

**АЛФЕРОВА Е.В.<sup>1</sup>, СКУРКО Е.В.<sup>2</sup> НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ (ОПЫТ ФРАНЦИИ, ИТАЛИИ, НИДЕРЛАНДОВ, ВЕЛИКОБРИТАНИИ) (Обзорная статья)**

*Аннотация.* На примере отдельных национальных правовых систем (Франция, Италия, Нидерланды, Великобритания) раскрываются опыт и особенности правового регулирования компенсации вреда, причиненного некомпетентным медицинским лечением, а также наиболее часто используемые методы альтернативного разрешения споров в сфере здравоохранения. В целях определения значения права на охрану здоровья и права на медицинское обслуживание как ориентиров для оказания качественной медицинской помощи на внутригосударственном уровне исследуются развитие современного общественного здравоохранения и медицинского обслуживания, а также процессы судебного и внесудебного урегулирования случаев врачебной халатности.

*Ключевые слова:* медицинская ответственность; ответственность врача; здравоохранение; медицинское обслуживание; право на охрану здоровья; право на жизнь; медицинское право; компенсация вреда здоровью.

**ALFEROVA E.V., SKURKO E.V. National Systems of Compensation for Damage Caused by Medical Care (Experience of France, Italy, the Netherlands, Great Britain) (Review article)**

*Abstract.* Using the example of individual national legal systems (France, Italy, the Netherlands, and the United Kingdom), the experien-

---

<sup>1</sup> Алферова Елена Васильевна, ведущий научный сотрудник, зав. отделом правоведения ИНИОН РАН, кандидат юридических наук.

<sup>2</sup> Скурко Елена Вячеславовна, старший научный сотрудник отдела правоведения ИНИОН РАН, кандидат юридических наук.

ce and features of the legal regulation of compensation for damage caused by incompetent medical treatment, as well as the most commonly used methods of alternative dispute resolution in the healthcare sector, are revealed. In order to determine the importance of the right to health protection and the right to medical care as guidelines for the provision of quality medical care at the domestic level, the development of modern public health and medical care, as well as the processes of judicial and extrajudicial settlement of cases of medical negligence, are being investigated.

**Keywords:** medical responsibility; doctor's responsibility; healthcare; medical care; the right to health protection; right to life; medical law; compensation for harm to health.

*Для цитирования:* Алфорова Е.В., Скурко Е.В. Национальные системы компенсации ущерба, причиненного медицинским обслуживанием (опыт Франции, Италии, Нидерландов, Великобритании) (Обзорная статья) // Социальные и гуманитарные науки: Отечественная и зарубежная литература. Сер. 4: Государство и право. – 2025. – № 2. – С. 66–80. – DOI: 10:31249/ajpravo/2025.02. 05

## Введение

Сегодня особенное внимание исследователей привлекает не только и не столько уголовное преследование в случае медицинской халатности, сколько современные изменения в тех гражданско-правовых и альтернативных правовых процедурах, которые призваны учитывать интересы всех сторон, участвующих в спорах об оказании некачественной медицинской помощи (услуги). Анализ научных публикаций, связанных с проблемами компенсации ущерба, причиненного медицинским обслуживанием и в результате злоупотребления служебным положением, и ответственности в сфере здравоохранения, показывает, что эта тема, во-первых, достаточно полно разработана в рамках современной правовой доктрины, во-вторых, гражданско-правовые и альтернативные инструменты предоставляют различные возможности сторонам, вовлеченным в спор, возникший в результате причинения ущерба здоровью в случае оказания медицинской помощи, – компенсационные, профилактические или психологические и др. В гражданско-правовом измерении споры в сфере оказания медицинских услуг (лечения) могут выходить за рамки юридического иска, из отношений пациента (истца) и практикующего врача или медицинского учрежде-

ния (ответчика). Их разрешение служит достижению более общих, системных и научных целей<sup>1</sup>.

Важным основанием для развития различных гражданско-правовых или альтернативных механизмов систем компенсации в случае причинения вреда при оказании медицинских услуг в национальных правовых системах являются принципы и нормы международного права прав человека. Однако единого стандарта охраны здоровья в мире, как отмечает Дебора Бах-Голецкая, доцент факультета права и управления Университета Варшавы, не существует, поскольку требование о наивысшем достижимом уровне охраны здоровья по самой своей природе является специфическим стандартом, основанным на имеющихся ресурсах в рамках экономического и социального уровня развития конкретной страны на данном этапе<sup>2</sup>.

Построение международного стандарта охраны здоровья основывается на двух столпах: первый – обязанность государственных органов организовать систему здравоохранения и обеспечить медицинским обслуживанием все население страны; второй – гарантировать право человека на охрану здоровья. Точкой соприкосновения этих двух оснований – коллективного и индивидуального, активного и пассивного, стороны поставщика услуг и стороны получателя этих медицинских услуг – поддержание и восстановление здоровья пациента<sup>3</sup>.

В организации здравоохранения исследователи отмечают новые явления, которые оказывают влияние на медицинскую практику. Во-первых – растущее применение новых технологий в медицине, в том числе перспективы использования искусственного интеллекта в целях обработки больших данных в здравоохранении. Во-вторых – потребность наращивания и оптимизации государственного финансирования здравоохранения. В-третьих – «новый статус» пациентов в медицинской среде, позволяющий изменить отношения между врачом и пациентом и усовершенствовать систему медицинского обслуживания. Основным «двигателем» здесь является возросшая уверенность в себе пациентов, по-

---

<sup>1</sup> Bach-Golecka D. Compensation Schemes and Extra-Judicial Solutions in Case of Medical Malpractice. A Commentary on Contemporary Arrangements // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives / ed. D. Bach-Golecka. – Cham: Springer, 2021. – P. 2.

<sup>2</sup> Ibid. – P. 7.

<sup>3</sup> Ibid.

вышение уровня их знаний в области медицинской помощи и здравоохранения («эффект доктора Google»), что приводит к расширению возможностей пациентов и влечет за собой «демократизацию» отношений в рассматриваемой сфере, а также отказ от патернализма между врачом и пациентом<sup>1</sup>.

В данной обзорной статье рассматриваются особенности механизмов компенсации вреда, причиненного здоровью человека медицинским обслуживанием, во Франции, Италии, Нидерландах, Великобритании, описанные исследователями из разных стран в книге «Схемы компенсации вреда, причиненного медицинским обслуживанием, и альтернативы судебному разбирательству: перспективы сравнительного правоведения»<sup>2</sup>.

**Франция: система компенсации по несчастным случаям в медицине.** Закон Франции о правах пациентов от 4 марта 2002 г. установил общую систему компенсации за вред, связанный с оказанием медицинской помощи, и тем самым создал привлекательную альтернативу традиционному деликтному иску. Теперь пациенты могут обращаться с запросами о компенсации в одну из 25 региональных примирительных и компенсационных комиссий (*commissions régionales de conciliation et de compensation*). Эти комиссии были созданы как альтернатива судам и призваны помочь пациентам получить компенсацию. Комиссия состоит 20 человек, представляющих шесть категорий заинтересованных лиц – пациенты, медицинские работники, представители больниц (поликлиник), страховщики, – и возглавляется судьей. С момента получения претензии (жалобы) с требованием выплаты компенсации, у комиссии есть шесть месяцев, чтобы дать заключение, в котором оценивается обоснованность претензии, и, при необходимости, предоставление юридического заключения медицинскому страховщику (в случае врачебной халатности) или Французскому бюро по выплате компенсаций в случае несчастных случаев на произ-

---

<sup>1</sup> Bach-Golecka D. Compensation Schemes and Extra-Judicial Solutions in Case of Medical Malpractice. A Commentary on Contemporary Arrangements // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives / ed. by D. Bach-Golecka. – Cham: Springer, 2021. – P. 10.

<sup>2</sup> Ibid. – 458 p.

водстве (French Compensation Office of Medical Accidents) (ONIAM) (далее – Бюро)<sup>1</sup>.

Вышеупомянутый Закон 2002 г. также унифицировал правила ответственности за врачебную халатность, независимо от вовлеченных сторон (государственные больницы, частные госпитали или частнопрактикующие медицинские работники), и установил новую правовую обязанность медицинских работников получать информированное согласие пациента и предоставлять доступ к медицинским записям (медицинским картам)<sup>2</sup>.

В результате реформы 2002 г. у пациентов, требующих компенсации за вред, который они считают связанным с оказанием медицинских услуг, есть два варианта действия: они могут подать иск против частнопрактикующего врача или больницы, где они получили медицинскую помощь, либо в одну из 25 региональных примирительных и компенсационных комиссий.

Финансирование возмещаемого ущерба осуществляется в рамках программы компенсации вреда в связи с медицинским несчастным случаем и зависит от результатов процедуры, проводимой комиссией по примирению и компенсации. Если комиссия придет к выводу, что медицинский несчастный случай был вызван врачебной халатностью, то страховщик медицинского работника должен будет возместить ущерб и профинансировать расходы из средств, выделенных на страхование медицинской ответственности, состоящих из страховых взносов, уплаченных врачами, государственными больницами и частными клиниками. Если истец имеет право на возмещение ущерба от компенсационного Бюро по выплате компенсаций в связи с медицинскими несчастными случаями на производстве, то источником финансирования является бюджет этого Бюро, регулируемый ст. L 1142–23 (3) Кодекса общественного здравоохранения Франции (Code de la santé publique). В случае, если Бюро (ONIAM) заменяет частную страховую компанию, которая не желает возмещать ущерб истцу, то оно имеет право подать регрессный иск и взыскать выплаченную сумму со страховщика<sup>3</sup>.

Система компенсаций, действующая во Франции с 2002 г., сегодня подвержена критике, обсуждается возможная реформа За-

---

<sup>1</sup> Knetsch J. The French Medical Accident Compensation Scheme. A Critical Assessment of the Patients' Rights Act of 4 March 2002 // *Ibid.* – P. 179.

<sup>2</sup> *Ibid.* – P. 180.

<sup>3</sup> *Ibid.* – P. 184.

кона 2002 г., несмотря на ту значительную роль в деле защиты прав пациентов, которую сыграл этот Закон. Основные задачи, стоящие перед системой в ближайшие годы, по мнению Джонаса Кнеча, профессора факультета права Университета Парижа, – достижение баланса между открытостью системы и ее затратами, усиление роли примирительных процедур, разработка уникальных руководящих принципов выплаты компенсаций, реструктуризация финансовых и кадровых механизмов Бюро и преобразование заключений комиссий в обязательные к исполнению решения<sup>1</sup>.

**Италия: альтернативные методы разрешения споров по возмещению вреда в здравоохранении.** Итальянская правовая система возмещения пациентам ущерба, причиненного медицинским обслуживанием, основана на традиционной концепции медицинской ответственности и правовой возможности обращения с иском в суд. Из-за отсутствия специального законодательства в течение длительного времени регулирование в рассматриваемой области осуществлялось судами, главным образом Верховным кассационным судом, на основе общих принципов, установленных гражданским законодательством<sup>2</sup>. Однако в последние несколько лет, в связи с растущим беспокойством общественности, были приняты законодательные меры, направленные на стимулирование использования альтернативных методов разрешения споров в сфере здравоохранения.

Правила одинаковы независимо от того, является ли медицинское учреждение государственным или частным. Во-первых, закон налагает одинаковые обязательства на все медицинские учреждения. Во-вторых, различия в возмещении ущерба здоровью в зависимости от характера медицинского учреждения могут входить в противоречие с фундаментальным характером права на охрану здоровья, гарантированного п. 1 ст. 32 Конституции Италии, декларирующим: «Республика защищает здоровье как фундаментальное право личности и общественный интерес, а также гарантирует бесплатное медицинское обслуживание малоимущим»<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Knetsch J. The French Medical Accident Compensation Scheme. A Critical Assessment of the Patients' Rights Act of 4 March 2002.

<sup>2</sup> De Luca A. The Judge, the Legislator and... the Mediator. The Long Journey of Medical Malpractice in Italy // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives / ed. D. Bach-Golecka. – Cham: Springer, 2021. – P. 225.

<sup>3</sup> Ibid.

Длительное время ответственность врачей регулировалась в основном судебной практикой, которая постепенно смещала баланс в пользу пациентов. В последние несколько лет в Италии были приняты важные законодательные акты. Их цель состоит в том, чтобы обеспечить более сбалансированное сочетание нескольких конкурирующих интересов, снизить давление на практикующих врачей, повысить доступность страхового покрытия и снизить общие затраты в системе здравоохранения. Среди этих актов следует выделить Декрет-закон N 38 от 13 августа 2011 г., который ввел требование о том, чтобы все специалисты, включая медицинских работников, имели страховую защиту по обязательствам, вытекающим из практики их деятельности, и Указ-закон N 158 от 13 сентября 2012 г. (известный как «Закон Бальдуцци»), статья 3 которого внесла некоторые существенные изменения в регулирование ответственности врачей. Пункт 1 этой статьи устанавливает, «что, если медицинский работник действовал в соответствии с руководящими принципами и передовой практикой, выработанной аккредитованным научным сообществом, уголовная ответственность в случае *culpa levis* исключается». Однако медик может быть привлечен к ответственности за ущерб в соответствии со ст. 2043 Гражданского кодекса Италии, т.е. по внедоговорной ответственности<sup>1</sup>. Кроме того, согласно п. 1 ст. 3 Закона Бальдуцци, при оценке ущерба суд должен принять во внимание тот факт, что медицинский работник соблюдал установленные стандарты поведения. В п. 2 ст. 3 предусмотрены единые минимальные стандарты и процедуры для обязательных полисов и создан гарантийный фонд. Пункт 3 ст. 3 регулирует размер ущерба, причитающийся в случаях врачебной халатности.

В 2017 г. был принят Закон N 24/2017, так называемый Закон Джелли / Бьянко, который содержит раздел «Меры по обеспечению безопасности пациентов и ответственности врачей». Среди важных нововведений, содержащихся в этом Законе, есть нормы, направленные на попытку провести комплексную реформу в области врачебной халатности. Во-первых, этот Закон содержит ряд положений, направленных на разработку эффективной системы управления рисками для предотвращения нежелательных явлений.

---

<sup>1</sup> De Luca A. The Judge, the Legislator and... the Mediator. The Long Journey of Medical Malpractice in Italy // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives / ed. D. Bach-Golecka. – Cham: Springer, 2021. – P. 232–233.

В частности, ст. 3 Закона Джелли / Бьянко предусматривает формализацию системы руководящих принципов для повышения качества медицинской помощи и стандартизации клинической практики. Эти принципы разрабатываются государственными и частными органами и учреждениями, научными обществами и ассоциациями, включенными в специальный перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения.

Во-вторых, ст. 6 Закона Джелли / Бьянко изменяет положение ст. 3 Закона Бальдуцци об уголовной медицинской ответственности: исключается ссылка на *culpa levis* (легкая небрежность) и одновременно этот вид вины включен в Уголовный кодекс Италии. Согласно ст. 590 Закона Джелли / Бьянко, медицинский работник не несет ответственности только в том случае, если смерть или травма пациента произошли из-за неопытности (*imperizia*), при этом руководящие принципы были полностью им соблюдены и соответствовали особенностям конкретного случая.

В-третьих, ст. 7 Закона Джелли / Бьянко устанавливает, что ответственность медицинских учреждений (как государственных, так и частных) всегда носит договорный характер, в то время как ответственность медицинских работников регулируется ст. 2043 Гражданского кодекса Италии, т.е. носит внедоговорный характер<sup>1</sup>.

Практическую значимость этих изменений в законодательстве, по мнению исследователей, не стоит преувеличивать, поскольку в конечном итоге во всех случаях, связанных с медицинской ответственностью, вопросы вины и причинно-следственной связи будут по-прежнему решаться на основе экспертного заключения<sup>2</sup>.

Несмотря на то что в правовой системе Италии акцент традиционно делался на обращении в суд как на традиционном способе разрешения споров, в последние десятилетия Италия примкнула к общей тенденции, заключающейся в ориентации на альтернативные методы разрешения споров.

В области врачебной халатности первый опыт был накоплен в регионах, которым поручено управление общественным здраво-

---

<sup>1</sup> De Luca A. The Judge, the Legislator and... the Mediator. The Long Journey of Medical Malpractice in Italy // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives. – P. 234.

<sup>2</sup> De Luca A. Op. cit.

охранением. В частности, в 2005 г. в Эмилии-Романье и в 2007 г. в Пьемонте были начаты проекты по обучению персонала медицинских учреждений методам медиации в целях управления внутренними и внешними конфликтами и создания более благоприятной атмосферы их разрешения<sup>1</sup>. В других регионах, таких как Тоскана, на добровольной основе были созданы совместные согласительные комитеты для урегулирования конфликтов. Эти комитеты предлагали варианты их разрешения, а стороны вольны были принять или отвергнуть эти предложения. По общей оценке, результатами разного рода посреднических усилий комитетов стало уменьшение общего количества заявлений, поданных в этот альтернативный суду орган, в том числе из-за неэффективной коммуникации, недовольства медицинским персоналом или неадекватного управления рисками в медицинском учреждении<sup>2</sup>.

На государственном уровне по вопросам альтернативных методов разрешения споров, включая области здравоохранения и оказания медицинской помощи, был принят законодательный Декрет N 28 от 4 марта 2010 г. «О медиации, направленной на урегулирование гражданских и коммерческих споров». Этот Декрет ввел в действие (впервые в правовой системе Италии) общее положение о медиации в гражданских и коммерческих спорах, реализующее Директиву Евросоюза № 2008/52/ЕС о медиации в гражданских и коммерческих спорах. Декрет был введен в действие Указом N 180 от 18 октября 2010 г. о центрах медиации, посредниках и расходах на медиацию, позднее дополненным Указом N 145 от 6 июля 2011 г.

Отличительной чертой нового законодательного регулирования о медиации и его наиболее противоречивой особенностью стала обязательная внесудебная медиация, предусмотренная п. 1 ст. 5 Декрета N 28, распространяющаяся на споры, касающиеся широкого и разнообразного круга вопросов, включая врачебную халатность. В этих случаях, если стороны не подали заявление о попытке примирения до подачи своего иска в суд, судья вправе по своей инициативе, установить 15-дневный срок для подачи заявления и назначить новое слушание по истечении срока, в течение которого должна быть завершена медиация, первоначально составившего четыре месяца (ст. 6)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> De Luca A. Op. cit. – P. 236.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid. – P. 237.

Многие медицинские работники приветствовали эту меру, поскольку она позволила бы сократить количество судебных дел и, возможно, расходы на страхование. Однако значительная часть юридического сообщества, включая коллегия адвокатов, решительно выступила против обязательного характера медиации, и как только вступили в силу положения законодательного Декрета, касающиеся обязательной внесудебной медиации (21 марта 2011 г.), они были оспорены в Конституционном суде Италии и Суде ЕС.

Тем не менее, несмотря на то, что на национальном уровне решением Конституционного суда N 27227 от 6 декабря 2012 г. ст. 5 была признана неконституционной, правительство приняло Декрет-закон N 69 от 21 июня 2013 г., который был дополнен Законом N 98 от 9 августа 2013 г., ст. 84 которого восстанавливала обязательную внесудебную медиацию по спорам о врачебной халатности и почти по всем другим областям гражданских отношений. В настоящее время обязательная медиация предусмотрена как в отношении претензий к медицинским специалистам, так и в отношении претензий к медицинским учреждениям. Предусмотрено также требование об участии и помощи сторонам в процессе медиации адвоката<sup>1</sup>.

**Нидерланды: инновации в системе компенсации за вред, причиненный медицинским лечением.** В Нидерландах опасения по поводу негативного опыта пациентов, связанного с медицинским лечением и судебными процедурами по делам о возмещении вреда здоровью, привели к потенциально серьезным изменениям в области процессуального законодательства о жалобах и компенсации<sup>2</sup>.

Исследователи отмечают, что в Нидерландах не существует проблемы кризиса ответственности врачей, требующего принятия таких мер, как ограничение количества судебных разбирательств по медицинским вопросам и уменьшение суммы финансовой компенсации и др. Как в научных, так и в политических дискуссиях нередко указывается на то, что: 1) неумелые ответы на жалобы и неблагоприятные события приводят к ненужным судебным разбирательствам, включая необоснованное предъявление претензий и подачу дисциплинарных жалоб, которые приводят к деструктив-

---

<sup>1</sup> De Luca A. Op. cit. – P. 238.

<sup>2</sup> Laarman B., Akkermans A. Innovation Compensation for Medical Liability in the Netherlands // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives. – P. 269.

ным состязательным процессам; 2) это наносит ущерб как пациентам, так и медицинским работникам и 3) при наличии законного требования о компенсации оно должно быть удовлетворено, но это часто занимает много времени и является трудным и обременительным как в финансовом, так и в эмоциональном плане<sup>1</sup>.

Обеспокоенность положением пациентов привела к принятию в 2015 г. Закона о качестве медицинской помощи, жалобах и спорах, который вступил в силу в 2016 г. Данный Закон рассматривается как попытка добиться фундаментальных изменений в способах рассмотрения жалоб в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания с акцентом на открытое, неформальное и проактивное реагирование как на претензии, так и на рекламации. Согласно этому Закону: 1) запрос о выплате компенсации считается жалобой, если он отвечает требованиям, предусмотренным Законом о жалобах на медицинское обслуживание; 2) жалобы рассматриваются независимым специалистом; 3) для рассмотрения жалоб / исковых заявлений установлены сжатые сроки; 4) если пациенты не удовлетворены ответом поставщика медицинских услуг на их жалобу / иск, они могут обратиться в независимый суд по спорам в сфере медицинского обслуживания и здравоохранения, который может принять обязательные к исполнению решения, включая возмещение ущерба. Эти новые законодательные положения направлены на то, чтобы улучшить положение пациентов, предоставляя неформальные, недорогие и быстрые способы разрешения как претензий, так и жалоб<sup>2</sup>.

Однако изменения в способах рассмотрения жалоб и претензий в сфере общего здравоохранения, по мнению Берберы Лаарман, доцента факультета права Амстердамского свободного университета, и Арно Аккеманса, профессора этого же Университета, не может быть достигнуто только с помощью законодательства, поскольку оно требует изменения культуры среди всех вовлеченных специалистов, отхода от традиционных состязательных традиций и перехода к восстановительным и примирительным подходам, которые могут рассматриваться как неотъемлемая часть еще более широкого спектра мер, изменяющих здравоохранение в целом, и как переход от «культуры обвинений» к «культуре справед-

---

<sup>1</sup> Laarman B., Akkermans A. Innovation Compensation for Medical Liability in the Netherlands // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives. – P. 275.

<sup>2</sup> Ibid. – P. 284.

ливости». Среди нескольких инициатив – инициатива создания Кодекса поведения медицинских работников в случаях медицинских инцидентов и Сети открытого обучения больниц – содержит комплексные предложения по внесению изменений в действующее законодательство. Исследователи считают, что изменение культуры поведения как медицинских работников, так и пациентов, прежде всего отказ от неприязненного настроения и поиск решений по целенаправленному, восстанавливающему и примиряющему реформированию взаимоотношений сторон, должно стать частью более масштабных реформ в здравоохранении и оказании медицинских услуг, переходу от «культуры обвинений» к «культуре справедливости»<sup>1</sup>.

**Великобритания: актуальные вопросы развития альтернативных систем компенсации за вред в сфере медицинской деятельности.** В Великобритании ответственность за врачебную халатность в подавляющем большинстве случаев регулируется нормами частного права, мало подверженному изменениям. Для английского общего права характерно отсутствие специального закона (*lex specialis*), регулирующего такие нарушения<sup>2</sup>.

До настоящего времени все предложения о том, чтобы реализовать в стране нечто подобное системам компенсации или возмещения ущерба, свойственных континентальному праву, были отклонены из-за высоких возможных затрат на это. Тем не менее, например, в Уэльсе действует ряд малых специальных схем, а также схема возмещения ущерба при относительно незначительном ущербе, наряду с пакетом процедурных требований, включая судебные разбирательства по делам о злоупотреблении служебным положением, которые особенно актуальны в контексте проблем в сфере здравоохранения<sup>3</sup>.

По общему правилу взыскание компенсации за врачебную халатность предусмотрено позитивным правом, применяемым обычной системой гражданских судов Великобритании. Применимое право в вопросах возмещения вреда в сфере здравоохранения – это часть общего права, свода норм, взятых из судебной практики Великобритании и разработанных на ее основе. С точки зрения

---

<sup>1</sup> Laarman B., Akkermans A. – P. 275.

<sup>2</sup> McGrath C.P. *Alternative Compensation Schemes for Medical Malpractice in the United Kingdom // Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings: Comparative Law Perspectives/* – 2021. – P. 433.

<sup>3</sup> *Ibid.*

правовой доктрины в рамках этого свода норм отношения между врачом и пациентом обычно регулируются деликтным правом (tort law), которое налагает на лиц, оказывающих медицинскую помощь, прямое внедоговорное гражданско-правовое обязательство избежать преднамеренного и неосторожного, причинения вреда пациентам<sup>1</sup>.

Если практикующий врач работает на поставщика медицинских услуг, этот поставщик может быть привлечен к ответственности в соответствии с общими принципами субсидиарной ответственности. На практике подавляющее большинство медицинских услуг в Великобритании предоставляется Национальной службой здравоохранения (the National Health Service) (NHS), которая чаще всего и является ответчиком за врачебную халатность. Тем не менее потерпевший истец может подать в суд на соответствующего практикующего врача, причем это может быть единственным поданным иском, если медицинская помощь оказывается вне подчинения учреждений Национальной службы здравоохранения. Реже деликтная ответственность, при соответствующих обстоятельствах, может быть направлена непосредственно против самого медицинского учреждения. В данном случае суть претензии в большей степени связана с организационными сбоями, а не с личной ошибкой врача или другого медицинского персонала<sup>2</sup>.

В научной литературе общепризнанно, что предоставление компенсации в рамках системы деликтного права, применяемого судами Великобритании, является медленным и дорогостоящим процессом, так как предусматривает значительные препятствия для сторон в судебном процессе. Судебная система взыскания компенсации за причинение вреда здоровью неоднократно подвергалась критике по этим основаниям. В последние годы из-за изменений в государственном финансировании возмещения вреда по деликтным искам пострадавшим пациентам стало сложнее подавать иски – из опасения, что им придется оплатить судебные издержки медицинских учреждений ответчиков в случае неблагоприятного для истца исхода судебного разбирательства<sup>3</sup>.

Ведущие ученые-комментаторы сегодня настойчиво выступают за отмену значительной части норм деликтного права в том виде, в каком они обычно понимаются и применяются в Великобритании, и замену их системой компенсации в случае несчастно-

---

<sup>1</sup> McGrath C.P. Op. cit. – P. 433–434.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> McGrath C.P. Op. cit. – P. 437.

го случая без вины. Представители высших судебных инстанций также выражают сомнения, хотя и во внесудебном порядке, в отношении соответствия Закона о телесных повреждениях в Великобритании поставленной задаче возмещения вреда, полученного в сфере здравоохранения. В рамках программы компенсаций без вины, согласно Акту о выплатах за вред от вакцинации 1979 г., выплачивается единовременная не облагаемая налогом выплата, не связанная с фактически причиненным вредом, в размере 120 тыс. фунтов стерлингов тем, кто страдает тяжелой инвалидностью после вакцинации против заболеваний, включенных в перечень, предусмотренный этим Актом. За незначительными исключениями, программа распространяется только на тех, кто обратился за помощью в возрасте до 21 года, хотя она распространяется также и на лиц, получивших травму в результате того, что их мать получила вакцинацию по заболеваниям из установленного перечня в период беременности.

Следует сказать, что в Великобритании не существует государственного органа, который бы занимался медицинской халатностью. Также не существует такого органа (если только не относить суды к ним), в котором централизованно оценивались и присуждались бы компенсации за вред, причиненный медицинским учреждением. В том, что касается общественного здравоохранения, Национальная служба здравоохранения, реализующая программу возмещения ущерба, может обратиться в суд с иском, если он предъявлен самой Службе, или на практике урегулировать их в том органе, который вправе его рассмотреть, но не принимает решений о возмещении вреда. В этих целях действует ряд благотворительных и волонтерских организаций, которые готовы оказывать юридико-техническую помощь в исковых вопросах, однако они действуют на местном уровне и не занимаются присуждением возмещения вреда и компенсациями за ущерб.

### **Заключение**

Современное правовое развитие в сфере общественного здравоохранения и оказания медицинской помощи, как показывают научные юридические исследования, претерпевает качественные изменения, которые отражаются в новых законодательных актах, направленных на обеспечение права на охрану здоровья и права на жизнь, принятие врачами обоснованных решений относительно предполагаемого лечения. Исследователи отмечают переход от

«стандарта разумности» для врачей к «стандартам разумности» для пациентов – или к бинарному стандарту разумности, предъявляемому к обеим сторонам в вопросе о медицинском лечении<sup>1</sup>.

Недавним явлением в здравоохранении стал «новый статус» пациентов в медицинской среде, который приводит: 1) к изменению отношений между врачом и пациентом и, как следствие, к развитию системы медицинского обслуживания, в основе которой лежит возросшая уверенность в себе пациентов, повышение их уровня знаний в области медицины и здравоохранения («эффект доктора Google»); 2) к расширению их возможностей, влечет за собой отказ от патернализма в отношениях между врачом и пациентом<sup>2</sup>.

Анализ современных правоотношений в сфере охраны здоровья человека, оказания медицинских услуг показывает определенные особенности, которые могут оказаться решающими в процессе выявления механизмов компенсации и внесудебных решений в случае причинения ущерба здоровью в сфере здравоохранения. Это: 1) растущее значение медицинских знаний; 2) обеспечение надлежащего уровня медицинской помощи пациентам; 3) поддержание эффективной коммуникации между пациентами и врачами; 4) соблюдение профессиональных стандартов этики и ответственности при оказании медицинской помощи; 5) изучение предшествующей медицинской практики (медицинских карт) в целях оказания качественной медицинской помощи; 6) надлежащее эмпатическое отношение к пациентам внутри системы здравоохранения, отстаивание их интересов как клиентов, потребителей и конечных получателей медицинских услуг<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> McGrath C.P. Op. cit. – P. 11.

<sup>2</sup> Bach-Golecka D. Op. cit. – P. 10.

<sup>3</sup> Ibid.