

Дата поступления рукописи в редакцию: 10.04.2026 г.
Дата принятия рукописи в печать: 27.05.2026 г.

DOI: 10.24412/2076-1503-2026-5-79-84

ГУБАНОВА Аделина Олеговна,
бакалавр юриспруденции со знанием иностранных языков,
студент магистратуры по направлению
«Международное, частное и публичное право»
МГИМО МИД России,
младший юрист отдела юридического консультирования
ООО «ДРТ Консалтинг»,
e-mail: adelina.gubanova@bk.ru

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЦЕДУР АЛЬТЕРНАТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ПАЦИЕНТАМИ

Аннотация. В статье рассматривается опыт Китая, США и Индонезии в применении средств альтернативного разрешения споров (далее – «АРС») в отношениях между медицинскими организациями и пациентами. Анализируются правовые основы, процедуры и практика использования средств АРС в здравоохранении. В ходе проведенного исследования автор приходит к выводам, что эффективность использования средств АРС в здравоохранении напрямую зависит от уровня нормативной детализации, развития институциональной инфраструктуры и доверия со стороны общества.

Ключевые слова: альтернативное разрешение споров, медицинские споры, медиация, арбитраж, переговоры, Китай, США, Индонезия, Калифорния, Флорида.

GUBANOVA Adelina Olegovna,
Bachelor of Law with knowledge of foreign languages,
a student in International, Private and Public Law
at MGIMO University of the Ministry of Foreign Affairs of Russia,
a junior associate at the Department of Legal Advice
at BST Consulting LLC

FOREIGN EXPERIENCE IN THE USE OF ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTION PROCEDURES BETWEEN HEALTHCARE ORGANIZATIONS AND PATIENTS

Annotation. The article examines the experience of China, the United States, and Indonesia in applying alternative dispute resolution (ADR) mechanisms in the context of relationships between medical institutions and patients. It analyzes the legal frameworks, procedures, and practical implementation of ADR methods in the healthcare sector. The study concludes that the effectiveness of ADR in healthcare directly depends on the level of regulatory detail, the development of institutional infrastructure, and the degree of public trust.

Key words: alternative dispute resolution, medical disputes, mediation, arbitration, negotiation, China, USA, Indonesia, California, Florida.

Динамичное развитие рынка медицинских услуг закономерно ведет к росту количества и сложности споров между медицинскими организациями и пациентами. Традиционный судебный порядок разрешения таких споров зачастую оказывается длительным, затратным и не учитывающим в полной мере специфику врачебной деятельности. В этой связи

все большую актуальность приобретают механизмы АРС, призванные предложить более гибкий, конфиденциальный и ориентированный на поиск взаимоприемлемого решения подход. Более того, активная глобализация и развитие международного рынка медицинских товаров и услуг, стоимость которого, по статистическим данным к 2030 году достигнет около 780 млрд долл.

США, обуславливают необходимость поиска эффективных правовых механизмов для разрешения возникающих в данной сфере споров на международном уровне.

Зарубежный опыт демонстрирует широкий спектр применяемых процедур APC в сфере здравоохранения, среди которых особый интерес представляют как страны со сложившейся практикой применения таких средств, как, например, Китай и США, так и страны, которые только внедряют подобные механизмы, как, например, Индонезия.

Китай

В Китае история применения APC в отношении медицинских споров берет свое начало еще в 90-х годах, когда уже более 40% таких споров успешно разрешались с помощью медиации. На данный же момент, согласно статистике, данный показатель вырос до 90% [7, с. 1].

Еще в 2002 году в КНР было принято Положение №351 «О рассмотрении медицинских происшествий» (далее – «Положение №351»), задачами которого, согласно ст. 1, стало надлежащее разрешение медицинских происшествий, а также защита прав и законных интересов пациентов, медицинских организаций и работников сферы здравоохранения. В дальнейшем системный импульс развитию медиации в целом, включая медицинскую сферу, придало принятие Закона КНР «О народной медиации» от 28.08.2010. В его развитие в 2018 году было принято Положение №701 «О предупреждении и урегулировании медицинских споров» (далее – «Положение №701»).

Как следствие, в современной китайской правовой системе сложилась ситуация дуализма регулирования порядка разрешения медицинских споров. Так, несмотря на то что более новое Положение №701 *de facto* заменило предыдущий акт, формальная юридическая судьба Положения №351 остаётся неясной, что создаёт состояние правовой неопределённости, при которой субъекты правоотношений сталкиваются с проблемой выбора применимых средств APC. И хотя предмет регулирования Положения №351 являются именно «медицинские происшествия», сущность которых определяется через строгие критерии, а именно, наличие факта нарушения правовых норм и стандартов, устанавливающих порядок оказания медицинской помощи, и доказанной причинно-следственной связи с причинением вреда определенной степени тяжести, а Положение №701 оперирует более широким понятием «медицинских споров», которые определяются как «споры между медицинским персоналом и паци-

ентами, возникающие в связи с оказанием медицинской помощи», правовая неопределенность сохраняется в «пограничных» случаях, которые можно квалифицировать и как «спор», и как «происшествие» [6, с. 274].

Процедура разрешения споров, установленная Положением №351, не только носит явный административный характер, но и по мнению некоторых ученых «излишне» защищает медицинских работников [3, с. 459]. Так, в случае возникновения «медицинского происшествия» стороны могут провести переговоры для достижения соглашения в вопросах факта происшествия и размера компенсации. Если такие переговоры не приводят к результату, любая из сторон вправе обратиться с письменным заявлением в территориальный орган здравоохранения, который в данном случае будет играть роль посредника. При этом, ключевой процедурой по данному нормативно-правовому акту является техническая экспертиза, проводимая экспертами в случаях, если стороны оспаривают, например, факт наличия вины медицинского работника, причинно-следственную связь или степень тяжести нанесенного вреда. Формирование экспертных групп осуществляется медицинскими ассоциациями из собственных реестров специалистов. Данная организационная модель, при которой профессиональное сообщество фактически осуществляет ключевую процессуальную функцию по установлению фактов в отношении своих же членов, в доктрине и правоприменительной практике ставится под сомнение с точки зрения принципа беспристрастности и независимости экспертизы [6, с. 275]. Особая значимость данной проблемы проявляется в рамках возможного последующего судебного разбирательства, где экспертное заключение имеет решающее доказательственное значение.

Положение №701, напротив, в большей степени опирается на более гибкую и удобную для пациентов модель. Так, ст. 22 предусматривает несколько возможных способов разрешения медицинских споров, а именно: непосредственные переговоры, народную и административную медиацию, судебное разбирательство. В отличие от Положения №351 список здесь не закрыт – закон может предусматривать и иные механизмы.

При этом, следует отметить, что китайское законодательство гарантирует свободный доступ к правосудию по медицинским спорам, даже если стороны сначала пытались урегулировать их мирно, в связи с тем, что как по Положению №351, так и по Положению №701 средства APC в Китае не являются обязательной досудебной стадией.

Переговоры между медицинской организацией и пациентом являются первичным и базовым

элементом урегулирования спора и обычно используются в спорах с относительно несложной фактической и правовой составляющей.

Переговоры должны проводиться в «специально отведенном месте», не нарушающем порядок оказания медицинской помощи. В случае участия в споре большого количества лиц, каждая сторона должна избрать представителей для проведения переговоров, но не более 5 представителей с каждой стороны. Процессуальной основой переговоров являются принципы добровольности, законности и процессуального равноправия сторон. Достигнутое в результате переговоров соглашение фиксируется в письменной форме и подписывается сторонами. В случае если разногласия носят существенный характер, сторонам рекомендуется перейти к следующей ступени, а именно процедуре медиации.

Основой для реализации преимущественно медиативной модели разрешения медицинских споров и государственной политики «медиация в первую очередь» является разветвлённая сеть специализированных народных комиссий по медиации медицинских споров. По данным Министерства юстиции, уже в 2018 году функционировало свыше 6400 таких комиссий, что обеспечило покрытие практически всех районов уездного уровня и выше. Важнейшим принципом деятельности народных комиссий является организационная и финансовая независимость от сторон спора: их функционирование обеспечивается полностью за счёт государственного бюджета.

Медиация носит добровольный характер: она начинается только при совместном согласии сторон, выраженном либо в совместном заявлении, либо полученным народной комиссией отдельно при подаче заявления одной стороной. Заявление может быть подано как в письменной, так и в устной форме. В экстренных случаях комиссия имеет право инициировать медиацию самостоятельно, например, в случае крупного конфликта в больнице.

После принятия заявления комиссия назначает одного или нескольких народных медиаторов для ведения дела, и, при необходимости, привлекает независимых экспертов для консультаций. При этом, в отличие от Положения №351, эксперты избираются из реестров, которые создаются как при местных органах здравоохранения, так и при судах.

Сама медиационная сессия обычно проходит в специальном помещении для приема сторон. Общий срок проведения медиации ограничен 30 рабочими днями с момента принятия заявления, не включая время, необходимое для проведения экспертизы. Недостижение согласия по истечении установленного срока влечёт за собой

прекращение медиации как безуспешной, что не создаёт каких-либо последующих процессуальных препятствий для обращения в суд. В случае же успешного разрешения спора стороны подписывают соглашение, исполнение которого носит добровольный характер. Тем не менее, ст. 33 Закона КНР «О народной медиации» также предусматривает механизм судебного утверждения медиационного соглашения.

Наряду с народной медиацией Положение №701 предусматривает также механизм административной медиации, осуществляемой органами здравоохранения. Порядок проведения такой медиации практически полностью совпадает с народной медиацией за исключением того факта, что она проводится государственным органом. В последние годы она используется реже, поскольку механизм народной медиации стал основным каналом урегулирования. Тем не менее, наличие административной процедуры важно для случаев, когда сторонам необходимо участие именно государственного органа или когда требуется параллельное применение надзорных мер.

Наконец, вопрос о возможности использования арбитража для разрешения медицинских споров в Китае долгие годы оставался дискуссионным в связи с вопросом о том, имеют ли медицинские отношения административный или гражданско-правовой характер. При этом, ни арбитражное законодательство, ни какие-либо специальные нормативно-правовые акты, регулирующие порядок разрешения медицинских споров, не содержат ограничений на использование арбитража в данной категории споров. Тем не менее, на практике данный механизм APC не пользуется популярностью в связи с развитой системой использования медиации.

США

На федеральном уровне в США правовое регулирование применения арбитража в медицинских спорах регулируется преимущественно Федеральным законом об арбитраже 1925 г. При этом, за штатами сохраняется компетенция принимать собственные законы в данной сфере, при условии их непротиворечия федеральному законодательству. В частности, многие штаты инкорпорировали в свою правовую систему положения Единообразного закона об арбитраже. Более того, в 9 штатах приняты и специальные законы, регулирующие вопросы разрешения именно медицинских споров [2, с. 154].

Однако, как показывает судебная практика, нормы штатов не вправе устанавливать какие-либо специальные запреты на применение данного средства APC в зависимости от отраслевой категории спора. Так, например, показательным в

этом отношении является дело *Marmet Health Care Center v. Brown* 2012 г. В нем Верховный суд США единогласно признал ошибочным толкование, данное Верховным судом Западной Вирджинии, которое установило неарбитрабельность споров о причинении вреда здоровью и жизни в учреждениях по медицинскому уходу. Верховный суд США подтвердил, что Федеральный закон об арбитраже 1925 г. имеет приоритет над любыми положениями права штатов, вводящих запрет на арбитраж определенных категорий требований.

Более того, также важным является отметить следующее: в случае, когда возникший спор затрагивает юрисдикцию нескольких штатов, такие медицинские услуги могут быть квалифицированы как подпадающие под категорию «межштатной торговли» и к данным отношениям будет применяться Федеральный закон об арбитраже 1925 г.

В отличие от сферы арбитража, медиация в США не имеет сопоставимого федерального законодательного акта. Правовое регулирование медиации осуществляется преимущественно на уровне штатов. В 2001 г. Комиссией по единообразным законам совместно с Американской ассоциацией юристов был разработан Единообразный закон о медиации, который, тем не менее, не получил широкого признания: за два десятилетия его положения внедрили только округ Колумбия и 12 штатов.

При этом, необходимо отметить, что в отношении разрешения медицинских споров на уровне штатов отсутствует единообразный подход к механизмам APC. Для наглядной иллюстрации мы рассмотрим законодательные подходы двух крупных штатов – Калифорнии и Флориды.

Калифорния

Калифорния стала одним из первых штатов, внедривших комплексные меры, направленные на сферу страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Так, еще в 1975 г. был принят Закон о реформе компенсации за медицинский ущерб (далее – «MICRA»), который ввел специальные требования к арбитражным соглашениям, заключаемым между пациентом и медицинской организацией.

Так, согласно §1295 ГПК Калифорнии установлено императивное требование к форме такой арбитражной оговорки: такое условие должно быть расположено на первой странице договора и выделено крупным полужирным шрифтом (не менее 10 пунктов) и содержать следующий текст: «ВНИМАНИЕ: ПОДПИСЫВАЯ НАСТОЯЩИЙ ДОГОВОР, ВЫ СОГЛАШАЕТЕСЬ, ЧТО ЛЮБОЙ СПОР БУДЕТ РАЗРЕШЕН ПУТЕМ АРБИТРАЖА, И

ВЫ ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ ОТ ПРАВА НА РАССМОТРЕНИЕ ДЕЛА СУДОМ С УЧАСТИЕМ ПРИСЯЖНЫХ». При этом, за пациентом сохраняется право на отказ от арбитража в течение 30 дней после подписания такого договора в одностороннем порядке путем подачи уведомления. В дальнейшем использование арбитража регулируется общим законодательством об арбитраже.

В отношении иных средств APC можно отметить следующее.

В соответствии с §364 ГПК Калифорнии пациент обязан направить медицинской организации уведомление о намерении начать судебное разбирательство не менее чем за 90 дней до планируемой подачи иска. Законодатель не требует строгой формы такого уведомления, а целью данного требования, как неоднократно подчеркивали калифорнийские суды, является сокращение числа судебных разбирательств путем создания процедуры, стимулирующей стороны к переговорам вне формального судебного процесса. Тем не менее, какие-либо закрепленные положения о порядке проведения переговоров в законодательстве Калифорнии отсутствуют.

Калифорния также поощряет использование медиации. Так, согласно статистике в данном штате медицинские споры разрешаются преимущественно с помощью медиации. Одним из важных факторов, стимулирующих обращение к медиации, является предсказуемость потенциальных сумм компенсации благодаря ограничениям, установленным MICRA. В остальном законодательство Калифорнии не устанавливает какой-либо специфики в части медиации медицинских споров.

Флорида

§766 Статута Флориды также предусматривает положение о том, что прежде чем иск о врачебной небрежности будет подан в суд, пациент должен направить уведомление о своем намерении и дать медицинской организации возможность провести расследование в 90-дневный срок. Указанный срок предоставляется сторонам для урегулирования спора без обращения к последующим судебным процедурам. По завершении расследования медицинский работник вправе принять одно из следующих решений: отклонить претензию, предложить заключить мировое соглашение либо, в случае признания ответственности, инициировать арбитражное разбирательство.

В отличие от Калифорнии, законодательство Флориды предусматривает обязательную судебную медиацию. Так, если был подан иск, то в течение 120 дней с момента начала судебного процесса все стороны должны принять участие в судебной медиации.

Особого внимания заслуживает механизм арбитража, предусмотренный §766.207 Статута Флориды. Так, в случае, если по результатам досудебного расследования медицинский работник признает свою ответственность за причиненный вред, стороны могут заключить арбитражное соглашение, предусматривающее обязательный арбитраж по ограниченному кругу вопросов. Отличительными чертами данной процедуры выступают, во-первых, освобождение пациента от бремени доказывания вины медицинского работника; во-вторых, ограничение размера компенсации морального вреда суммой в 250 000 долларов США, тогда как экономический ущерб подлежит возмещению в полном объеме, включая прошлые и будущие медицинские расходы, а также восемьдесят процентов утраченного заработка.

Примечательно, что признание медицинским работником своей ответственности в рамках данной процедуры имеет правовое значение исключительно для конкретного арбитражного разбирательства. В случае последующего обращения пациента в суд бремя доказывания вины медицинского работника возлагается на истца в общем порядке, независимо от факта предшествующего признания ответственности в ходе досудебных процедур.

Индонезия

До недавнего времени правовое регулирование средств APC в сфере здравоохранения Индонезии характеризовалось фрагментарностью с нормативной точки зрения [4, с. 2350]. Так, правовые нормы были рассредоточены по различным законам. Например, Закон № 44 «О больницах» от 2009 года предусматривал возможность использования медиации при участии провинциального надзорного органа для разрешения медицинских споров, а Закон № 36 «О здравоохранении» от 2009 года закреплял требование о первоочередном урегулировании всех споров, связанных с халатностью медицинского персонала, путём медиации. Законом № 36 «О медицинских работниках» от 2014 года была предусмотрена возможность использования и иных средств APC.

Более того, медицинские споры могли рассматриваться как дисциплинарными коллегиями, так и в порядке гражданского и уголовного судопроизводства – без какого-либо четкого разделения в компетенции данных органов [5, с. 2869]. В начале 2019 года в Индонезии также был создан Национальный центр урегулирования медицинских споров, независимый орган, целью которого являлось разрешение медицинских споров с учетом принципа *musyawarah untuk mufakat* [9, с. 39] (традиционный индонезийский принцип принятия решений через обсуждение). Однако, являясь

негосударственной организацией, данный центр сталкивался с недостатком доверия среди населения.

Принятие в 2023 году Закона № 17 или т.н. «Омнибуса по здравоохранению» (далее – «Закон № 17») ознаменовало собой фундаментальную реформу индонезийского законодательства в сфере здравоохранения, направленную на устранение пробелов и противоречий прежней системы. Данный нормативно правовой акт не только отменил действие более десятка ранее существовавших специальных законов, но и ввел унифицированное правовое регулирование в том числе и в сфере разрешения медицинских споров. Так, статьей 310 Закона № 17 было введено требование о том, что разрешение медицинских споров должно первоначально осуществляться через альтернативные средства до передачи дела в суд. Более того, еще одной новеллой Закона № 17 стало закрепление принципов «восстановительного правосудия» [1, с. 265]. Так, правоприменительные органы при наличии медицинского спора первоочередно должны стремиться к примирению сторон и возмещению возникшего ущерба, в частности, благодаря использованию средств APC. Для реализации вышеуказанных положений был учрежден специальный орган – Индонезийский институт медико-санитарного арбитража и альтернативного разрешения споров, объединяющий специалистов в сфере права и медицины.

Тем не менее, на данный момент ни данные положения Закона № 17, ни Индонезийский институт медико-санитарного арбитража и альтернативного разрешения споров не пользуются популярностью у населения. Так, по мнению исследователей, такая ситуация объясняется как недостаточной информированностью пациентов, так и незавершенным регулированием данной сферы [8, с. 78]. Несмотря на проведенную реформу, не было принято какого-либо нормативно правового акта, который бы регулировал как особенности применения средств APC именно в сфере здравоохранения, так и статус и полномочия Индонезийского института медико-санитарного арбитража и альтернативного разрешения споров.

Вывод

Проведенный анализ зарубежного опыта свидетельствует о многообразии подходов к регулированию средств APC применительно к медицинским спорам. Если Китай демонстрирует высокую степень институционализации и государственной поддержки медиации, реализуемой через разветвленную сеть народных комиссий, то в США, напротив, на федеральном уровне приоритет отдается арбитражу, а медиация остается на уровне штатов. Индонезия, находясь на этапе

реформирования системы здравоохранения, стремится унифицировать и систематизировать средства APC в здравоохранении, но пока сталкивается с проблемами реализации государственной политики на практике.

Таким образом, эффективность применения средств APC во многом зависит от полноты нормативного регулирования, институционального обеспечения и уровня доверия со стороны участников медицинских правоотношений. Зарубежный опыт свидетельствует о необходимости комплексного подхода к внедрению средств APC в здравоохранение, который должен учитывать как правовую специфику, так и социально-культурные особенности конкретного государства.

Список литературы:

[1] Adiputra R., Sihotang E., Wiratny Awangga N.K., Arif. Settlement of Medical Disputes After Law No. 17 of 2023 Concerning Health. JILPR. 2025. Vol. 6, No. 2. P. 1-6.

[2] Fakh M., Natamiharja R., Mirza I.M.M., Pratama A.A., Oktarlina R.Z. Resolving Medical Disputes: Lessons from U.S. Arbitration for Indonesia's Legal Framework Hasanuddin Law Review. 2025. Vol. 11, No. 1. P. 148–160.

[3] Harris D.M. Medical Malpractice in the People's Republic of China: The 2002 Regulation on the Handling of Medical Accidents. Journal of Law, Medicine & Ethics. 2005. Vol. 33, No. 3. P. 456–477.

[4] Nurchasanah, Sakti M., Nugroho A.A. Juridical Analysis of Law Number 17 of 2023 Concerning Health on Legal Protection for Medical and Health Personnel. Asian Journal of Social and Humanities. 2025. Vol. 4, No. 2. P. 2348–2352.

[5] Ramadhanti D.A., Lany A. A Judicial Analysis of the Need for Medical Dispute Court in Resolving Health Disputes. Research Horizon. 2025. Vol. 5, No. 6. P. 2867–2874.

[6] Tang C. Medical negligence dispute resolution in China: social stability and preventative measures. Amicus Curiae. Series 2. 2021. Vol. 2, No. 2. P. 268–289.

[7] Wang M, Liu GG, Zhao H, Butt T, Yang M, Cui Y. M The role of mediation in solving medical disputes in China. BMC Health Serv Res.. 2020. Vol. 20(1). P. 1–9.

[8] Wardani Y.K., Fakh M., Sunaryo. Comparison of Health Dispute Mediation Mechanisms in Indonesia and ASEAN Countries // GPH. 2025. Vol. 8, No. 5. P. 74-79.

[9] Widjaja G. Mediation as Toll to Settle Medical Disputes; Indonesian Case. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. 2020. Vol. 472. P. 37–39.

References:

[1] Adiputra R., Sihotang E., Wiratny Awangga N.K., Arif. Settlement of Medical Disputes After Law No. 17 of 2023 Concerning Health. JILPR. 2025. Vol. 6, No. 2. P. 1-6.

[2] Fakh M., Natamiharja R., Mirza I.M.M., Pratama A.A., Oktarlina R.Z. Resolving Medical Disputes: Lessons from U.S. Arbitration for Indonesia's Legal Framework Hasanuddin Law Review. 2025. Vol. 11, No. 1. P. 148–160.

[3] Harris D.M. Medical Malpractice in the People's Republic of China: The 2002 Regulation on the Handling of Medical Accidents. Journal of Law, Medicine & Ethics. 2005. Vol. 33, No. 3. P. 456–477.

[4] Nurchasanah, Sakti M., Nugroho A.A. Juridical Analysis of Law Number 17 of 2023 Concerning Health on Legal Protection for Medical and Health Personnel. Asian Journal of Social and Humanities. 2025. Vol. 4, No. 2. P. 2348–2352.

[5] Ramadhanti D.A., Lany A. A Judicial Analysis of the Need for Medical Dispute Court in Resolving Health Disputes. Research Horizon. 2025. Vol. 5, No. 6. P. 2867–2874.

[6] Tang C. Medical negligence dispute resolution in China: social stability and preventative measures. Amicus Curiae. Series 2. 2021. Vol. 2, No. 2. P. 268–289.

[7] Wang M, Liu GG, Zhao H, Butt T, Yang M, Cui Y. M The role of mediation in solving medical disputes in China. BMC Health Serv Res.. 2020. Vol. 20(1). P. 1–9.

[8] Wardani Y.K., Fakh M., Sunaryo. Comparison of Health Dispute Mediation Mechanisms in Indonesia and ASEAN Countries // GPH. 2025. Vol. 8, No. 5. P. 74-79.

[9] Widjaja G. Mediation as Toll to Settle Medical Disputes; Indonesian Case. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. 2020. Vol. 472. P. 37–39.

