. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448.
[65] R.R. v. Poland, nr. 27617/04, hotărârea din 26 mai 2011. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911.
[66] TYSIĄC v. Poland, nr. 5410/03, hotărârea din 20 martie 2007. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812.
[67] VO v. France [MC], nr. 53924/00, hotărârea din 8 iulie 2004. HUDOC: https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61887.

b. Alte instanțe

[68] BUNDESGERICHTSHOF (Germania). Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09. Disponibil: https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Art=pm&Blank=1&Datum=2010-6&Gericht=bgh&file=dokument.pdf&linked=urt&nr=52999.

[69] FRANȚA. Cour de cassation, première chambre civile. Arrêt Larenaudie din 6 decembrie 2007, nr. 06-19.30[?]; Bull. civ. I, nr. 380; D. 2008, p. 192, nota P. Sargos; RTD civ., 2008, p. 303.
[70] POLONIA. Trybunał Konstytucyjny. Hotărârea din 22 octombrie 2020, cauza K 1/20. Disponibil: https://trybunal.gov.pl/en/hearings/judgments/art/11300-planowanie-rodziny-ochrona-plodu-ludzkiego-i-warunki-dopuszczalnosci-przerywania-ciazy.
[71] ROMÂNIA. Curtea Constituțională. Decizia nr. 21 din 3 februarie 2000. În: Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 159 din 17 aprilie 2000.

III. Literatură de specialitate

a. Cărți, monografii, tratate și teze

[72] BAIEȘ, S.; ROȘCA, N. Drept civil. Partea generală. Persoana fizică. Persoana juridică. Vol. I. Chișinău: Î.S. „Tipografia Centrală", 2007. 576 p.
[73] BINET, Jean-René. Droit médical. Paris: Montchrestien, 2010.
[74] BINET, Jean-René. Droit de la bioéthique. 2e éd. LGDJ Manuels, 2023.
[75] BÎRNA, T. Bioetica: probleme și soluții. Chișinău: Medicina, 2001. 248 p.
[76] CERNICA, Viorel. Fenomenul și nimicul I: proiectul fenomenologic – concept și aplicații. București: Paideia, 2005.
[77] CLOȘCA, Ionel; SUCEAVA, Ion; MAXIM, Ioan; BĂDESCU, Gheorghe. Consiliul Europei. Drepturile omului: documente. București: Themis Edit SRL, 1994.
[78] CREANGĂ, Ion; GURIN, Corneliu. Drepturile și libertățile fundamentale. Chișinău: Tipografia Centrală, 2005.
[79] CREANGĂ, Ion; GURIN, Corneliu. Drepturile și libertățile fundamentale. Sistemul de garanții. Chișinău: Tipografia Centrală, 2005.
[80] CRISTE, M. Instituții constituționale contemporane. Timișoara: Universitatea de Vest, 2010.
[81] DAMASCHIN, I. Dogmatica. București: Editura Scripta, 1993.
[82] DEMETER, I. Declarația drepturilor omului. București, 1968.
[83] DIACONU, Mădălina. Pe marginea abisului – Søren Kierkegaard și nihilismul secolului al XIX-lea. București: Editura Științifică, 1996.
[84] DOGARU, I.; DĂNIȘOR, D. Drepturile omului și libertățile publice. Chișinău: Zamolxe, 1998.
[85] ENCICLOPEDIA DE FILOSOFIE ȘI ȘTIINȚE UMANE. Traducere de Luminița Cosma, Anca Dumitru, Florin Frunză ș.a. București: All Educational (DeAgostini), 2007.
[86] FRUMA, Ioan. Responsabilitatea medicului. Sibiu: Editura H. Welther, 1944.
[87] DICȚIONARUL EXPLICATIV AL LIMBII ROMÂNE. Ediția a II-a revăzută și adăugită. 2009.
[88] GENEZA CONSTITUȚIEI ROMÂNIEI 1991. Lucrările Adunării Constituante: scurtă alocuțiune a domnului Ioan Ban, p. 206.
[89] GENICOT, Gilles. Droit médical et biomédical. Bruxelles: Éditions Larcier, 2010.
[90] GUCEAC, I. Curs elementar de drept constituțional. Vol. II. Chișinău, 2004.
[91] HENIG, Robin Marantz. Pandora's Baby: How the First Test Tube Babies Sparked the Reproductive Revolution. New York: Houghton Mifflin, 2004. ISBN 0-618-22415-7.

[92] IANCU, Gh. Drepturile fundamentale și protecția mediului. București: Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, 1998.
[93] IONESCU, M. Ermeneutica biblică a Sfântului Grigorie de Nyssa. Teză de doctorat. Galați: Editura Arhiepiscopiei Dunării de Jos, 2013.
[94] LAZANOVICI, L. A. Avortul ilegal: analiză penală și criminologică. Teză de autoreferat pentru obținerea titlului științific de candidat în științe juridice. Stavropol, 2004. 23 p.

[95] MENDELSON, V. D. Răspunderea pentru săvârșirea avortului ilegal în dreptul sovietic. Moscova: Editura Universității din Moscova, 1957. 62 p.
[96] MURARU, I. Drept constituțional și instituții politice. București: Actami, 1995.
[97] PAVALEANU, V.; PAVALEANU, L. Limitarea și privarea de libertate ca măsuri penale. Iași: Editura Fundației „Chemarea”, 1997.
[98] PERCIVAL, Thomas. Medical Ethics; or, A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. Manchester: S. Russell, 1803.
[99] POPA, Vasile; POPETI, Corneliu; ADAMESCU, Ion. Drepturile omului (concept, legislație, practica statelor). Timișoara: Editura Presă Universitară Română, 1994.
[100] SARTRE, Jean-Paul. Existențialismul este un umanism. Milano: Mursia, 1974.
[101] TAGANȚEV, N. S. Ugolovnoe pravo (Čast’ Obščaja). Čast’ 1. Po izdaniju 1902 goda. Allpravo.ru, 2003. Disponibil: http://www.allpravo.ru/library.
[102] TROFIMOV, Igor. Drept civil. Contractele civile. Chișinău: Academia „Ștefan cel Mare” a Ministerului Afacerilor Interne, 2004. 256 p. ISBN 9975-935-51-6.

b. Articole în reviste, studii și capitole în volume

[103] ALBERT, Nathalie. Obligation d’information médicale et responsabilité. În: RFDA, 2003, p. 353.
[104] ASTĂRĂSTOAE, V. Copiii – populație vulnerabilă în cercetarea biomedicală. În: Revista Română de Bioetică, 2015, vol. 13, nr. 4, p. 23
[105] BATTIN, M. P. et al. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. În: Journal of Medical Ethics, 2007, vol. 33, nr. 10, pp. 591–597.
[106] CASSEL, E. J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. În: The New England Journal of Medicine, 1982, vol. 306, nr. 11, pp. 639–645. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104.
[107] CERNEGA, O. A. Probleme juridice ale întreruperii artificiale a sarcinii. În: Probleme actuale ale reglementării juridice a activității medicale: materialele celei de-a 2-a Conferințe științifico-practice pan-ruse, 26 martie 2004. Moscova: RNOU, 2004, pp. 331–335.
[108] CHANG, Hsihui; KAO, Yi-Ching; MASHRUWALA, Raj; SORENSEN, Susan M. Technical Inefficiency, Allocative Inefficiency, and Audit Pricing. În: Journal of Accounting, Auditing & Finance, 2018, vol. 33, nr. 4, pp. 580–600. DOI: https://doi.org/10.1177/0148558X17696760.

[109] DIACONEASA, D. T. Eutanasia umană – limita libertății individuale? În: Revista Științifică a Facultății de Drept, Universitatea din București, 2019, nr. 2, pp. 89–104.
[110] GHEORGHIŢĂ, N. Dreptul la viață al fătului. Aspecte juridice și moral-etice. In: Promotion of Social and Economic Values in the Context of European Integration: . Young researchers, Ed. Ediţia a 5-a, 2-3 decembrie 2022, Chişinău. Chișinău, Republica Moldova: 2022, Ediţia 5, TC, pp. 73-78. ISBN 978-9975-3527-9-6.
[111] GHEORGHIŢĂ, N. Libertatea fiinţei umane şi bioetica – o perspectivă creştină. În: Materialele Conferinţei „Promovarea valorilor social-economice în contextul integrării europene", 11 decembrie 2020. Chişinău: Tipografia „Adrilang", 2020, p.81-86.
[112] GEVERS, S. Euthanasia and the law: recent developments in the Netherlands. În: Medico-Legal Journal of Ireland, 2004, vol. 10, pp. 32–37.
[113] GUSKOVA, A. K. Radiation and human brain. În: Medical Radiology and Radiation Safety, 2001, nr. 46(5), pp. 47–55.
[114] HARIRI, Essa; AL HAMMOUD, Mazen; DONOVAN, Erin; SHAH, Kevin; KITTLESON, Michelle M. The Role of Informed Consent in Clinical and Research Settings. În: Medical Clinics of North America, 2022, vol. 106, nr. 4, pp. 663–674. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.01.008.
[115] HEIDE, A. van der; DELIENS, L.; FAISST, K.; NILSTUN, T.; NORUP, M.; PACI, E.; WAL, G. van der; MAAS, P. J. van der. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. În: The Lancet, 2003, vol. 362, nr. 9381, pp. 345–350.
[116] HOLLAND, Kimberly. Euthanasia: Understanding the Facts. În: Healthline, 31 mai 2019. Disponibil: https://www.healthline.com/health/what-is-euthanasia.
[117] KISELEVA, M. Răspunderea penală pentru întreruperea ilegală a sarcinii. În: Drept penal, 2008, nr. 4, pp. 31–35.
[118] MALLARDI, V. The origin of informed consent. În: Acta Otorhinolaryngologica Italica, 2005, vol. 25, nr. 5, pp. 312–327. ISSN 0392-100X.
[119] MEISEL, A.; KUCZEWSKI, M. Legal and ethical myths about informed consent. În: Archives of Internal Medicine, 1996, vol. 156, nr. 22, pp. 2521–2526. ISSN 1538-3679.
[120] OUDEYER, P.-Y. On the impact of robotics in behavioral and cognitive sciences: from insect navigation to human cognitive development. În: IEEE Transactions on Autonomous Mental Development, 2010, pp. 2–16. DOI: 10.1109/TAMD.2009.2039057.
[121] PĂDURE, Andrei. Aspecte etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2011, nr. 1(36), pp. 57–61. ISSN 2587-3873.
[122] PHELAN, Liam; GRELA, M.; NAUMANN, D. N.; ROUTLEY, S.; BOWLEY, D. M. From benevolent deception to patient autonomy: a condensed history of consent in medical practice. În: The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England, 2026, vol. 108, nr. 4, pp. 209–214. DOI: 10.1308/rcsbull.2026.77.
[123] RAWLS, J. The Kantian concept of equality. În: Cambridge Review, 12 februarie 1975, p. 94.

[124] RONDAL, D. Reflection on the rights of future generations. În: Rights and Regulation: Ethical, Political and Economic Issues. San Francisco: Pacific Institute for Public Policy Research, 1983, cap. 9, p. 205.
[125] SARGOS, Pierre . În: E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2012, vol. 11, nr. 2, pp. 050–054. Disponibil: http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054.
[126] SARTORIUS, R. Government regulation and intergenerational justice. În: Rights and Regulation: Ethical, Political and Economic Issues. San Francisco: Pacific Institute for Public Policy Research, 1983, p. 197.
[127] SEARLE, John. Minds, Brains and Programs. În: Behavioral and Brain Sciences, 1980, pp. 417–457. DOI: 10.1017/S0140525X00005756.
[128] SPRUNG, Charles L.; WINICK, Bruce J. Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. În: Critical Care Medicine, 1989, vol. 17, nr. 12, pp. 1346–1354. DOI: 10.1097/00003246-198912000-00022.
[129] TASAKOV, S.; ȘUMILOV, A. Întreruperea artificială a sarcinii (avortul). Aspecte penale. În: Drept penal, 2004, nr. 2, pp. 67–69.
[130] TĂVALĂ, Emanuel. Este o datorie să mori în Europa? Dacă nu acum, atunci când? Eutanasia și sinuciderea asistată medical din perspectivă juridică. În: Revista Română de Drept Privat, 2017, nr. 4, pp. 222–233.
[131] UDUDEC, E. D. Avortul. În: Revista Științifică a Facultății de Drept, Universitatea din București, 2018, nr. 1, pp. 156–171.
[132] COELHO, R.; GAIND, Sonu; LEMMENS, Trudo. Unravelling MAID in Canada: Euthanasia and Assisted Suicide as Medical Care. 2024, p. 34.
[133] WATSON, R. Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April. În: BMJ, 2009, vol. 338, articol b1248.
[134] Аманжолова, Б. А. История правовой регламентации абортов в зарубежном законодательстве. În: Вопросы современной юриспруденции, 2014, nr. 42.
[135] Дикке, Г. Б.; Ерофеева, Л. В.; Яроцкая, Е. Л. От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии. În: Status Praesens. Акушеру-гинекологу — врачу и человеку, 2011, nr. 1(4), pp. 98–99.

c. Surse filosofice și religioase

[136] BIBLIA sau SFÂNTA SCRIPTURĂ. Facerea 1:28.
[137] BIBLIA sau SFÂNTA SCRIPTURĂ. Deuteronomul 30:19.
[138] SFÂNTUL GRIGORIE DE NYSSA. De virginitate. În: Patrologia Graeca, tom. 46, vol. 3, col. 369 C–D.
[139] TERTULIAN. Adversus Marcionem. În: Patrologia Latina, tom. 2, lib. II, cap. 5, col. 316 B–C.

IV. Rapoarte, ghiduri și resurse instituționale

[140] CENTRUL FILIA. Raport de cercetare – Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România 2020–2021. 2021. Disponibil: https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/09/Raport-avorturi-2020-2021.pdf.

[141] CENTRUL FILIA; CENTRUL EUROREGIONAL PENTRU INIȚIATIVE PUBLICE (ECPI). Raport de cercetare – Refuzul la efectuarea avortului la cerere în România. 2019.
[142] COMISIA EUROPEANĂ. Avort sigur și accesibil: Comisia decide să înregistreze o nouă inițiativă cetățenească europeană. Comunicat de presă, Bruxelles, 10 aprilie 2024. Disponibil: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/ro/ip_24_1854.
[143] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. Guide on Article 8 of the Convention – Right to respect for private and family life, home and correspondence. Strasbourg: European Court of Human Rights.
[144] CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI. End-of-life situations. ECHR-KS, Key Theme – Articles 2 and 8. Actualizat la 31 august 2025. Disponibil: https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/end-of-life-situations.
[145] GRUPUL DE LUCRU ARTICOLUL 29. Opinia nr. 15/2011.
[146] GRUPUL DE LUCRU ARTICOLUL 29. Orientări privind consimțământul, 2018.
[147] RAPORT STATISTIC nr. 13 privind întreruperea de sarcină (date pentru anul 2020, termene până la 21 de săptămâni). Disponibil: https://cidsr.md/wp-content/uploads/2021/11/Raport-Statistic-nr.-13-privind-intreruperea-de-sarcina-2020.pdf.

V. Alte surse

[148] EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE (EESC). Resursă accesată prin URL-ul https://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224.
[149] LEX.JUSTICE.MD. Document disponibil la: http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941.
[150] Portalul legislativ al României. Document disponibil la: https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/8709.
[151] OREGON. Attending Physician Form. URL: http://oregon.gov/DHS/ph/pas/.
[152] REPUBLICA MOLDOVA. Sondaj/studiu privind „Biserica și Stat în RM”. URL indicat: https://736f726f73.ultracdn.net/wp-content/uploads/2023/03/Studiu_Biserica-si-Stat-in-RM.pdf.
[153] Á RAMIS. Libertad y muerte digna en Chile. În: BioBioChile, 19 ianuarie 2021. Disponibil: https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/tu-voz/2021/01/19/libertad-y-muerte-digna-en-chile-estar-a-favor-de-la-vida-o-de-la-conciencia.shtml.
[154] (KNMP) ROYAL DUTCH SOCIETY FOR THE ADVANCEMENT OF PHARMACY. Utilization and preparation of euthanasia drugs. The Hague: KNMP, 1998.
[155] UNIVERSUL JURIDIC. „Avortul – o dimensiune controversată a exercitării drepturilor sexuale și reproductive”. Disponibil: https://www.universuljuridic.ro/avortul-o-dimensiune-controversata-a-exercitarii-drepturilor-sexuale-si-reproductive/.
[156] WHO. European Declaration on the Rights of Patients (1994). URL: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.
[157] Codul de la Nürnberg. URL: https://nostrabrucanus.wordpress.com/libertatea-sanatatii/codul-nuremberg-1947/.

ANEXE



Figura A1.1 Eugene Delacroix, „Libertatea conducând poporul”, Muzeul Luvru, Paris, Franța



Figura A1.2 Statuia Libertății din New York, USA



Figura A1.3 La Liberte Eclairant Le Monde, Grădina Luxembourg, Paris



Figura A1.4 Statuia Libertății de pe Île des Cygnes – Paris, Franța



Figura A1.5 Zenos Fundakis, „Freedom" – Philadelphia, USA



Figura A1.6 Pablo Picasso, „Femeia care plânge", Franța 1937

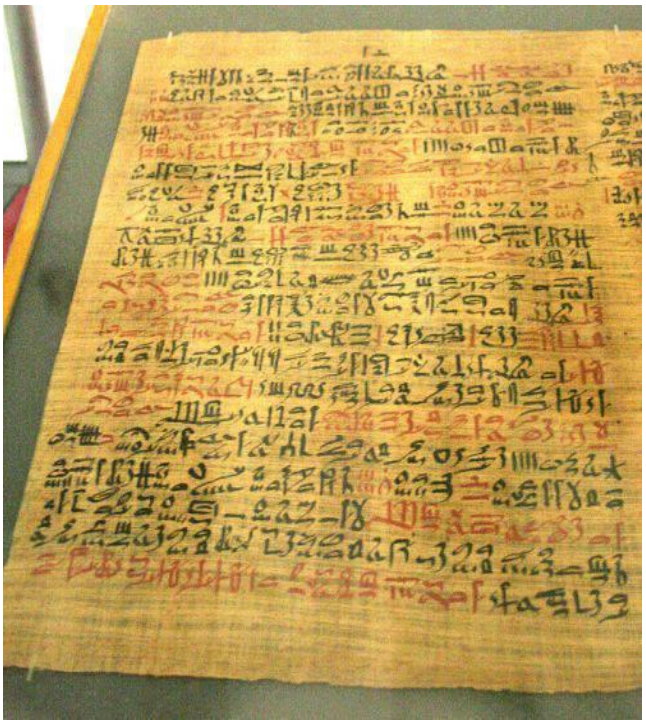


Figura A1.7 Papirusul Ebers – cea mai veche descriere a unui avort

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, Gheorghiță Nelu, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

GHEORGHIȚĂ Nelu



05.03.2025

CURRICULUM VITAE

INFORMAŢII PERSONALE

Gheorghiță Nelu

[

Strada Sindicatelor nr. 64, Galați, 800210, România

\- 0040723035197

nelugheorghita@univ-danubius.ro

Yahoo

Sexul M | Data naşterii 14/11/1972 Naţionalitatea română

EXPERIENŢA PROFESIONALĂ

EDUCAŢIE ŞI FORMARE

Cursuri de instruire și formare ID-IFR, Universitatea „Danubius” Galați 27-30. 09.2021;

Scrieţi datele (01.04.2021-30.07.2022; 21.12.2022-prezent)

Tutore (Drept Internațional Privat și Succesiuni)

Universitatea „Danubius” Galați, Bdul Galați nr. 3

- Activități tutoriale ID-IFR

Învățământ superior

Universitatea de Studii Europene din Moldova, Chișinău, 2020- prezent, doctorand
Universitatea „Danubius” Galați , licențiat în Drept, 2020
Universitatea Ovidius Constanța, master în Științe economice, 2009
Universitatea București, licențiat în Teologie ortodoxă, 1998

COMPETENTE PERSONALE

Limba(i) maternă(e) Limba română

Alte limbi străine cunoscute

	INTELEGERE		VORBIRE		SCRIERE
	Ascultare	Citire	Participare la conversaţie	Discurs oral	
Limba engleză	A2	B1	A2	A2	A2
Limba franceză	A2	B1	A2	A2	A2

Niveluri: A1/2: Utilizator elementar - B1/2: Utilizator independent - C1/2: Utilizator experimentat
Cadrul european comun de referinţă pentru limbi străine

Competenţe de comunicare
- bune competenţe de comunicare dobândite prin experienţa proprie de tutore

Competenţe organizaţionale/manageriale
- compentențe manageriale dobândite din certificările profesionale

Competenţe dobândite la locul de muncă
- Responsabilitate, adaptabilitate

Competenţe informatice	▪ O bună cunoaștere a instrumentelor Microsoft Office(Word , Excel și Power-Point)
Alte competenţe	▪ Abilități artistice: muzică și poezie
Permis de conducere	▪ categoria B din anul 1994

INFORMATII SUPLIMENTARE

Publicaţii Prezentări Proiecte Conferinţe Seminarii	**1.**



09.03.2025