

## **У. ДЖЕНОВЕЗЕ**

*профессор, руководитель лаборатории ответственности в сфере здравоохранения  
Миланского государственного университета (Италия)*

## **И.М. АКУЛИН**

*председатель Совета правления Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга,  
заведующий кафедрой организации здравоохранения СПбГУ, доктор медицинских наук*

## **Е.А. ЧЕСНОКОВА**

*отделение права, экономики и культуры Университета Инсубрия (Италия),  
кандидат медицинских наук*

## **А. СТЕФАНО**

*вице-президент RESPONSABILITASANITARIA.it, страховой брокер (Италия)*

# **ОСОБЕННОСТИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИТАЛИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ**

В статье анализируются плюсы и минусы устоявшейся в Италии модели гражданско-правовой ответственности медучреждений и врачей, ориентированной преимущественно на интересы пациента.

*Ключевые слова: ответственность в сфере здравоохранения, договорная ответственность, аквилианская ответственность, некачественная медицинская помощь, защитная медицина*

## **Введение**

Эффективный поиск решения любой комплексной проблемы должен сопровождаться тщательным сбором информации и сопоставительным анализом полученных данных. В этом смысле изучение правоприменительной практики государств, имеющих сходную с российской нормативную систему, может приобрести особую ценность. В Российской Федерации проблемы гражданской ответственности в сфере здравоохранения и связанного с ней крайне негативного феномена защитной медицины на сегодняшний день стоят не так остро, как в ряде других государств, однако все же отмечается тенденция к ежегодному росту количества гражданских дел по некачественному оказанию медицинской помощи. В обществе формируется отрицательное отношение к работникам системы здравоохранения, выдвигаются требования более эффективной защиты пациентов, в том числе и путем ужесточения гражданской ответственности медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью. Однако практики, направленные на предотвращение дефектов медицинской помощи, должны применяться с должной степенью осторожности, о чем и свидетельствует опыт многих развитых государств, изучение и анализ которого может внести существенный вклад в совершенствование отечественной си-



стемы гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения. В настоящей статье мы обращаемся к опыту Италии, испробовавшей на практике различные юридические инструменты защиты прав и охраняемых законом интересов граждан.

В Италии применяется модель государственного здравоохранения, разработанная в 1942 г. Подавляющее число медицинских учреждений является государственными, а финансирование осуществляется за счет общих налоговых поступлений.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Национальная служба здравоохранения (*SSN-Servizio Sanitario Nazionale*) занимает второе место в мире по качеству медицинского обслуживания<sup>1</sup>. Однако в системе здравоохранения Италии имеются довольно серьезные проблемы. Так, в последние годы все чаще звучат высказывания, что система здравоохранения находится в кризисе. Среди основных проблем следует назвать чрезмерную бюрократию, неоправданно высокие, а порой и непомерные для региональных бюджетов расходы на здравоохранение, неравномерное территориальное распределение медицинских услуг, длинные листы ожидания.

Одним из показателей недовольства общества своей национальной системой здравоохранения может считаться и формирование устойчивой тенденции к ежегодному нарастанию количества жалоб граждан по поводу предположительно некачественного оказания медицинской помощи. Все большее число адвокатов решает специализироваться в защите прав пострадавших пациентов. По всей стране создаются и активно функционируют общественные организации, декларирующие в качестве своей основной задачи необходимость бороться с недобросовестностью медицинских работников и помогать пациентам отстаивать их права. Но и представители медицинской общественности, в свою очередь, начинают объединяться в ассоциации «незаслуженно обвиненных врачей». Все шире распространяются явления защитной медицины, что крайне негативно сказывается как на социальной, так и на экономической ситуации. Вероятно, одну из причин нарастания социального напряжения следует искать и в том, как в государстве решаются проблемы гражданско-правовой ответственности в сфере здравоохранения.

В Италии гражданская ответственность регулируется Гражданским кодексом, принятым еще во время монархии Королевским декретом от 16.03.1942 № 262. Отдельной нормативной базы, регулирующей ответственность в сфере здравоохранения, в государстве не существует. Более того, законодательные органы вплоть до 2012 г. практически не затрагивали своим вниманием сферу медицинской ответственности. Таким образом, статьи книги IV «Об обязательствах» ГК Италии, регулирующие гражданскую ответственность в целом, с 1942 г. и до настоящего времени остаются нормативным фундаментом в области ответственности в здравоохранении. Но следует отметить, что с годами они были интерпретированы, что позволило адаптировать данный институт к изменяющимся потребностям государства и общества. Ключевую роль в этом процессе сыграли представители юридических кругов, адвокаты и судьи, которые путем чтения и разъяснения оставшихся неизменными в своей формулировке норм смогли адаптировать их текст к особенностям сектора

<sup>1</sup> См.: The World Health Report 2000. Geneva, 2000.

здравоохранения так, чтобы гарантировать защиту развивающегося и приобретающего все более широкое значение права на жизнь и здоровье<sup>2</sup>. Таким образом, со временем в Италии сформировалась практически автономная правовая система ответственности в сфере здравоохранения, что позволило некоторым авторам даже говорить о «подсистеме гражданской ответственности»<sup>3</sup>.

Ниже мы рассмотрим основные этапы становления системы, регулирующей ответственность медицинских работников и учреждений, продемонстрируем, как за 70 лет менялась позиция итальянских судей, как к 2012 г. сформировалась юридическая система, практически полностью ориентированная в пользу пациента, и к каким результатам это привело. В завершение мы исследуем Закон от 08.11.2012 № 189 и проанализируем, какие изменения он может внести в правовое регулирование позиции медицинских работников и учреждений, пациентов и страховых компаний и, что не менее важно, как он может отразиться на характере решений, провозглашаемых в итальянских залах суда.

### **Договорная и внедоговорная ответственность. Бремя доказывания**

Согласно ст. 1173 ГК Италии обязательства происходят из договора, неправомерного действия или любого другого акта или факта, способного в соответствии с правовой системой их породить. Таким образом, в итальянской правовой системе выделяют два типа гражданской ответственности: договорную, которая регламентируется ст. 1218 ГК<sup>4</sup>, и внедоговорную, или так называемую аквилианскую<sup>5</sup>, предусмотренную в ст. 2043 ГК<sup>6</sup>. Оба типа ответственности имеют общий компонент: при наличии специфических предпосылок возникает обязанность возмещения ущерба<sup>7</sup>. Основные различия заключаются в сроках исковой давности (пять лет

---

<sup>2</sup> См.: *Breda R.* Tutela della salute, responsabilità e scelte legislative: un primo approccio alla riforma tra novità, conferme e problematiche interpretative nella prospettiva civilistica // La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 72–82.

<sup>3</sup> *Naso M.* La responsabilità del medico e i danni risarcibili. Padova, 2012.

<sup>4</sup> Ст. 1218 ГК «Ответственность должника»: «Должник, который неточно выполняет свое обязательство, обязан возместить нанесенный ущерб в случае, если он не доказывает, что неисполнение или опоздание вызвано невозможностью исполнения по причине, ему невменяемой».

<sup>5</sup> В российской правовой системе аквилианской ответственности соответствует деликтная. Для установления аквилианской ответственности должны быть доказаны неправомерное действие (бездействие), несправедливый ущерб (т.е. ущерб, причиненный *noniure* или *contraius*) и причинная связь между ними.

<sup>6</sup> Ст. 2043 ГК «Возмещение ущерба от неправомерного действия»: «Любое преднамеренное или непреднамеренное неправомерное действие, которое причиняет другим противоправный вред, обязывает того, кто его совершил, возместить ущерб».

<sup>7</sup> См.: *Дженовезе У., Бландино А., Дель Сордо С. и др.* Ответственность в сфере здравоохранения и страхование ответственности в Италии // Медицина и право. Т. 4 / под общ. ред. И.М. Акулина. М., 2014. С. 209–247.



для возмещения ущерба при внедоговорной ответственности (ограничен до двух лет при дорожно-транспортных происшествиях) и десять лет в сфере договорной ответственности (исчисляется с момента, когда истцу становится известен случай)), а также в распределении бремени доказывания и в требуемой степени виновности.

В течение многих лет считалось, что договорной характер носят исключительно отношения между пациентом и медицинской структурой, а следовательно, обязательство корректного исполнения диагностических и лечебных процедур лежит только на учреждении, тогда как медицинский работник остается вне договорных отношений и может быть привлечен только к аквилианской ответственности в силу общего принципа *neminem ledere*<sup>8</sup>. Такая постановка вопроса определяла возможность конкуренции ответственностей и объединения дел в одно производство при наличии необходимых для этого предпосылок.

Поворотным стало поистине революционное решение Кассационного суда от 22.01.1999 № 589, открывшее дорогу к новому пониманию характера отношений между пациентом и медицинским работником: «Обязательство врача Государственной службы здравоохранения, являющееся источником его профессиональной ответственности в отношении пациента, хотя основывается и не на контракте, но на «социальном контакте», имеет договорную природу. Следовательно... порядки распределения бремени доказывания, уровня виновности и сроков давности соответствуют таковым при обязательствах, проистекающих из договора об оказании профессиональных интеллектуальных услуг».

После вынесения этого решения в итальянских судах наметился и довольно быстро закрепился новый подход к определению природы отношений между врачом и пациентом<sup>9</sup>. Социальный контакт в итальянской правовой системе приобрел смысл договора, существующего *de facto*. Такая трактовка стала возможной благодаря открытой формулировке уже цитированной нами ст. 1173 ГК («любого другого акта или факта, способного в соответствии с правовой системой их породить»), позволяющей включить в перечень возможных источников обязательства также и социальный контакт<sup>10</sup>. Таким образом, ответственность медицинского работника приобрела тот же характер, что и ответственность учреждения, а предпосылкой для ее возникновения стало неточное исполнение услуг по договору. Наиболее значимыми последствиями такого пересмотра природы профессиональной медицинской ответственности становятся инверсия бремени доказывания и возможность применения принципов определения обязательств, проистекающих из контракта на оказание профессиональных интеллектуальных услуг.

Новый подход итальянских судей сместил чаши весов в пользу пациентов. Если до 1999 г. потерпевшая сторона должна была доказывать факт неправомерного дей-

<sup>8</sup> См., напр.: решения Кассационного суда № 2750/1988, 2428/1990.

<sup>9</sup> См., напр.: решения Кассационного суда № 11488/2004, 20320/2005, 1698/2006, 12363/2006, 8826/2007.

<sup>10</sup> См.: Russo P., Berni M. I nuovi danni da responsabilità medica. Milano, 2013.

ствия и наличие причинно-следственной связи, то после исторического постановления Кассационного суда презумпция виновности должника, неточно исполнившего договорные обязательства, практически освободила пациентов от бремени доказывания. В качестве примера приведем решение Кассационного суда от 21.06.2004 № 11488, в котором подтверждается, что пациент в суде может ограничиться доказыванием только факта существования договора или социального контакта и факта ухудшения состояния: «В области ответственности медицинского учреждения при неточном исполнении медицинских услуг, учитывая, что отношения, которые устанавливаются между медицинским работником и пациентом... являются отношениями договорного типа (даже когда основываются только на социальном контакте)... пациент не должен доказывать ни виновность, ни тем более ее степень, так как отсутствие виновности или ее неквалифицируемость с точки зрения степени тяжести (в случае применения ст. 2236) должны быть приведены и доказаны медицинским работником». Еще более показательным является решение Кассационного суда от 26.01.2010 № 1538, согласно которому «...в сфере профессиональной ответственности, происходящей из договора или из социального контакта врача, в целях распределения бремени доказывания пострадавший пациент должен ограничиться доказыванием существования контракта (или социального контакта) и факта утяжеления патологии или начала заболевания и приложить факт неисполнения должником, абстрактно способного причинить обжалованный вред».

Некоторые юристы считают, что пациент в случае квалификации отношений между ним и медицинским работником как договорных получает еще одно преимущество: становится возможным применение ст. 1228 ГК<sup>11</sup> и, как следствие, врач будет нести ответственность не только за собственное неточное исполнение обязательства, но и за действия лиц, оказывавших ему помощь в ходе исполнения услуг по договору<sup>12</sup>.

## Обязательство средств или результата?

Согласно традиционной интерпретации обязательство должника совершить действие может состоять в обязательстве средств или в обязательстве результата. Это разделение, по мнению ряда авторов<sup>13</sup>, является плодом догматической обработки, никак не основывается на нормах правовой системы и в целом имеет довольно сомнительное обоснование. Действительно, при так называемом обязательстве средств действия должника должны быть направлены на достижение желаемого результата, в то время как даже в таких типичных случаях обязательства результата, как договор хранения или договор подряда, задача должника состоит в исполнении обязательства, а не в гарантии достижения обещанного результата. Действующее

---

<sup>11</sup> Ст. 1228 ГК «Ответственность за факт вспомогательного персонала»: «За исключением случаев, когда стороны решили по-другому, должник, который при исполнении обязательства пользуется работой третьих лиц, несет ответственность за их умышленные или неумышленные виновные действия».

<sup>12</sup> См.: *Russo P., Berni M.* Op. cit.

<sup>13</sup> См.: *Naso M.* Op. cit.



законодательство Италии не предусматривает возможности рассматривать обязательство результата в качестве источника объективной ответственности, следовательно, должник не будет привлечен к возмещению ущерба, если неисполнение обусловлено неожиданно возникшим препятствием, которое он не мог предвидеть и избежать<sup>14</sup>.

Тем не менее на протяжении многих лет научное и юридическое сообщества Италии в целом оставались верны классическому разделению на обязательства результата и обязательства средств, что имеет немаловажное практическое значение: если в первом случае факт неисполнения устанавливается в зависимости от того, достигнут ли был согласованный сторонами результат, то во втором теоретически результат не имеет никакого значения, а критерием оценки точного исполнения обязательства в соответствии со ст. 1176 ГК<sup>15</sup> служит степень усердия должника.

Статья 1176 ГК, устанавливая, что при выполнении обязательства должник должен действовать с усердием *pater familias*, отдает дань римской традиции, но по сути подразумевает усердие, которое следует ожидать от среднестатистического лица. Во второй части этой статьи уточняется, что при выполнении профессиональных обязанностей «усердие должно оцениваться в соответствии с характером исполняемой деятельности».

Осуществление профессиональной деятельности в сфере здравоохранения традиционно рассматривалось в Италии как обязательство средств, а не результата. Это означает, что медицинский работник должен считаться исполнившим свое обязательство в том случае, если он действовал с достаточной степенью усердия с учетом поставленной перед ним клинической задачи, даже когда состояние больного не улучшилось или диагностические мероприятия оказались неэффективными. Кроме того, по мнению Кассационного суда, в области здравоохранения усердие следует рассматривать в контексте технических норм, достижений науки и практической ситуации, существовавших в момент осуществления деятельности, предосторожности и предусмотрительности, подсказанных опытом, в той степени, в которой они способны предотвратить причинение вреда состоянию здоровья и физической целостности пациента<sup>16</sup>.

Немаловажно, что если обязательство медицинского работника квалифицируется как обязательство средств, а не результата, то в суде он может лишь продемонстрировать, что его действия соответствовали *leges artis*, тогда как доказательство факта несоблюдения норм необходимого усердия полностью ложится на потерпевшую сторону.

<sup>14</sup> См.: Galgano F. Le obbligazioni in generale (corso di diritto civile). Padova, 2011; Trimarchi P. Il contratto: inadempimento e rimedi. Milano, 2010.

<sup>15</sup> Ст. 1176 ГК «Усердие при исполнении»: «1. При выполнении обязательства должник должен действовать с усердием примерного отца семейства. 2. При выполнении обязанностей, относящихся к профессиональной деятельности, усердие должно оцениваться в соответствии с характером исполняемой деятельности».

<sup>16</sup> См.: решение Кассационного суда от 15.12.1972 № 3616.

Однако и в данном вопросе судьи со временем пересмотрели свое мнение. Одним из первых прецедентов был следующий случай из судебной практики: пациентка обратилась с иском о возмещении ущерба после проведенной по медицинским показаниям септоринопластики, так как после операции улучшения респираторной функции не наступило. Через два года была проведена повторная операция, обеспечившая желаемый результат как в функциональном, так и в эстетическом отношении. В первой инстанции суд отклонил иск на основании того, что обязательство врача состоит в обязательстве средств, а не результата, а в действиях хирурга элементы небрежности в соответствии со ст. 1176 ГК установлены не были. Во второй инстанции были отклонены претензии истицы относительно эстетического компонента операции, так как проводилась она в государственном учреждении и по медицинским показаниям. Пациентка обратилась в Кассационный суд, который в решении от 13.04.2007 № 882 отметил: «...если осуществление деятельности не приводит к достигаемому в норме с учетом всех обстоятельств данного конкретного случая результату, на врача ложится бремя доказывания наступления непредвидимого и непреодолимого при адекватном усердии события, воспрепятствовавшего достижению результата (тем более когда речь идет о простом или рутинном вмешательстве). И в случае если ему не удастся представить доказательства, то в соответствии со ст. 1218 и 2697 ГК<sup>17</sup> он проигрывает дело». И далее: «...так как речь идет о профессиональном обязательстве, степень усердия, необходимую для исполнения обязательства, следует рассматривать в свете типа деятельности, требуемой для удовлетворения интереса кредитора в соответствии со ст. 1176, частью 2 ГК, и при этом не может иметь место разделение на обязательства средства и результата».

Чуть менее, чем через год, Кассационный суд, разбирая обращение пациента, требовавшего возмещения ущерба по причине инфицирования его в ходе хирургического вмешательства вирусом гепатита С и проигравшего в первой и второй инстанциях, уточняет, что в отношении медицинской деятельности разделение на обязательства средств и результата является «*догматически преодоленным*»<sup>18</sup>.

Так постепенно в итальянских судах сформировалась юридическая презумпция виновности медицинского работника, которому при исполнении рутинного медицинского вмешательства не удалось достичь ожидаемого результата. Безусловно, она носит относительный характер, но в этом случае бремя доказывания надлежащего усердия в действиях врача переносится с потерпевшей стороны на ответчика<sup>19</sup>.

В последующие годы Кассационный суд не только подтвердил в своих решениях подобную концепцию презумпции виновности работника здравоохранения, но, основываясь на принципе большей «близости» к доказательствам и систематиче-

---

<sup>17</sup> Ст. 2697 ГК «Бремя доказывания»: «1. Тот, кто хочет отстоять в суде свое право, должен доказать факты, которые составляют основание права. 2. Кто заявляет о неэффективности этих фактов или заявляет, что право было изменено или погашено, должен доказать факты, на которых основывается возражение».

<sup>18</sup> Решение Кассационного суда от 11.01.2008 № 577.

<sup>19</sup> См.: *Galgano F.* Op. cit.





ски возлагая на медицинское учреждение и на его сотрудника бремя доказывания отсутствия причинно-следственной связи между действием (бездействием) и недостижением желаемого результата, ввел *de facto* возможность объективной, или безвиновной, ответственности работников здравоохранения<sup>20</sup>.

## Концепция вины и степень виновности

Статья 2043 ГК называет в числе составных элементов возникновения аквилианской ответственности умышленное или неумышленное виновное действие. В тексте ст. 1176 ГК в качестве критерия точности исполнения обязательства указывается степень необходимого усердия, при отсутствии которого возникает основание для возмещения нанесенного ущерба. Однако общая концепция вины выходит за пределы оценки усердия должника. Не вызывает никаких споров общепринятый тезис о том, что наряду с оценкой аккуратности (усердия) при исполнении договорных обязательств должны оцениваться и другие критерии виновности. Вина может быть специфичной — при несоблюдении нормативных актов, дисциплинарных правил, и общей — при небрежности (недостаточном усердии), неосторожности и неопытности. В уголовном праве действия медицинского работника расцениваются как виновные всякий раз, когда им нарушаются *leges artis* медицинской профессии.

При установлении общей вины решающее значение в суде может иметь точная квалификация действий ответчика как неопытности, недостаточности усердия или неосторожности, что наряду с определением степени виновности при наличии определенных предпосылок может дать возможность освободиться от обязательства возмещения ущерба. Речь идет о применении ст. 2236 ГК<sup>21</sup>, освобождающей исполнителя профессиональных услуг интеллектуального характера от возмещения нанесенного вреда при установлении двух обстоятельств: оказание услуги должно подразумевать решение технических проблем особой сложности, а степень виновности исполнителя должна быть квалифицирована как легкая или незначительная.

Однако и данная норма была интерпретирована в довольно рестриктивном ключе. Во-первых, по мнению итальянских судей, клинические ситуации, в которых необходимо решать технические проблемы особой сложности, — это ситуации исключительные, требующие профессиональной подготовки, превышающей среднюю<sup>22</sup>, или, как было определено Кассационным судом, проблемы считаются особо сложными, «когда они еще не были достаточно изучены или апробированы, или когда в медицинской науке имела место дискуссия по поводу различных и несовместимых

<sup>20</sup> См.: *Mastroroberto L., Blandino A.* La legge «Balduzzi»: panacea o placebo per l'assicurabilità del «sistema sanita» e per il contenimento del contenzioso ad esso relativo? // *La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa* / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 127–139.

<sup>21</sup> Ст. 2236 ГК «Ответственность исполнителя услуг»: «Если оказание услуги требует решения технических проблем особой сложности, исполнитель услуг отвечает за причиненный ущерб только в случае умысла или серьезной непреднамеренной виновности».

<sup>22</sup> См.: *Russo P., Berni M.* Op. cit.



между собой диагностических, терапевтических или связанных с хирургической техникой систем»<sup>23</sup>. Во-вторых, для применения ст. 2236 ГК виновность врача должна быть квалифицирована как легкая недостаточность опыта, но не легкая небрежность или неосторожность, так как усердие и осторожность, требуемые ст. 1176 ГК, должны в полной мере присутствовать в действиях медицинского работника всегда, и в первую очередь именно в технически сложных случаях<sup>24</sup>.

Таким образом, возможность прибегнуть к защитным механизмам ст. 2236 ГК остается, лишь когда медицинский работник в ходе своей деятельности должен был решать новые или спорные для медицинской науки проблемы особой сложности, а виновность его состояла лишь в небольшом недостатке опыта в решении подобных задач. Но даже в этих случаях судьи довольно часто находят возможным не распространять гарантии ст. 2236 ГК, если, например, по мнению суда, врач проявил недостаточную осторожность, неправильно расценив уровень своей профессиональной подготовки и не прибегнув к консультации соответствующих специалистов<sup>25</sup>, или если из материалов дела следует, что врач ввиду своей изначальной небрежности напрямую несет ответственность за то, что в ходе операции возникли технические проблемы особой сложности<sup>26</sup>.

С учетом вышесказанного неудивительно, что на практике ст. 2236 ГК довольно редко находит применение в судебных делах по установлению ответственности в сфере здравоохранения.

## Причинно-следственная связь

Для возникновения профессиональной медицинской ответственности необходимым является установление наличия причинно-следственной связи, т.е. требуется доказать, что если бы медицинский работник действовал корректным образом, ущерб не наступил бы.

В итальянском гражданском праве не существует самостоятельной концепции причинной связи, здесь, как и в уголовном праве, применяются ст. 40 и 41 Уголовного кодекса Италии, устанавливающие принцип необходимого условия (*Conditio sine qua non*). Но если в уголовном процессе в силу принципа *favor rei*, закрепленного в ст. 27 Конституции, фундаментальным правилом остается презумпция невиновности обвиняемого и, как следствие, возложение на истца бремени доказывания состава преступления и, в частности, причинно-следственной связи, которая должна быть установлена по принципу «вне всякого разумного сомнения», т.е. со степенью вероятности, приближающейся к уверенности, то в сфере гражданской ответствен-

---

<sup>23</sup> См.: решение Кассационного суда от 19.05.2004 № 9471.

<sup>24</sup> См., напр.: решение Кассационного суда от 13.01.2005 № 583.

<sup>25</sup> См., напр.: решения Кассационного суда № 2428/1990, 5846/2007.

<sup>26</sup> См., напр.: решение Кассационного суда № 583/2005. См. также: *Russo P., Berni M.* Op. cit.



ности выбор был сделан в пользу укрепления гарантий защиты интересов пострадавшего пациента<sup>27</sup>.

Кассационный суд в постановлении от 16.10.2007 по делу № 583 явственно выразил свою позицию по этому вопросу. Несмотря на наличие единого нормативного фундамента в установлении причинно-следственной связи, он отрицает идентичность уголовной и гражданской концепций причинности и обозначает в качестве метода, который следует применять в сфере гражданской ответственности, «правило более 50%».

## Возмещаемый ущерб

Созданная силами итальянских судей и представителей научного сообщества, система установления ответственности в здравоохранении ориентирована преимущественно в пользу пациента, что достигается как за счет создания юридических презумпций и переосмысления концепции причинно-следственной связи в контексте гражданского процесса, так и за счет существования конкуренции договорной и внедоговорной ответственности и, как следствие, возможности практически полного перенесения на истца бремени доказывания в суде всех составных элементов *malpractice*.

Однако предоставленные потерпевшей стороне процессуальные преимущества подачи иска о неисполнении договорных обязательств могли бы быть в значительной мере нивелированы ввиду наличия нормативных ограничений относительно типологии возмещаемого вреда. И действительно, в соответствии со ст. 2059 ГК Италии возмещение неимущественного ущерба возможно только в случаях, указанных законом. Первоначально, в период непосредственно после издания ГК, единственная ситуация, предполагающая возмещение неимущественного вреда, была предусмотрена ст. 185 УК в редакции от 1930 г.<sup>28</sup> Неимущественный вред мог быть возмещен только в случае преступного деяния и представлял собой так называемый субъективный моральный ущерб, понимаемый как преходящее душевное смятение, страдание, болезненные чувства (*pretium doloris*).

Как указывает в своей монографии миланский адвокат М. Назо, неимущественный ущерб изначально расценивался главным образом с патримониальной точки зрения, в соответствии с которой суммы возмещения должны были быть пропорциональны возможностям субъекта получать доходы, а не его ценности как индивидуума. Очевидно, что такой рестриктивный подход не мог сохраняться долго, так как

<sup>27</sup> См.: *Rodolfi M. La riforma del decreto Balduzzi: novità e conseguenze nell'ambito dei procedimenti civili di medical malpractice // La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 83–92.*

<sup>28</sup> Ст. 185 УК. «Возврат и возмещение ущерба». «Любое преступление обязывает к возврату и к возмещению ущерба. 2. Любое преступное деяние, которое нанесло имущественный и неимущественный вред, обязывает виновного и лиц, которые в соответствии с гражданским доказательством должны ответить за его действия, к возмещению».

он противоречил как конституционным принципам, так и сформировавшейся на европейском уровне тенденции закладывать в основу определения возмещаемого ущерба в первую очередь возрастной критерий<sup>29</sup>.

Революционным в этом отношении стало вынесенное 25.05.1974 решение суда Генуи, в котором указывалось на необходимость учитывать при определении размера возмещения не только имущественный и моральный вред, но и новый, третий тип вреда — биологический ущерб, или ущерб праву на здоровье, закрепленному в ст. 32 Конституции. Однако такая позиция генуэзского судьи не сразу была разделена представителями юридического сообщества. Многие итальянские судьи предпочитали отрицать возможность компенсации биологического ущерба. Точку в многолетнем споре поставил Конституционный суд, который в своем постановлении от 14.07.1986 № 184 устанавливает схему определения возмещаемого ущерба, уточняя, что «биологический ущерб представляет собой событие факта причинения вреда здоровью...», т.е. является вредом-событием, элементом, который должен присутствовать всегда, тогда как «субъективный моральный ущерб (как и ущерб имущественный) относится к категории вреда-последствия в самом строгом смысле».

Таким образом, в итальянскую правовую систему был введен *tertium genus* — биологический вред, возмещаемый, в отличие от имущественного и морального вреда, независимо от доходов пострадавшего. П.Дж. Монатери описывает так называемый феномен абсорбции: в состав биологического ущерба как ущерба нематериального и подлежащего возмещению стали включаться различные виды вреда, не связанного с доходами пострадавшего, например эстетический ущерб, ущерб отношениям или сексуальной жизни<sup>30</sup>. Впрочем, следует отметить, что у итальянских юристов достаточно прочно укоренилась идея о том, что существуют и другие виды неимущественного вреда, не влияющие на физическую и психическую целостность личности, не вызывающие «преодоление душевного смятения», но тем не менее заслуживающие возмещения<sup>31</sup>.

Так, в 1990-е гг. в судах начинают говорить о новом типе вреда — экзистенциальном ущербе, концепция которого изначально была разработана научной доктриной, но на сегодняшний день уже принята большинством итальянских судей. В этом смысле наиболее показательны так называемые решения Сан Мартино (постановления Кассационного суда № 26972-26975/2008), в соответствии с которыми следует учитывать и возмещать вред, нанесенный качеству социальной жизни пострадавшего, ведь и «хорошая жизнь» — это благо, гарантированное ст. 2 Конституции.

Что же касается первоначального положения о возможности возмещения неимущественного ущерба только в случаях, когда в суде был установлен состав преступления, следует сказать, что уже после вынесения Кассационным судом знаменитых «постановлений-близнецов»<sup>32</sup> у итальянских юристов не вызывает никаких сомне-

<sup>29</sup> См.: Naso M. Op. cit.

<sup>30</sup> См.: Monateri P.G. Il danno alla persona. Torino, 2000.

<sup>31</sup> См.: Russo P., Berni M. Op. cit.

<sup>32</sup> См.: решения Кассационного суда от 31.05.2003 № 8827 и 8828.



ний обоснованность тезиса о том, что исключение уголовной ответственности никоим образом не может вести к сокращению возмещаемого ущерба по ст. 2059 ГК. Нематериальный вред должен полностью возмещаться во всех ситуациях, когда ущерб подверглись защищаемые Конституцией права и интересы<sup>33</sup>.

Более того, пациент может подать иск о возмещении неимущественного ущерба не только при неправомерном действии, закрепленном в ст. 2043 ГК, но и при неисполнении договорных обязательств, перечисленных в ст. 1218 ГК. Это становится возможным благодаря совместному применению ст. 2059, 1218 и 1223<sup>34</sup> ГК с прочтением их в свете конституционных принципов. Для иллюстрации можно привести мнение Кассационного суда, согласно которому «в сфере договорной ответственности возмещение регулируется нормами... которые следует читать в конституционно ориентированном смысле. Следовательно, ст. 1218 ГК в части, в которой она предписывает, что должник, который неточно выполняет свое обязательство, обязан возместить нанесенный ущерб, не может быть отнесена только к имущественному ущербу, но должна считаться включающей в себя и неимущественный ущерб, когда неисполнение повлекло нарушение неприкосновенных прав личности. Аналогично следует признать более широкое содержание и за ст. 1223 ГК, в соответствии с которой возмещение ущерба при неисполнении или опоздании в исполнении должно включать потери, понесенные кредитором, а также упущенную выгоду, когда они являются его прямым и непосредственным следствием, приводя к категории потерь и упущенной выгоды также и неимущественный вред, обусловленный нарушением упомянутых прав»<sup>35</sup>.

## **Ответственность в сфере здравоохранения до 2012 г.: ситуация в государстве и в обществе**

В Италии отмечается устойчивая тенденция к увеличению частоты требований о возмещении ущерба при некачественном оказании медицинской помощи, предъявляемых как к учреждениям, так и к отдельным медицинским работникам: врачам и среднему медицинскому персоналу. Во многом это связано с изменением степени информированности общества о текущем состоянии медицинской науки и о развитии высоких технологий медицинских вмешательств. Ожидания пациентов при этом не всегда обоснованы: они довольно часто не учитывают реальные возможности современной медицины и требуют от врачей оказания эффективной медицинской помощи с практически нулевой степенью риска и без осложнений. В данном контексте не только неблагоприятный исход или транзитное развитие осложнений, но и неполное достижение ожидаемого пациентом результата лечения зачастую расценивается как нарушение права на жизнь и здоровье. Свой вклад в формирование *a priori* негативного отношения к представителям медицинской об-

<sup>33</sup> См., напр.: решения Кассационного суда № 15022/2005, 9284/2014.

<sup>34</sup> Ст. 1223 ГК «Возмещение ущерба»: «Возмещение ущерба при неисполнении или опоздании в исполнении должно включать потери, понесенные кредитором, а также упущенную выгоду, когда они являются его прямым и непосредственным следствием».

<sup>35</sup> Решения Кассационного суда № 26972-26975/2008.

щественности внесли и средства массовой информации, с энтузиазмом и не всегда корректно освещающие некоторые случаи из медицинской практики.

По данным Государственного агентства по региональным службам здравоохранения, на сегодняшний день только в государственном секторе подается около 12 000 обращений в год. Это означает, что на каждые 10 000 случаев приходится 13 случаев предположительно некачественного оказания медицинской помощи.

В табл. 1 приводятся данные, представленные Национальной ассоциацией страховых компаний ANIA.

Таблица 1

### Статистика заявленных случаев некачественного оказания медицинской помощи на 31.12.2011

Год	Организации системы здравоохранения	Процент	Негосударственные медицинские учреждения	Процент	Общее число страховых случаев	Процент
1994	6 345		3 222		9 567	
1995	11 411	79,9	5 892	82,9	17 303	80,9
1996	13 028	14,2	4 028	-31,6	17 057	-1,4
1997	18 672	43,3	4 829	19,9	23 501	37,8
1998	21 678	16,1	6 036	25,0	27 714	17,9
1999	23 261	7,3	9 073	50,3	32 334	16,7
2000	23 249	0,0	10 078	11,1	33 327	3,1
2001	21 911	-5,8	11 238	11,5	33 149	-0,5
2002	19 028	-13,2	11 443	1,8	30 471	-8,1
2003	16 566	-12,9	10 874	-5,0	27 440	-9,9
2004	16 356	-1,3	11 988	10,2	28 344	3,3
2005	16 343	-0,1	12 290	2,5	28 633	1,0
2006	16 424	0,5	11 959	-2,7	28 383	-0,9
2007	16 128	-1,8	13 415	12,2	29 543	4,1
2008	17 746	10,0	11 851	-11,7	29 597	0,2
2009	21 476	21,0	12 559	6,0	34 035	15,0
2010	21 353	-0,6	12 329	-1,8	33 682	-1,0
2011	19 627	-8,1	11 782	-4,4	31 409	-6,7

По этим данным количество заявленных в страховые компании случаев покрытия гражданской ответственности медицинских учреждений и гражданской ответственности медицинских работников в период с 1994 по 2010 г. возросло более чем в три раза — с 9567 до 33 682.

Безусловно, в большинстве конфликтов сторонам удастся прийти к соглашению в досудебном порядке. По данным *Marsh Risk Consulting Services S.r.l*, в гражданском



и уголовном судах решается лишь 10,13% и 8,22% обращений соответственно<sup>36</sup>. Однако так как страховые компании обязаны иммобилизовать требуемые суммы, для страховщиков медицинский работник становится в любом случае «виновным», и следующий договор о страховании медицинской ответственности заключается уже на более тяжелых для него условиях.

В целом прослеживается тенденция к постоянному возрастанию сумм, выплачиваемых пациентам и их семьям в качестве возмещения нанесенного вреда. По данным Государственного агентства по региональным службам здравоохранения, в 2013 г. средний размер возмещаемого ущерба, определенный в суде, составил 40 000 евро. Но в итальянской судебной практике нередки случаи, когда возмещение достигает нескольких сотен тысяч евро.

Интересные цифры приводятся в докладе ANIA за 2012–2013 гг. (табл. 2).

Таблица 2

### Динамика средних выплат по страховым случаям на 31.12.2011

Год	Сумма выплат							
	31.12.2002	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010
1994	16 410	30 212	28 898	29 833	28 421	28 904	29 012	28 023
1995	14 418	21 464	21 406	22 976	22 488	22 687	22 676	22 190
1996	16 961	23 253	22 000	21 789	21 622	23 819	23 493	23 028
1997	25 331	31 082	29 594	29 214	28 961	32 948	31 940	31 950
1998	17 939	24 517	22 474	30 152	29 966	34 271	33 924	33 184
1999	22 820	28 144	28 556	32 063	32 571	37 281	36 511	36 584
2000	22 254	32 298	33 887	37 600	37 634	39 968	40 605	40 134
2001	21 843	31 675	33 152	36 757	35 974	40 042	40 159	37 457
2002	20 157	33 026	35 298	39 903	38 490	42 732	43 196	42 371
2003		30 306	34 379	39 475	39 080	44 521	47 241	46 169
2004		22 706	29 755	36 545	38 349	44 083	43 304	43 653
2005			26 670	33 074	35 471	42 383	42 245	41 277
2006				30 659	33 408	41 476	42 019	41 779
2007					26 670	38 266	38 816	39 537
2008						29 505	34 067	39 427
2009							25 083	33 225
2010								27 689
2011								

Несмотря на то, что страховые компании стремятся в своей оценке страховых случаев применять наиболее строгие нормативные принципы, практически всегда от-

<sup>36</sup> См.: Medical malpractice claims analysis // Marsh Risk Consulting Services S.r.l. 5 ed. 2013.

мечается необходимость переоценки выплат через несколько лет после заявления о страховом случае. Так, из приведенной таблицы видно, что, например, в 2002 г. средняя оценка страхового случая составляла 20 157 евро, а уже к 2006 г. выплаты по тем же случаям, запрототолированным в 2002 г., достигли в среднем 39 903 евро, т.е. возросли практически в два раза. По мнению страховых компаний, эти данные не следует рассматривать как некую аномалию итальянского рынка: подобная тенденция отмечается в большинстве развитых стран и объясняется именно тем, что судьи с каждым годом устанавливают все большие и большие суммы возмещения вреда. Процент прироста намного превышает нормальные показатели общей инфляции, и страховщики оказываются не в состоянии заранее спрогнозировать, в каком объеме будет оцениваться судьями наносимый ущерб уже через несколько лет<sup>37</sup>.

По данным *Marsh Risk Consulting Services S.r.l.*, с 2004 по 2012 г. средние суммы возмещаемого ущерба в здравоохранении возросли с 40 000 до 66 000 евро. В целом за эти 9 лет в качестве возмещения ущерба было выплачено 1,5 млрд евро. Для страховых компаний один врач обходится в среднем в 6800 евро, а медицинская сестра — в 2864 евро<sup>38</sup>.

Медицинские работники при исполнении профессиональной деятельности чувствуют сильнейшее давление, что ощутимо влияет на формирование подхода, отдающего приоритет уже не качественному проведению диагностических и лечебных мероприятий, а максимальному предотвращению возможности привлечения к профессиональной ответственности. Это приводит к необоснованному назначению дополнительных диагностических процедур и неоправданному повышению расходов на здравоохранение. С другой стороны, врачи пытаются избежать привлечения к ответственности, сознательно отказываясь от медицинских вмешательств, сопряженных с повышенным риском. Феномен защитной медицины получает все большее и большее распространение в Италии.

В заключительном докладе Парламентской комиссии по расследованию ошибок в сфере здравоохранения и причин убытков в регионах указывается, что затраты бюджета на защитную медицину в 2012 г. составили более 12 млрд евро, что составляет около 0,75% ВВП Италии и лишь немного уступает расходам на научно-исследовательскую деятельность и развитие. Комиссия ссылается на результаты исследования, проведенного в конце 2010 г. Орденом врачей Рима, в ходе которого было установлено, что 78% опрошенных врачей считают, что риск быть привлеченным к профессиональной ответственности за последние годы в значительной степени повысился, а 65,4% респондентов отмечают, что из-за существования этого риска чувствуют на себе постоянное давление во время выполнения ими своих профессиональных обязанностей<sup>39</sup>.

Таким образом, повышение частоты судебных разбирательств в отношении врачей и учреждений и значительное возрастание размеров присуждаемых судом компенса-

<sup>37</sup> См.: *Malpractice, il grande caos* // Dossier ANIA. 2014. № 2. URL: <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf>.

<sup>38</sup> См.: *Medical malpractice claims analysis* // Marsh Risk Consulting Services S.r.l.

<sup>39</sup> См.: *Ordine Provinciale di Roma dei Medici, chirurghi e degli Odontoiatri. Chi si difende da chi? E perche? I dati della prima ricerca nazionale sulla Medicina difensiva*. Roma, 2010. URL: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9848861.pdf>.





ций привели к развитию кризисной ситуации на рынке страхования профессиональной ответственности в здравоохранении и к увеличению расходов государственного и региональных бюджетов. Стало необходимым вмешательство правительства с целью подавить активный рост явлений защитной медицины.

## **Закон от 08.11.2012 № 189**

В последние годы в итальянский Парламент была внесена серия законопроектов, призванных реформировать дисциплину ответственности медицинского и немедицинского персонала, осуществляющего свою профессиональную деятельность в сфере здравоохранения, но это не привело ни к какому практическому результату<sup>40</sup>. И в данном историческом контексте, на фоне нарастающего социального напряжения и инертности законодательных органов, 13.09.2012 Правительство издает декрет<sup>41</sup> № 158 «Неотложные распоряжения с целью способствования развитию страны путем повышения уровня охраны здоровья» (более известный как декрет Бальдуцци, по имени главы министерства здравоохранения Италии).

В пояснительном докладе к проекту закона о конвертировании декрета № 158 в закон, представленном в Парламент, разъясняется, что его ст. 3 имеет своей целью предусмотреть меры в отношении феномена так называемой защитной медицины. Неотложный характер нормативного акта обосновывается тем, что создававшаяся «ситуация выраженного ограничения финансовых ресурсов в распоряжении Национальной службы здравоохранения, отсутствие контроля над нарастающим фактором ненадлежащих расходов генерируют невыносимые сложности для регионов и медицинских учреждений». Декрет был конвертирован, но Парламент внес значительные поправки в оригинальный текст, подготовленный Правительством.

В окончательной редакции ст. 3 «Профессиональная ответственность лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в сфере здравоохранения» Закона от 08.11.2012 № 189 (далее — Закон) содержит 5 частей. В первой части предусматривается освобождение от уголовной ответственности за действия легкой степени виновности при условии соблюдения *Guidelines* и *Good clinical practice* (протоколы и надлежащие клинические практики), аккредитованных научным сообществом. Вторая и четвертая части регламентируют создание фонда, который сможет гарантировать надлежащее страховое покрытие для определенных категорий работников здравоохранения, наиболее подверженных профессиональному риску. Третья часть радикально меняет систему расчета сумм возмещения вреда при врачебной ошибке, устанавливая, что биологический ущерб должен возмещаться на базе та-

<sup>40</sup> См.: *Breda R.* Op. cit.; *Rodolfi M.* La riforma del decreto Balduzzi: novità e conseguenze nell'ambito dei procedimenti civili di medical malpractice // La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 83–92.

<sup>41</sup> Декрет-закон (*D.L.*): нормативный акт, издаваемый Правительством и имеющий силу обыкновенного закона. В соответствии с ч. 2 ст. 77 Конституции декреты-законы издаются только «в чрезвычайных случаях необходимости и неотложности». Они теряют силу, если по прошествии 60 дней не конвертируются Парламентом в закон.

блиц, применяемых при дорожно-транспортных происшествиях (ст. 138 и 139 Кодекса страхования)<sup>42</sup>. Заключительная пятая часть регулирует некоторые положения ведения регистра технических консультантов.

По мнению адвоката Р. Бреда, ст. 3 Закона в ее окончательной редакции представляет собой более чем реформу, это истинная революция в сфере гражданской ответственности в здравоохранении. Свидетельством тому является острая дискуссия, развернувшаяся как между практикующими юристами, так и в научном сообществе. Наиболее живое обсуждение вызвала ч. 1 ст. 3 Закона, согласно которой «лицо, занимающееся профессиональной деятельностью в сфере здравоохранения, когда при осуществлении своей деятельности придерживается *Guidelines* и *Good clinical practice*, аккредитованных научным сообществом, не несет уголовной ответственности при незначительной виновности. В этих случаях по-прежнему остается обязательство в соответствии со ст. 2043 Гражданского кодекса. Также и при определении объема возмещения вреда судья надлежащим образом учитывает образ действий в соответствии с первой частью статьи».

Из нормативного текста следует, что соблюдение *Guidelines* и *Good clinical practice* освобождает от уголовной ответственности при легкой виновности<sup>43</sup>. Здесь авторы Закона исходят из укрепившегося в доктрине мнения, что угроза уголовной ответственности не всегда способствует повышению качества медицинской помощи, но несомненно является причиной защитного поведения работников здравоохранения, а введение четко обозначенных границ профессиональной вины медицинских работников предпочтительнее применения в уголовном праве ст. 2236 ГК, освобождающей от возмещения ущерба<sup>44</sup>. В Законе также говорится, что в этом случае освобождение не распространяется на гражданскую ответственность. Но текст нормы отсылает к ст. 2043, регулирующей аквилианскую ответственность, оставляя без упоминания ст. 1218. Как следует интерпретировать подобную формулировку?

Судья Дж. Буффон сравнивает эффект, произведенный на профессиональное сообщество ч. 1 ст. 3 Закона, с маятником Фуко, который, как известно, может долгое время колебаться, прежде чем остановится в одной точке. Так и попытки интерпретации предписаний данной нормы породили колебания между противоположными точками зрения<sup>45</sup>. Так, если исключить *lapsus calami*, или ошибку автора, возможные толкования нормы можно объединить в две полярные группы:

- 1) ч. 1 ст. 3 Закона радикально изменяет дисциплину гражданской ответственности в здравоохранении, предписывая возвращение к режиму, действовавшему

---

<sup>42</sup> См.: декрет-закон от 07.09.2005 № 209.

<sup>43</sup> В марте 2013 г. Миланский суд поднял вопрос о конституционности данного положения относительно ст. 3, 24, 25, 27, 28, 32, 33 и 111 Конституции, так как, по мнению суда, оно может нарушать принципы разумности и определенности.

<sup>44</sup> См.: *Breda R. Op. cit.*

<sup>45</sup> См.: *Buffone G. L'equilibrio precario della responsabilità medica sotto il pendolo di Foucault introdotto dalla legge 189/2012 sanitaria // La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 21–26.*



до 1999 г. Согласно данной интерпретации медицинский работник теперь несет только внедоговорную ответственность за неправомерное действие по ст. 2043. Но в таком случае следует определить, распространяется ли новая дисциплина гражданской ответственности и за пределы гипотезы легкой виновности при соблюдении *Guidelines u Good clinical practice* и сохраняется ли договорная ответственность медицинского учреждения по ст. 1218;

- 2) ч. 1 ст. 3 Закона ничего не меняет в сложившейся после 1999 г. системе, так как в тексте нормы не содержится пункт об отмене ст. 1218, следовательно, она остается в действии, а отсылка к *lex Aquiliana* должна интерпретироваться как ссылка на обязательство возмещения ущерба в целом; при этом следует считать, что ст. 1218, хоть и не цитируется напрямую, подразумевается автором Закона.

Каждая из этих точек зрения подкрепляется довольно весомыми аргументами. Очевидно, что первый вариант интерпретации ближе к дословному тексту анализируемой нормы. Однако в целом большинство авторов сходится на том, что ч. 1 ст. 3 Закона не вносит никаких существенных изменений<sup>46</sup>. Следует отметить, что и в залах суда в целом сохранился прежний подход к квалификации ответственности врачей, хотя в первом после реформы судебном постановлении суда Варезе от 29.12.2012, ч. 1 ст. 3 Закона интерпретируется как законодательный акт, проясняющий, что при отсутствии договора, заключенного напрямую между пациентом и врачом, ответственность медицинского работника можно квалифицировать исключительно как внедоговорную<sup>47</sup>. Суд Турина в постановлении от 26.02.2013 № 1406/2013 истолковывает данную норму еще более радикально: «Новая ответственность на основе контакта должна быть интерпретирована как аквиллианская, и учреждение, и сотрудник отвечают по ст. 2043, так как не представляется возможным предположить одновременное существование двух разных форм ответственности».

Но большинство судей склоняется к тому, чтобы рассматривать указание на ст. 2043 как отсылку к гражданской ответственности медицинских работников в целом, и поэтому продолжают в своих решениях опираться на теорию квалифицированного социального контакта<sup>48</sup>. В постановлении Кассационного суда от 19.02.2013 № 4030 ч. 1 ст. 3 Закона разъясняется в том смысле, что указание в тексте на ст. 2043 следует интерпретировать как упоминание в свете общего принципа *neminem laedere*. В по-

<sup>46</sup> См.: Bona M. Responsabilità civile della struttura sanitaria e del medico: i rapporti struttura-sanitari e nesso di causa dopo il decreto «Balduzzi» // Collana dell'Osservatorio «Giordano Dell'Amore» sui rapporti tra diritto ed economia. Milano, 2013. № 20, La responsabilità medica. P. 107–166; Breda R. Op. cit.; Gorgoni A. Legge Balduzzi e natura extracontrattuale della responsabilità del medico // Persona e mercato. 2014. № 3. URL: <http://www.personaemercato.it/2014/11/legge-balduzzi-e-natura-extracontrattuale-della-responsabilita-del-medico-di-antonio-gorgoni/>; Martini F. Legge Balduzzi, come cambia (e se cambia) la responsabilità sanitaria // La valutazione della colpa medica e la sua tutela assicurativa / ed. by F. Martini, U. Genovese. Santarcangelo di Romagna (RN), 2013. P. 11–20; Mastroroberto L., Blandino A. Op. cit.

<sup>47</sup> См.: Scalera A. Responsabilità medica, il paziente deve provare l'errore del medico // Il quotidiano giuridico. URL: [http://www.quotidianogiuridico.it/Civile/responsabilita\\_medica\\_il\\_paziente\\_deve\\_provare\\_l\\_errore\\_del\\_medico\\_id1163701\\_art.aspx](http://www.quotidianogiuridico.it/Civile/responsabilita_medica_il_paziente_deve_provare_l_errore_del_medico_id1163701_art.aspx).

<sup>48</sup> См.: постановления суда Арrezzo от 14.02.2013, суда Кремоны от 19.09.2013, суда Роверето от 29.12.2013, суда Флоренции от 12.02.2014.

становлении от 17.04.2014 № 8949 Кассационный суд вновь поясняет, что «ст. 3... не выражает выбора законодателя в пользу гражданской ответственности медицинского работника как исключительно внедоговорной, но лишь исключает в этой области незначимость легкой степени вины».

## Заключение

Несмотря на то, что, по данным ВОЗ, Италия занимает второе место в мире по качеству оказания медицинской помощи, сами итальянцы часто выказывают крайнее недовольство сложившейся в сфере здравоохранения ситуацией. Прогрессирующий феномен защитной медицины непосильным грузом ложится на бюджет регионов и негативно влияет на деятельность медицинских работников. Неблагополучная ситуация складывается и в страховом секторе.

Таким образом, можно сделать заключение, что сложившаяся в Италии в значительной степени ориентированная на пациентов судебная практика не смогла полностью справиться с задачей максимального предотвращения некачественного оказания медицинской помощи и добиться высокой степени защищенности пациентов без ущерба качеству оказываемых услуг и состоянию системы здравоохранения в целом. Складывается впечатление, что и попытка решить проблему на законодательном уровне не привела к существенным сдвигам. Однако делать окончательные выводы об эффективности реформы и о том, какие последствия могло бы иметь изменение подхода к квалификации профессиональной ответственности врачей, а значит, и к процессуальному положению сторон в суде, на данный момент представляется преждевременным. Так, поистине неожиданным стало постановление Миланского суда от 17.07.2014 № 9693, названное президентом Миланского ордена врачей историческим. В нем судья I гражданской секции суда Милана П. Гаттари кардинально отступает от сложившейся в Италии правоприменительной традиции: основываясь на *ratio legis* реформы Бальдуцци, суд утверждает следующее: «Задача интерпретации... придать норме тот смысл, который она может иметь на основе своей дословной формулировки и намерений законодателя. Частью 1 ст. 3 закона Бальдуцци итальянский Парламент... несомненно, желал ограничить ответственность работников здравоохранения и облегчить их положение в ходе процесса в том числе и отсылкой к ст. 2043». Таким образом, по мнению суда, в тех случаях, когда пациент медицинского учреждения не заключал договор непосредственно с медицинским работником, последний может быть привлечен только к внедоговорной ответственности.

Здесь как нельзя более уместно будет вновь процитировать слова упоминаемого нами ранее судьи Буффона: «Маятник продолжает раскачиваться...» Едва ли кто-либо сможет сейчас сказать, где остановится маятник, и потребуются ли вновь в ближайшее время неотложные нормативные акты, призванные разрешить сложившуюся кризисную ситуацию. Несомненно лишь одно: в любом случае анализ сложного и неоднозначного опыта Италии в ее стремлении найти равновесие между несовпадающими, а зачастую и противоположными интересами региональных правительств, страховщиков, медицинских работников, пациентов и общества в целом может внести свой вклад в дальнейшее совершенствование регулирования вопросов гражданской ответственности в здравоохранении в Российской Федерации.