

Repere istorice în evoluția personalității juridice a instituțiilor medicale

Historical landmarks in the evolution of legal personality of medical institutions

Marius-Ioan Floare¹

Gol am fost și M-ați îmbrăcat; bolnav am fost și M-ați cercetat...

Evanghelia după Matei 25:36

Rezumat: Organizarea juridică a activităților medicale a evoluat pe parcursul istoriei dreptului european, o dată cu importanța și semnificația socială și economică a acestor activități. În prezenta lucrare, folosind preponderent metoda istorică, vom examina câteva repere fundamentale în organizarea ca persoane juridice a instituțiilor cu activitate medicală, pe care le vom numi generic spitale. Luând ca punct originar perioada romană vom discuta, dintr-o perspectivă modernă a caracteristicilor esențiale ale unei persoane juridice (patrimoniu distinct, organizare proprie, scop specific), evoluția acestor persoane juridice cu scop medical. Datorită întinderii reduse a prezentei lucrări, ne vom limita la spațiul juridic european și la câteva evoluții semnificative în planul instituțiilor medicale cu personalitate juridică.

Cuvinte-cheie: instituții medicale, istoria dreptului, personalitate juridică, evoluție

Abstract: The legal framework of the medical activity has evolved during the course of European law history together with the social and economic significance of these activities. In this paper, using predominantly the historical research method, we will examine some fundamental waypoints regarding the organization as legal persons of the institutions carrying out medical activities, which we generically call hospitals. Taking as a departure point the Roman era, we will discuss, using the modern optics in regard to the fundamental characteristics of a legal entity (own estate, discrete framework and specific purpose) the evolution of these legal persons with a medical purpose. Due to the limited extent of this paper, we will limit ourselves to the European legal space and to only a few of the significant evolutions in regard to the medical institutions with a legal personality.

Keywords: medical institutions, law history, legal personality, evolution

Activitatea medicală s-a instituționalizat și profesionalizat de-a lungul istoriei, pornind de la stadiul de „artizanat” medical și organizare preponderent unipersonală, specifică oricărui „meșteșugar” al antichității și evului mediu, până

¹ Lector univ. dr., Facultatea de Drept, Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, email: marius.floare@law.ubbcluj.ro, <https://orcid.org/0000-0002-8244-3467>.

la organizarea colectivă și reglementarea profesiilor, care și-au avut germenii în antichitatea târzie și în epoca medievală, dar s-au desăvârșit abia într-o etapă mai târzie a epocii moderne, în secolul al XIX-lea. Prezenta lucrare, utilizând metoda istorică, va examina în spațiul juridic european, dintr-o perspectivă modernă a caracteristicilor esențiale ale unei persoane juridice, evoluția spitalelor ca entități cu activitate medicală în antichitate, evul mediu și epoca modernă, studiul nostru oprindu-se la limita contemporaneității (secolul al XX-lea).

1. Organizarea activității medicale în epoca romană

Organizarea profesiilor medicale în epoca romană era extrem de liberală, practicienii medicinei fiind inițial bărbierii sau sclavii greci sau orientali², astfel că nu putem vorbi într-o asemenea etapă de persoane juridice în domeniu. Accesul în profesiile medicale era liber, însă optica socială asupra remunerării profesiilor liberale făcea distincții terminologice stranii între onorariile respectabile (*honorarium*) și salarizarea „rușinoasă” (desemnată cu termenii cu conotație negativă *merces*, *meretrix* sau *mercenarii*) a unor profesii degradante, prestate de sclavi sau de persoane de condiție socială joasă cum erau sclavii eliberați.³

În epoca romană, încă de la începutul epocii imperiale (sec. I î.Chr.) existau clădiri numite *valetudinaria* unde erau găzduiți și îngrijiți soldații răniți sau bolnavi, existând o asemenea preocupare și pentru găzduirea împreună a sclavilor bolnavi.⁴ Aceste structuri nu aveau un caracter permanent, apărând din nevoia pragmatică de a avea paturi și cele necesare pentru îngrijirea unui bolnav în același loc și apărând în funcție de nevoile unei campanii militare sau în cazul izbunirii unei epidemii.⁵ Acel *valetudinaria* era un spital militar, constând de multe ori în simple barăci militare adaptate pentru soldații bolnavi sau răniți.⁶

Sub influența unor tradiții ebraice mai vechi, comunitățile creștine timpurii din Imperiul roman înființau „cluburi”, predecesoare ale viitoarelor „confreții”, care erau descrise de Tertullian (155-230 d.Ch.) ca fiind asociații (*corpus*) bazate pe

² A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *Histoire du Droit de la Santé*, Les Études Hospitalières Éditions, Bordeaux, 2014, p. 23; K. Kelly, *The History of Medicine – Early Civilizations: Prehistoric Times to 500 C.E.*, Facts on File, New York, 2009, pp. 145-146.

³ Pentru detalii, a se vedea M. Floare, „A Brief Overview on the Historical Beginnings of Health Law in the Broader Context of Private Law ” în *Studia Universitatis Babeș-Bolyai – Iurisprudentia* nr. 4/2019, p. 154, DOI:10.24193/SUBBiur.64(2019).4.6; A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, pp. 23-24;

⁴ W. Bynum, *The History of Medicine – A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2008, p. 23, DOI: 10.1093/actrade/9780199215430.001.0001; G.B. Risse, *Mending Bodies, Saving Souls – A History of Hospitals*, Oxford University Press, Oxford, 1999, pp. 47-48.

⁵ W. Bynum, *op. cit.*, p. 23.

⁶ T.A. Ziegler, *Medieval Healthcare and the Rise of Charitable Institutions – The History of the Municipal Hospital*, Palgrave Macmillan, Cham, 2018, p. 33, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-02056-9>.

împărtășirea credinței religioase și felul de viață comun (creștin), printre sarcinile esențiale ale acestor asociații fiind și îngrijirea celor săraci sau bolnavi.⁷

O dată cu dezvoltarea bisericii creștine în Imperiul roman a crescut și implicarea organizată a acesteia în îngrijirea sănătății, sarcinile caritabile revenind diaconului, care răspundea de distribuirea banilor și a altor bunuri, revenindu-i acestuia găzduirea pelerinilor și îngrijirea bolnavilor. Diaconii anunțau episcopul despre existența bolnavilor, iar înaltul prelat putea să îi viziteze, preluând astfel tradiția antică în care îngrijirea celor bolnavi era o sarcină a templelor și a preoților acestora. Cu timpul, au apărut clericii specializați care administrau veniturile ce susțineau activitățile caritabile, aceștia devenind ulterior administratorii spitalelor creștine medievale.⁸

Spitalele creștine timpurii erau strâns legate de ospitalitatea oferită de mănăstiri pelerinilor, care aveau nevoie frecvent, pe lângă găzduire, și de îngrijiri medicale pentru afecțiunile cauzate de călătorii. Canonul LXX al Conciliului de la Niceea din anul 325 d.Ch. a impus înființarea unui spital în toate orașele ce aveau o catedrală, pentru că aceste catedrale atrăgeau pelerinii și mulți dintre aceștia ajungeau acolo bolnavi. Același canon impunea colectarea de contribuții și pomeni de la toți creștinii, în funcție de posibilitățile fiecăruia, pentru a acoperi cheltuielile spitalelor, care urmau a se înființa, pe lângă orașe, și de-a lungul marilor drumuri, ca veritabile servicii publice.⁹ O dată cu declinul Imperiului roman, aceste spitale orășenești au decăzut în cea mai mare parte a Europei, făcând loc unora cu caracter predominant monastic.¹⁰

Codul Theodosian din anul 429 d.Ch. a instituit, pe lângă cvasi-obligativitatea religiei creștine, obligația bisericii, care avea acum un statut privilegiat, de a se îngriji din propria avere de cei săraci și bolnavi. Se făcea astfel tranziția de la lipsa aproape totală a unui sistem de sănătate publică din antichitatea romană, unde nici măcar cetățenii romani nu aveau un drept garantat la îngrijiri medicale, ci doar la alimente și distracție (*panem et circenses*), la sistemele incipiente de sănătate publică ale Evului mediu timpuriu, bazate pe mila creștină și supravegheate de mănăstiri.¹¹

2. Activitatea medicală în epoca medievală timpurie (secolele al V-lea – al X-lea)

Evul mediu timpuriu în Occidentul european, al cărui început convențional coincide cu căderea Imperiului roman de apus în anul 476 d.Ch., a marcat preluarea unor atribuții ale administrației seculare în descompunere de către alți actori sociali, mai ales biserica, printre acestea fiind și sănătatea publică. Episcopii

⁷ *Idem*, pp. 42-43.

⁸ *Idem*, p. 43.

⁹ *Idem*, pp. 44-45.

¹⁰ *Idem*, p. 45.

¹¹ *Idem*, pp. 45-46.

înființau spitale și călugării se ocupau de filantropie, totul sub umbrela milei creștine care încuraja pomenile în direcția celor ce se ocupau de bolnavi.¹²

Prin detașarea lor de viață seculară, mănăstirile se preocupaseră dintotdeauna și de sănătatea călugărilor din incinta lor, prin intermediul „infirmierilor” și a personalului specializat în îngrijirea sănătății. De aici nu a fost decât un „pas” istoric de câteva secole, sub umbrela milei creștine, pentru a extinde aceste îngrijiri și către persoane din afara mănăstirii, ducând astfel la apariție proto-spitalelor mănăstirești, printre precursorii acestora fiind mănăstirile copte din Egipt din secolul al IV-lea d.Ch.¹³

Prototipul spitalului din această epocă de tranziție este cel înființat de episcopul Vasile din Cezareea la sfârșitul secolului al IV-lea d.Ch., acel cleric din Orient fiind considerat primul care a îmbinat tradiția spitalului monastic de uz intern cu rolul episcopului de a se îngriji de săraci în spitalul de sub oblăduirea sa, îmbinând îngrijirea medicală realizată de profesioniști, asigurarea condițiilor materiale pentru sănătate și caritatea față de cei din afara mănăstirii. Monasticismul benedictin din Evul mediu timpuriu furniza îngrijiri medicale doar pentru călugări și asigura ospitalitate pentru călătorii laici, fără încă a le da acces în această epocă și la infirmeria mănăstirii.¹⁴

Spitalele bizantine, numite *xenones*, începuseră să se concentreze exclusiv pe îngrijirea bolnavilor încă din secolul al IV-lea d.Ch., extinzându-și serviciile medicale oferite sub egida filantropiei mai ales în timpul domniei împăratului Iustinian din secolul al VI-lea d.Ch. În secolele al XI-lea – al XII-lea, spitalele bizantine erau deja punctele centrale ale profesiei medicale, oferind atât tratament specializat celor internați cât și servicii ambulatorii.¹⁵ Spitalele bizantine erau organizate amănunțit, printre aceste reguli (numite *typika*, asemeni regulilor monastice grecești) regăsindu-se câți medici și asistenți trebuiau să existe în spital, cum vor lucra aceștia în schimburi lunare, cât vor fi plătiți și cum vor avansa acești salariați în profesie.¹⁶ Spitalul bizantin (cel mai cunoscut fiind Pantokrator Xenon) avea deja elementele tipice pe care modernitatea le atribuie persoanei juridice.

Spitalele bizantine ofereau și vizite la domiciliu din partea medicilor dar care erau foarte costisitoare, astfel încât chiar clasa de mijloc a societății prefera să primească îngrijirile la spital, unde se distribuiau și leacuri.¹⁷

Sentimentul civic și caritatea creștină i-au influențat și pe conducătorii seculari care au înființat și înzestrat primele spitale din Franța, cum este spitalul (*Hôtel-Dieu*) din Lyon, înființat în anul 542 d.Ch. de regele Childebert I, fiul lui Clovis, sau spitalul din Paris, înființat în anul 651 de episcopul Landeric, sub autoritatea regelui Clovis II.¹⁸ Aceste proto-spitale monastice erau mici și se aflau

¹² *Idem*, pp. 49-52.

¹³ *Idem*, pp. 51-55.

¹⁴ *Idem*, pp. 55-58.

¹⁵ *Idem*, p. 61.

¹⁶ *Idem*, p. 62.

¹⁷ *Idem*, p. 63.

¹⁸ *Idem*, pp. 59-60.

preponderent în mediul rural în întreaga Europă occidentală, accentul căzând mai ales pe găzduirea pelerinilor și a celor săraci, înființarea lor trecând treptat, în epocile merovingiană și carolingiană ale Evului mediu timpuriu, de la episcopi la mănăstiri, fiind înființate și pe lângă marile drumuri ale epocii.¹⁹

Spitalele urbane în Evul mediu timpuriu erau o raritate, un astfel de spital fiind Santa Maria în Aquiro, lângă Roma, cu 100 de paturi în secolul al VII-lea, care se datora probabil faptului că Roma era un centru puternic de pelerinaj, sau azilele pentru săraci și pelerini din Milano de la sfârșitul secolului al IX-lea și începutul secolului al X-lea.²⁰

Spitalele medievale erau finanțate din donații și legate, fiind considerate „cauze pioase”. Primele spitale din Franța au fost înființate de episcopi în secolele al VI-lea – al VII-lea d.Ch., ca efect al deciziei Conciliului din Orleans din anul 511 d.Ch. de a impune episcopilor să aloce un sfert din resursele lor pentru spitale.²¹ Episcopii nu erau considerați „proprietarii” ci „gestionarii” bunurilor bisericii, iar spitalele pentru săraci și pelerini erau centrale pentru misiunea lor pastorală.

În timpul „renașterii” carolingiene din secolele al VIII-lea – al IX-lea d.Ch., spitalele își aveau locul de cinste lângă palatul episcopal sau lângă porțile orașelor pentru a primi călători și pelerini, fiind numite în franța *maison-Dieu* sau *hôtel-Dieu*. Decretele imperiale din epocă făceau distincția între patrimoniul spitalelor și celelalte bunuri ale bisericii, fiind considerată esențială respectarea voinței fondatorilor spitalului cu privire la destinația bunurilor acestuia.²²

Tot atunci, Conciliul de la Aix-la-Chapelle din anul 806 impune clericilor să aloce o zecime din veniturile lor pentru spitale, această obligație fiind reiterată de numeroase concilii ulterioare din prima jumătate a secolului al IX-lea, din Aix-la-Chapelle, Roma și Paris.²³

Din punct de vedere juridic, spitalele epocii erau „înzestrate” prin legate, având un regim asemănător fundațiilor contemporane *mortis causa*, și trăiau din venituri proprii, donații și legate, iar voința fondatorului era principiul lor suprem de organizare. Aceste spitale medievale erau instituții cu un pronunțat caracter social și caritabil, fiind anexe ale mănăstirilor (cele din zona rurală), mai ales începând din sec. al X-lea, o dată cu declinul vieții urbane de la sfârșitul Evului mediu timpuriu.²⁴

Călugării benedictini, care erau ordinul călugăresc cel mai intens implicat în activitatea „spitalicească”, aveau localuri separate pentru oaspeții bogați (hoteluri) și pentru cei săraci (spitale), începând chiar cu secolul al VII-lea²⁵, dar

¹⁹ S.M. Brasher, *Hospitals and charity – Religious culture and civic life in medieval northern Italy*, Manchester University Press, Manchester, 2017, pp. 12-13.

²⁰ *Idem*, p. 13

²¹ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 82.

²² *Idem*, pp. 82-83.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Idem*, p. 83.

²⁵ *Idem*, p. 83.

preocuparea lor pentru oferirea de îngrijiri medicale era inițial rezervată doar călugărilor înșiși, nu și oaspeților străini care le călcau pragul.²⁶

Resursele financiare ale spitalelor proveneau în principal din domeniul lor imobiliar, episcopul impunând o donație imobiliară la crearea oricărui spital care putea consta în terenuri cultivabile (exploatate direct sau date în arendă), clădiri de locuit. Altă sursă de venit pentru spitale erau darurile, chetele în schimbul iertării păcatelor, patul și lenjeria celui decedat din parohie, bunurile mobile ale celor decedați în spital.²⁷

Finanțarea spitalelor orășenești se baza pe donațiile unor binefăcători, care putea fi în natură sau în bani, dar putea avea sursa și în privilegiile regale, legate, participări la comerț sau organizarea de târguri, pomeni ale pelerinilor sau taxe pe produse. Preocuparea medievală pentru cei săraci și bolnavi și prestigiul social al filantropiei au înmulțit darurile către spitale de la toate nivelurile societății.²⁸

În Bizanț, spitalele erau înființate în principal de stat și de împărat și abia mai târziu, în secolele al XIV-lea – al XV-lea, pe fondul decăderii puterii imperiale și a activităților filantropice ale acesteia, apărând spitale înființate din inițiativa privată. Și spitalele bizantine fuseseră sprijinite, de la început, de biserică, mănăstiri, familii bogate și profesia medicală. Spre comparație, în Occidentul european, mirenii preluaseră înființarea de spitale încă din secolul al XII-lea, pe fondul nevoii sociale crescânde de îngrijire a săracilor.²⁹

Instituțiile medicale ale Evului mediu pot fi considerate spitalele și universitățile. Spitalele timpurii ale creștinătății erau stabilimente cvasi-religioase, înființate de ordine religioase și care erau locuri de refugiu și ospitalitate pentru pelerini și nevoiași. Spitalele nu erau axate pe îngrijiri medicale dar conțineau, asemeni mănăstirilor, o infirmerie pentru îngrijirea celor bolnavi.³⁰

Începând din secolul al XI-lea, la Salerno, în Occidentul European au apărut facultățile de medicină, în cadrul universităților, alături de alte facultăți „clasice” cum erau cele de artă, filosofie, teologie și drept.³¹ Episcopia din Salerno și mănăstirea benedictină Montecassino a fost locul acestei „renașteri” intelectuale din domeniul medical din a doua jumătate a secolului al XI-lea, când sursele grecești și latine au fost sistematizate pentru învățare și unde Constantinus Africanus a tradus în acea perioadă surse arabe în latină.³²

²⁶ K. Park, *Medicine and Society in Medieval Europe, 500-1500*, în A. Wear (ed.), *Medicine in Society – Historical Essays*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992, p. 68.

²⁷ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, pp. 89-90.

²⁸ T.A. Ziegler, *op. cit.*, pp. 80-81.

²⁹ *Idem*, p. 63.

³⁰ W. Bynum, *op. cit.*, pp. 22-23.

³¹ *Idem*, p. 26.

³² H.J. Cook, *Medicine in Western Europe* în M. Jackson (ed.), *A Global History of Medicine*, Oxford University Press, Oxford, 2018, p. 49.

3. Instituțiile medicale în Evul mediu dezvoltat (secolul al X-lea – al XIII-lea)

În Evul Mediu occidental, activitățile spitalicești și cele sanitare constituiau un cvasi-monopol al bisericii și al ordinelor religioase specializate.³³ La sfârșitul secolului al XIII-lea, în Franța, conducerea și gestiunea stabilimentelor spitalicești era revendicată de episcopii locali, de puterea regală, de orașe și de parlamentele locale.³⁴

Spitalele din Evul mediu dezvoltat și cel târziu, între secolele al XII-lea și al XV-lea erau considerate majoritatea „cauze pioase și beneficii ecleziastice” astfel că depindeau inerent de autoritatea episcopului local. Celelalte spitale depindeau de municipalități și erau administrate de mireni, la loc de cinste în această a doua categorie fiind leprozeriile.³⁵

Începând din secolul al XIII-lea se revine la un aspect urban al spitalelor și se pierde „monopolul” monastic, pe fondul exacerării sărăciei din perioada Evului mediu dezvoltat, în secolele al X-lea – al XII-lea, care depășeau cu mult posibilitățile de îngrijire ale mănăstirilor, chiar și a celor mai bogate cum era cea franceză din Cluny. Activitatea medicală a spitalelor epocii era doar un accesoriu, principala preocupare fiind „sănătatea spirituală” a „pacienților”. Plata serviciilor medicale era desconsiderată, după buna tradiție romană, legatele și donațiile lăsate de beneficiarii lor având un caracter de „recunoștință”.³⁶

Spitalele erau înființate și susținute de seniori, episcopi, clerici, burghezi bogați pentru a-și manifesta virtuțile creștine și spiritul caritabil.³⁷ Spitalele erau incluse în patrimoniul ecleziastic, la fel cu capelele și colegiile, fiind sub tutela episcopului și aveau o serie de privilegii: nu puteau face obiectul înstrăinării, chiar parțiale, fără o serie de formalități oneroase; patrimoniul caritabil nu era supus taxelor și impozitelor; aveau un drept de a înmormânta în incinta lor, asemeni bisericilor parohiale; aveau beneficiul dreptului de azil, putând interzice accesul în interiorul acestora pentru soldați sau poliție.

Începutul unui spital comunal sau orășenesc era frecvent donația sau legatul unei clădiri. Aceste spitale rurale tipice aveau o capacitate redusă și personal puțin, care se ocupa de exploatarea terenurilor adiacente, pregătirea mesei, întreținerea paturilor

În orașele mari din Franța existau așa-zisele *hôtel-Dieu* lângă catedrale, în mijlocul orașelor, acolo unde, de-a valma, bolnavi, femei însărcinate, orfani, bătrâni primeau adăpost și îngrijiri medicale limitate, constând mai ales în siropuri, îmbăieri și, pe post de tratament „specializat”, sângerări făcute de bărbieri.³⁸

³³ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 29.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Idem*, p. 81.

³⁶ *Idem*, pp. 83-85.

³⁷ *Idem*, pp. 83-84.

³⁸ *Idem*, pp. 84-85.

Leprozeriile erau considerate persoane juridice, asemeni celorlalte spitale, astfel că trebuiau să trăiască din resurse proprii, iar prosperitatea lor depindea de calitatea fondului imobiliar sau mobilier care le-a fost afectat de fondatori. Administrarea acestor stabilimente seculare era făcută de orașele care le-au înființat, episcopul local oferind doar îndrumare spirituală. Aceste entități „specializate” pe o singură boală au decăzut o dată cu scăderea cazurilor de lepră, iar patrimoniile lor au fost atribuite prin dispoziții regale, episcopale sau comunale către spitalul general (*hôtel-Dieu*) sau spitalele învecinate.³⁹

În ceea ce privește administrarea spitalelor medievale, episcopul local, în calitate sa preexistentă de protector al bunurilor săracilor, era paznicul bunurilor spitalicești și veghea la respectarea voinței postume a fondatorilor, având o tutelă cvasi-absolută asupra spitalelor.⁴⁰

De la această regulă erau exceptate spitalele create de rege și de municipalități. Fondatorii decideau afectațiunea bunurilor spitalului și stabileau autoritatea superioară care desemna administratorul, aceasta putând fi grupul moștenitorilor, municipalitatea sau episcopul local.⁴¹

Funcția de „rector” sau director al spitalului putea fie să constituie un veritabil beneficiu ecleziastic, fie o simplă administrare, primul caz fiind mai frecvent întâlnit și impunând trei obligații esențiale: depunerea jurământului la preluarea funcției, întocmirea unui inventar, darea de seamă periodică.⁴² În primul caz, funcția de conducător al spitalului era o sarcină viageră, care conferea inamovibilitate (cu excepția cazului săvârșirii unor fapte grave), precum și privilegiile și calitatea de cleric. Acești „rectori” ecleziastici își desemnau frecvent un adjunct care se ocupa efectiv de administrarea spitalului, dar păstrau pentru sine beneficiile funcției (de unde a apărut conceptul de „sinecură”), în pofida încercărilor zadarnice ale papalității de a curma aceste abuzuri și de a generaliza administrarea simplă, care se lovea în practică de voința fondatorilor de a institui administrarea ca un beneficiu.⁴³ Al doilea caz era administrarea simplă, cu caracter revocabil, care conferea un mandat de 3 ani, care putea fi reînnoit, administratorul depunând un jurământ și făcând un inventar la intrarea în funcție. Acest tip de administrare se întâlnea în Evul mediu târziu, mai ales din sec. al XIV-lea, fiind utilizată de spitalele orășenești și extinsă treptat și la cele ecleziastice, acolo unde lipseau clericii sau ca urmare a dispozițiilor papale din anul 1311.⁴⁴

În ceea ce privește personalul spitalicesc, în fiecare spital apare o comunitate religioasă.

În spitalele mici, călugării și călugărițele duceau o viață asemănătoare unui credincios obișnuit, ocupându-se în principal de întreținerea casei și a

³⁹ *Idem*, p. 86; M. Lindemann, *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993, pp. 124-125.

⁴⁰ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, pp. 85-86.

⁴¹ *Idem*, pp. 86-87.

⁴² *Idem*, p. 87.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Idem*, p. 88.

pământurilor, de îngrijirea bolnavilor. Spitalele mari constituiau veritabile congregații religioase, având reguli asemănătoare mănăstirilor, unde noi veniți erau considerați novici înainte de acceptarea definitivă, trebuind să fie oameni liberi, celibatari, fără datorii, să nu sufere de lepră sau epilepsie, iar după finalizarea noviciatului îmbrăcau veșmântul religios și depuneau jurământul de sărăcie, supunere și castitate.⁴⁵

Evul mediu dezvoltat a marcat, începând cu secolele al XI-lea și al XII-lea, apariția „corporațiilor” ca o primă formă de persoane juridice care permiteau grupurilor de persoane să acționeze unitar și în același timp independent de fiecare membru component. Primele astfel de „corporații” erau orașele însăși și, în cadrul acestora, breslele meșteșugarilor se constituiseră la rândul lor drept „corporații” subordonate. Astfel de „corporații” s-au constituit și pentru unele profesii medicale caracterizate de manualitate și preponderența exercițiului practic, desprinzându-se bresle ale bărbierilor-chirurghi, chirurgilor și farmaciștilor.⁴⁶

În Evul Mediu vest-european, existau bresle distincte ale medicilor, chirurgilor și farmaciștilor, legal recunoscute, dar cu puține restricții de natură corporativă sau legală asupra practicării medicinei, distincția între medicii cu diplomă și cei fără diplomă având o importanță practică redusă în afara acelor orașe (cum era Parisul) în care exista un monopol al practicării medicinei, conferit de Coroană, doar pentru cei cu diplomă și care făceau parte dintr-un corp profesional autonom.⁴⁷ Profesiile de chirurg și farmacist erau privite mai degrabă ca „meserii” caracterizate de manualitate și de formare printr-o uceinicie formală sau informală (paradoxal, aceasta era calea tradițională hipocratică).⁴⁸

Evul mediu dezvoltat din Occidentul european, încadrabil între secolele al XI-lea – al XIII-lea, a fost perioada de dezvoltare a spitalelor urbane ca instituții medicale esențiale.⁴⁹ Boala și sărăcia au devenit mai vizibile ca urmare a creșterii urbanizării și foametei, pe când majoritatea îngrijirilor medicale cădeau încă în sarcina mănăstirilor, ale căror resurse erau depășite de nevoile crescânde ale societății și care erau amplasate frecvent, în mod deliberat, în afara orașelor pentru a evita secularizarea vieții lor.⁵⁰

Urbanizarea crescândă, dislocările sociale și creșterea numărului de bolnavi de pe străzile orașelor a dus la apariția unui nou model de spital urban, creat prin inițiativa regilor, înaltului cler, burghezilor și diferitelor asociații, totul însă cu participarea personalului religios dar și cu implicarea crescândă a mirenilor. Spitalele devin ale comunității, fiind înființate de cei mai bogați și susținute financiar de ceilalți membri ai comunității, după posibilități, pomană dată din averea lumească urmând a fi recompensată în viața de apoi.⁵¹

⁴⁵ *Idem*, pp. 88-89.

⁴⁶ H.J. Cook, *op. cit.*, pp. 50-51.

⁴⁷ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 35.

⁴⁸ W. Bynum, *op. cit.*, p. 27.

⁴⁹ T.A. Ziegler, *op. cit.*, pp. 67-68.

⁵⁰ *Idem*, pp. 67-68.

⁵¹ *Idem*, pp. 68-70.

Pe lângă spitalele mănăstirești preexistente, Evul mediu dezvoltat marchează apariția altor entități variate de tip spitalicesc, incluzând leprozeriile, azilele pentru săraci, ospiciile pentru călători și pelerini, fiecare cu propriile reglementări. Orașele aveau azile ale breslelor, azile private, spitale separate pentru evrei, pentru cei cu tulburări mintale sau pentru cei înstăriți dar afectați de infirmități sau de vârstă înaintată. Îngrijirile primite variau de la instituție la instituție, dar populația-țintă nu erau neapărat cei bolnavi ci cei aflați în nevoie, incluzând aici pelerinii, persoanele cu handicap, preoții vârstnici sau însăraciți, copiii sau meseriașii în nevoie.⁵²

Din punct de vedere organizatoric, datorită tentei lor creștine, spitalele urbane primeau sprijin structural și financiar de la biserică. Ele erau frecvent sub controlul episcopului, dar erau instituții semi-independente, supuse controlului regal și episcopal în ceea ce ține de înființare, jurisdicție și finanțare, fiind însă mai puțin controlate decât stabilimentele religioase propriu-zise. Regulile de funcționare ale spitalelor erau conferite de episcopul local, dar autoritățile seculare (monarh, nobil local, primarul sau consiliul local) le confereau privilegiile lumești, cum era scutirea de taxe.⁵³

În Evul mediu dezvoltat din Occidentul european, spitalele funcționau în cadrul structurii diocezei și se aflau sub controlul episcopului local, care era reprezentat de un preot rezident, episcopul revendicând supremație jurisdicțională asupra tuturor spitalelor din raza episcopiei, indiferent de modul lor de înființare, chiar dacă spitalele înființate de indivizi sau grupuri de persoane (bresle, confrerii, alte grupuri comunitare) doreau să rămână autonome sau să fie supuse direct papalității.⁵⁴

Un model de organizare tipic pentru spitalele italiene (și nu numai) din Evul mediu dezvoltat și târziu, model rămas reprezentativ până în secolul al XV-lea, era cel al marelui spital Brolo din Milano, al cărui statut a fost emis de arhiepiscopul din Milano în 1168 și ratificat de Papa Clement al III-lea în 1190. La acest spital, „frații” mireni (*frati*) trebuiau să locuiască în spital împreună cu săracii pe care îi deserveau, să mănânce împreună cu aceștia și să umble în mijlocul comunității pentru a-i identifica pe cei aflați în nevoie și a le distribui acestora pomenile în natură sau în bani, în funcție de nevoi, sau a-i aduce la spital pe cei bolnavi sau cu handicap. Toate donațiile în bani primite de spital trebuiau distribuite în mod direct ca pomeni nevoiașilor și nu puteau fi folosite pentru achiziționarea de imobile. Donațiile imobiliare constând în clădiri și terenuri primite de spital trebuiau întreținute și exploatate de spital, iar veniturile obținute din acestea să fie redistribuite săracilor.⁵⁵ Diaconii (*decani*) erau răspunzători la acest spital de administrarea activelor și de supravegherea distribuirii pomenilor și serviciilor. Diaconii și „frații” împreună alegeau un „ministru” (*ministro*) sau „rector” în calitate de conducător general și un „pivnicer”/trezorier (*cellario*) care să

⁵² *Idem*, p. 71.

⁵³ *Idem*, p. 72.

⁵⁴ S.M. Brasher, *op. cit.*, p. 60.

⁵⁵ *Idem*, p. 61.

administreze fondurile și bunurile spitalului. Acești conducători dădeau socoteala, lunar, arhiepiscopului despre funcționarea spitalului.⁵⁶

„Rectorii” care administrau spitalele erau mireni și acționau frecvent în mod independent față de supravegherea ecleziastică, preotul rezident desemnat de episcop pentru nevoile spitalului având doar un rol spiritual, marginal. Autoritatea episcopului era mai mult formală, acesta ajungând frecvent la compromisuri cu fondatorii și personalul laic al spitalului, episcopul protejând spitalul de ingerințele exterioare și arbitrând disputele legate de acesta.⁵⁷

Probleme frecvente de natură patrimonială legate de spitale apăreau în legătură cu terenurile aflate în proprietate sau arendate de spitale, asupra cărora episcopul păstra controlul, chiar dacă făcuseră obiectul unui legat lăsat direct spitalului. Episcopia dădea o zecime din veniturile generate de aceste terenuri spitalului, fiind însă dificil să fie separate terenurile sau bunurile lăsate spitalului spre utilizare directă de cele care generau venituri care trebuiau să revină bisericii.⁵⁸ În termeni juridic moderni, se punea problema lipsei caracterului distinct al patrimoniului spitalului, ca proto-persoană juridică, de cel al forului tutelar (biserica).

În schimbul protecției și legitimității conferite de biserică spitalelor, acestea plăteau taxe anuale către episcopie, exemple în acest sens fiind plata anuală de către instituție a unei taxe în bani de ziua hramului spitalului (*censo*) și tributul feudal în natură (transformată ulterior tot într-o contribuție bănească) numit *fodro*, plătit episcopului în calitate de senior al spitalului, taxele plătite permițând autorității ecleziastice să exercite un anumit control asupra veniturilor primite de spitale din donații și legate.⁵⁹

Un element esențial al spitalului medieval era capela, care era un memento vizual permanent al fondatorilor și binefăcătorilor spitalului, reamintindu-le tuturor de obligațiile filantropice. Donațiile depindeau de pomenirea ulterioară a binefăcătorilor astfel că, fără aceste capele, multe spitale ar fi încetat să funcționeze din lipsă de fonduri. În afară de călugări și călugărițe, spitalele mai aveau mireni voluntari (care nu primeau salarii, doar mâncare și îmbrăcăminte) și personal angajat. Deși călugării și călugărițele lucrau în spitale, aceștia nu erau întotdeauna la conducere, conducătorii putând fi preoți, diverși administratori similari unui stareț de mănăstire. Medicii nu aveau un rol proeminent în spitalele vremii, nefiind menționați ca membri ai personalului spitalicesc, apelându-se la medici, chirurgi, farmaciști, bărbieri sau vindecători doar la nevoie.⁶⁰

Directorul spitalului era ajutat și de alți oficiali, printre care era și reprezentantul financiar al comunității, care era și purtătorul pecetei oficiale a spitalului, pecete care era păstrată sub trei chei deținute de director și de alți doi călugări. Reprezentantul financiar era ajutat de un casier, care aduna pomenile în

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Idem*, pp. 62-63.

⁵⁸ *Idem*, p. 63.

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ T.A. Ziegler, *op. cit.*, pp. 74-77.

numele spitalului, jurând că toți banii primiți vor fi dați personalului instituției. Pe lângă acești funcționari de conducere, majoritatea spitalelor mai aveau și alți funcționari de rang inferior. Episcopul sau consiliul orășenesc erau reprezentate în conducerea spitalului de un „rector”, un reprezentant respectabil al comunității, care supraveghea administrarea spitalului și menținea disciplina și ordinea, controlând eventualele comportamente ilicite ale celor însărcinați cu administrarea. Acest „rector” putea reține salariile, aplica amenzi și pedepse corporale, funcția putând fi atât una viageră cât și una cu un termen predefinit.⁶¹

În ceea ce privește a doua mare categorie de instituții medicale medievale, „universitățile” acestea erau în primul rând un corp ecleziastic compus, la origini, exclusiv din clerici. În Paris, dreptul de a preda era conferit de cancelarul din Notre-Dame și acesta, împreună cu episcopul din Paris, în virtutea autorității acestuia din urmă asupra tuturor persoanelor supuse jurisdicției tribunalelor ecleziastice, se ocupau de treburile universității. „Facultatea” de medicină din Paris făceau parte din „corpul Universității din Paris”, „maestrii” săi, asemeni celor de la facultățile de teologie, drept sau arte, beneficiind de protecția universității în schimbul fidelității față de aceasta, contribuind cu fondurile proprii la cheltuielile comune, participând la adunările generale ale universității și reprezentând-o în fața Papei și a regelui Franței.⁶² În Bologna, Pavia și Montpellier a existat un alt model centrat pe studenți, la mijlocul secolului al XII-lea, aceștia organizându-se în „corporații” numite *universitas* care au primit, în secolul următor, dreptul de a fixa prețul cărților și al cazării și chiar reguli în ceea ce privește educația, profesorii stabilindu-și acolo propriile „corporații” numite *collegium*, care stabiliau condițiile de admitere în corpul didactic.⁶³

În mediul rural, situația profesiilor medicale era diferită, medicii propriu-ziși preparându-și singuri leacurile, făcând personal chiar și chirurgie, fiind astfel ceea ce astăzi am numi medici „generalști”. Separația profesiilor era mult mai rigidă în mediul urban, chirurgii mai ales fiind organizați separat în bresle, asemeni altor „meserii” cum ar fi măcelarii sau brutarii, profesia lor fiind complet distinctă de cea de medic.⁶⁴

4. Spitalele în Evul mediu târziu, perioada Renașterii și a Iluminismului (secolele al XIV-lea – al XVIII-lea)

În Italia, mai ales în partea sa de nord, spitalele au evoluat, între secolele al XII-lea și al XV-lea, de la instituții preponderent religioase, preocupate de găzduirea pelerinilor și ajutorarea muribunzilor, în instituții civice care găzduiau, pe lângă pelerini și cei grav bolnavi, pe cei săraci, cei fără adăpost, leproșii și orfanii. Și din punct de vedere organizatoric, autoritățile seculare au uzurpat

⁶¹ *Idem*, pp. 78-79.

⁶² A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 37; L.N. Magner, *A History of Medicine*, Second edition, Taylor&Francis, Boca Raton, 2005, p. 141.

⁶³ H.J. Cook, *op. cit.*, pp. 50-51.

⁶⁴ W. Bynum, *op. cit.*, p. 27.

treptat rolul clerului sau al mirenilor desemnați de biserică și s-a ajuns ca, la mijlocul secolului al XV-lea, spitalele mici independente să fie consolidate și să desemneze funcționari orășenești în administrația lor.⁶⁵

Spitalele de la sfârșitul Evului mediu și începutul epocii moderne (secolele al XV-lea – al XVI-lea) funcționau în esență ca fundații caritabile bazate pe „economia” medievală a „pomenilor”, în care „binefăcătorii” dădeau din bunurile lor lumești în timpul vieții în schimbul unor „beneficii” promise în viața de apoi. Amenințările la adresa viabilității financiare a spitalelor afectau nu numai capacitatea orașelor de a se îngriji de cei bolnavi sau nevoiași, ci primedjduia și continuarea comemorării binefăcătorilor spitalului.⁶⁶

Scopul principal al administratorilor unui spital era să îi conserve averea, statutul lor de fundații caritabile nepermițând utilizarea activelor pentru plata cheltuielilor curente. Administratorii încercau să maximizeze veniturile din exploatarea activului inițial sau a celui reinvestit. Principalele active erau cele imobiliare care generau venituri din vânzarea produselor agricole sau din arenze. Spitalele puteau, când aveau disponibilități financiare suficiente, să acorde împrumuturi ipotecare sau să achiziționeze alte imobile pentru a-și extinde averea.⁶⁷

O sursă importantă de venituri a spitalelor provenea chiar de la beneficiarii lor, prin încheierea de către spital a unor contracte de „întreținere-asigurare” prin care, în schimbul transferării în avans de către beneficiar sau pentru acesta a unei sume de bani sau a unui teren către spital, beneficiarul sau o rudă a acestuia urma să primească hrană, îmbrăcăminte, locuință în instituția spitalicească și, uneori, chiar o sumă de bani periodică pe durata vieții, în caz de infirmitate sau de moarte a celui care îl întreținea.⁶⁸

În Franța, spitalele fuseseră fondate ca instituții sociale, de îngrijire a săracilor, episcopul local fiind protectorul și paznicul bunurilor săracilor și, prin extensie, al bunurilor spitalelor, cu excepția celor fondate de rege sau de municipalități.⁶⁹ Începând din secolul al XVI-lea, regele încredințează supravegherea spitalelor către judecători laici, fără a contesta rolul spiritual al clerului, pe când biserica încearcă să își păstreze puterile tradiționale, prin intermediul episcopilor, asupra acestor stabilimente.⁷⁰ Lipsa de zel a reprezentanților regali a dus la stabilirea unui *modus vivendi* între puterea regală laică și biserică prin administrarea spitalelor de către comisii mixte compuse din clerici și mireni, pe fondul unei creșteri generalizate a numărului săracilor și a înființării de „spitale generale” în

⁶⁵ S.M. Brasher, *op. cit.*, p. 3.

⁶⁶ F. Dross, *Their Daily Bread: Managing Hospital Finances in Early Modern Germany* în L. Abreu, S. Sheard (eds.), *Hospital Life – Theory and Practice From the Medieval to the Modern*, Peter Lang, Bern, 2013, pp. 52-53.

⁶⁷ *Idem*, pp. 53-54.

⁶⁸ *Idem*, pp. 54-55.

⁶⁹ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 33.

⁷⁰ *Idem*.

diverse orașe, mai ales în secolul al XVII-lea, cu scopul de a închide acolo pe cei săraci.⁷¹

Secolul al XVII-lea a fost o perioadă de înființare a multor noi spitale, mai ales în Franța, din dispoziția lui Ludovic al XIV-lea, care a stabilit că orașele de o anumită mărime erau obligate să înființeze și să întrețină un spital general (*hôpital général*), al căror scop declarat, dar niciodată realizat pe deplin, era să închidă populația săracă sau pe cei cu tendințe deviante de orice fel, pe care să îi obișnuiască cu disciplina muncii și să le stârpească pornirile antisociale. Astfel de instituții existau și în alte țări din Occidentul European: *workhouses* în Anglia, *Zuchthäuser* în țările germane, *ospedali di carità* în Italia sau *hospicios* în Spania. Aceste funcții „polițienești” ale spitalelor au dispărut treptat, pe fondul „medicalizării” lor, mai ales din secolul al XVIII-lea.⁷²

5. Spitalele în secolul al XIX-lea

Spitalele epocii aveau deja în mod categoric personalitate juridică în înțelesul său modern, buget propriu, proprietăți și un domeniu distinct, precum și capacitate procesuală. Legea franceză din 7 august 1851, considerată prima „cartă a spitalelor” din Franța, le conferă explicit personalitate morală și le obligă la prestarea unui serviciu public către toți bolnavii, chiar și cei fără resurse, obligând la primirea celor care domiciliau și în alte comune.⁷³ O altă reglementare din Franța din anul 1873 suprimă tutela comunelor asupra spitalelor locale, reducând influența acestora asupra conducerii activității lor, dar cu păstrarea reziduală a primarului în conducerea spitalului.⁷⁴

Până în epoca interbelică, spitalul din Franța era destinat în principal celor săraci, iar „circulare” din 1926 încă arătau că cei cu posibilități materiale se considera că ar fi trebuit să se adreseze unor case de sănătate private, plata serviciilor în spitalele publice considerându-se că le-ar fi deturnat de la obligația lor de a oferi un serviciu public și ar fi făcut o concurență neloială cu cele private.⁷⁵

La începutul secolului al XIX-lea, medicina franceză centrată pe spital a devenit deosebit de influentă, astfel că facultățile de medicină de primă clasă din epocă din întreaga lume aveau în mod obligatoriu atașat și un spital. Spitalele, care erau încă văzute în Franța cu aura de instituții caritabile care furnizat îngrijiri medicale preponderent populației sărace, ofereau posibilități ample și un flux substanțial de pacienți pentru a permite observarea, diagnosticarea și efectuarea de necropsii care îmbunătățeau cunoașterea medicală.⁷⁶

⁷¹ *Idem*, pp. 33-34.

⁷² M. Lindemann, *op. cit.*, pp. 130-131.

⁷³ A. Leca, A. Lunel, S. Sanchez, *op. cit.*, p. 221.

⁷⁴ *Idem*.

⁷⁵ *Idem*, p. 222.

⁷⁶ W. Bynum, *op. cit.*, pp. 43-61.

Concluzii

Evoluția spitalului ca instituție medicală cu personalitate juridică a fost una sinuoasă, începută în mod neechivoc în epoca finală a Imperiul roman de apus (secolele al IV-lea – al V-lea d.Ch.) și finalizată pe deplin și în mod explicit abia în secolul al XIX-lea. Elementele esențiale ale unei persoane juridice în accepțiunea sa modernă: patrimoniul propriu, organizarea de sine stătătoare și scopul licit și moral, conform interesului general, s-au conturat treptat, în salturi, cu progrese uimitoare urmate de reveniri la situații anterioare mai defavorabile.

Scopul spitalelor a evoluat de la instituții cu caracter religios, preocupate inițial în primul rând de sănătatea spirituală a pacienților, la instituții sociale, axate pe îngrijirea și ulterior încarcerarea săracilor, pentru ca abia finalul secolului al XVIII-lea să consacre primatul îngrijirilor medicale.

Patrimoniul distinct al spitalelor nu a fost nici el o evoluție subînțeleasă, ele apărând inițial ca un simplu patrimoniu de afecțiune al fondatorului lor pentru ca, sub imperiul unor preocupări diverse cum era respectarea voinței întemeietorului, grija pentru interesele săracilor îngrijiți acolo sau preocuparea pentru păstrarea viabilității pe termen lung a spitalului, să se ajungă treptat la autonomizarea acestui patrimoniu față de cel al fondatorilor sau al forului tutelar.

În fine, organizarea de sine stătătoare a spitalelor nu a fost o evoluție de la sine înțeleasă din punct de vedere istoric, ele apărând inițial ca simple anexe ale mănăstirilor sau episcopiilor, pe deplin subordonate acestora, autonomia lor fiind câștigată treptat, cu contribuția autorităților statale seculare, a persoanelor care contribuiau la patrimoniul acestora prin liberalități sau chiar a personalului lor propriu care a aspirat întotdeauna să se autoguverneze.

Referințe

- Brasher S.M., *Hospitals and charity – Religious culture and civic life in medieval northern Italy*, Manchester University Press, Manchester, 2017
- Bynum W., *The History of Medicine – A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2008, DOI: <https://doi.org/10.1093/actrade/9780199215430.001.0001>
- Cook H.J., *Medicine in Western Europe* în M. Jackson (ed.), *A Global History of Medicine*, Oxford University Press, Oxford, 2018
- Dross F., *Their Daily Bread: Managing Hospital Finances in Early Modern Germany* în L. Abreu, S. Sheard (eds.), *Hospital Life – Theory and Practice From the Medieval to the Modern*, Peter Lang, Bern, 2013
- Floare M.I., „A Brief Overview on the Historical Beginnings of Health Law in the Broader Context of Private Law” în *Studia Universitatis Babeș-Bolyai – Iurisprudentia* nr. 4/2019, DOI: [https://doi.org/10.24193/SUBBiur.64\(2019\).4.6](https://doi.org/10.24193/SUBBiur.64(2019).4.6)
- Kelly K., *The History of Medicine – Early Civilizations: Prehistoric Times to 500 C.E.*, Facts on File, New York, 2009
- Leca A., Lunel A., Sanchez S., *Histoire du Droit de la Santé*, Les Études Hospitalières Éditions, Bordeaux, 2014
- Lindemann M., *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993
- Magner L.N., *A History of Medicine*, Second edition, Taylor&Francis, Boca Raton, 2005

- Park K., *Medicine and Society in Medieval Europe, 500-1500*, în A. Wear (ed.), *Medicine in Society – Historical Essays*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992
- Risse G.B., *Mending Bodies, Saving Souls – A History of Hospitals*, Oxford University Press, Oxford, 1999
- Ziegler T.A., *Medieval Healthcare and the Rise of Charitable Institutions – The History of the Municipal Hospital*, Palgrave Macmillan, Cham, 2018, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-02056-9>