

## Проблемы и решения

Третейский суд:  
примирение до приговора

## Кто поможет российскому врачу выстроить линию защиты?

Необходимость создать в российской системе здравоохранения третейский суд назрела давно, и сейчас, похоже, достигла апогея. В связи с тем, что существенно изменился Уголовный кодекс, у пациентов, недовольных качеством оказанной им медицинской помощи, появилась возможность действовать весьма агрессивно: недовольство сразу оформляется в виде жалобы в Следственный комитет. Это обеспечивает быстрое начало всех мероприятий по экспертизе, а врач практически сразу меняет статус свидетеля на статус обвиняемого. Поддержки и защиты со стороны профессионального сообщества он не получает. Дело уходит в государственное судопроизводство, а дальше – кому как повезёт с экспертами, адвокатом и судьёй. И даже если в уголовном процессе рассмотрение дела прекращается, к примеру, за истечением срока давности, то гражданский иск пациента к врачу или медицинскому учреждению остаётся в силе, и он выигрывается легко.

Вот такие юридические новации просто подталкивают российское врачебное сообщество как можно скорее создать свой корпоративный (в хорошем смысле этого слова) арбитраж из числа наиболее опытных врачей-экспертов. В этом убеждён Николай Григорьев – выпускник Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, специалист в области криминалистики и судебной медицины, адвокат:

– Третейский суд – это самоорганизующийся и саморегулирующийся институт, который позволяет защищать права членов профессионального сообщества. К примеру, адвоката имеет такой орган: сначала человек должен обратиться в адвокатскую палату с жалобой на работу адвоката, палата рассматривает и выносит своё решение, и только после этого, если гражданин не согласен на примирение, он вправе обратиться в суд. Так же работает нотариат. Но почему такого арбитража нет в здравоохранении? Мы отдали решение вопроса «кто прав – кто виноват» целиком и полностью на откуп государственной системе правосудия, в то время как любое взаимодействие в вопросах взаимоотношений врача и пациента требует прежде всего больших медицинских знаний, а не только знаний законодательства.

Во всём мире действует практика защиты врачей через профессиональные ассоциации. Это не просто работа с жалобами пациентов, но и отслеживание вероятности внедрения в клиническую практику каких-либо непроверенных и даже опасных медицинских технологий, своевременное обновление информационных и нормативных баз.

– По-вашему, в системе здравоохранения России должен быть единый третейский суд или в каждом регионе и в каждой отрасли медицины – свой?

– Территориальный принцип организации работы арбитража не так важен. Он может быть создан



в каждой врачебной ассоциации, а может – один на всё медицинское сообщество России, как договорятся сами врачи. Важнее в принципе принять решение, что такую службу необходимо создавать. В нашей стране эта тема время от времени возникает с середины 90-х годов. Сегодня к ней вернулись вновь. В частности, эту идею начали активно обсуждать в Российском обществе хирургов, для врачей этой специальности данный вопрос оказался самым болезненным.

– В связи с тем, что хирургия – область медицины, изначально сопряжённая с высокими рисками причинения вреда здоровью по неосторожности?

– Отчасти с этим. Но более с тем, что в хирургии постоянно внедряются новые технологии, о сути которых пациенты ничего не знают. Примерно в 70% случаев жалобы к хирургам оказываются необоснованными, они вызваны именно недопониманием пациентом и его родственниками сути проведённого хирургического вмешательства или этапности оказания медицинской помощи. Сюда же я отношу нарушения врачебной этики, когда врачи нелегитимно комментируют действия своих коллег, проводивших предыдущие этапы лечения.

Задача профессиональных сообществ – урегулировать споры между потребителем медицинских услуг и медицинской организацией либо конкретным врачом на досудебном этапе. Для этого прежде всего необходимо рассмотреть дело по существу: был ли в принципе повод для жалобы или судебно-

го иска? Заниматься этим должны не юристы, а врачи-эксперты, причём высококвалифицированные специалисты, а их работа не должна носить откровенно обвинительный характер. Юрист же подключается к делу уже тогда, когда есть очевидный деликт: летальный исход или подразумевается связь между лечением и причинением вреда здоровью пациента.

Простейшая ситуация из судебной практики: больному была проведена сложная нейрохирургическая операция с применением современных технологий, пациент выписался из больницы, уехал к себе домой и там умер. Родственники настаивают на судебно-медицинской экспертизе, при этом отказываются предоставить медицинскую документацию умершего. Пикантность ситуации в том, что операция выполнялась трансназальным доступом, и при вскрытии следов хирургического вмешательства не обнаруживается. На этом основании судмедэксперт указывает в заключении, что операции не было. Естественно, мы сразу получаем заявление родственников в Следственный комитет, начинается проверка в больнице: а была ли операция вообще?

И это лишь один из примеров, когда судебные медики при отсутствии у них информации о современных хирургических подходах не могут дать объективное заключение. Тем более когда после хирургического вмешательства прошло какое-то время, операционная рана зажила, шовный материал рассосался. Как поступил бы в этом случае профессиональный арбитраж? Например, провёл сравнение данных МРТ или КТ-диагностики «до» и «после» операции, такая информация хранится в лечебном учреждении.

– Вероятнее всего, на этом этапе дело было бы остановлено?

– Скорее всего, да. Хотя бывают ситуации, когда даже экспертам из числа профессионалов сложно доказать неправомочность обвинений, предъявляемых врачу. Это связано с несовершенством системы нормативных актов в здравоохранении. К примеру, одна такая юридическая коллизия связана с размытостью понятия «должностное лицо» в медицине. Хирург, работающий в стационаре, 2-3 раза в месяц остаётся на дежурство. Является он при этом должностным лицом или нет? Оказывается, однозначного ответа нет.

Поясню на реальном примере: пациента привезли в стационар на «скорой» с подозрением на острую кишечную непроходимость после того, как он 39 часов от начала болезни пролежал дома. В стационаре ему провели обследование, диагноз не подтвердился. Дежурный хирург сделал пациенту всё то, что должен был сделать на первом этапе оказания помощи, исходя из медицинских показаний на тот момент. К сожалению, больной умер. Родственники обратились в Следственный комитет. Экспертиза, инициированная СК, сверяла действия врача с руководством по хирургии от 2002 г., а хирург действовал по стандартам 2014 и 2016 гг. Но для обвинения это уже не аргумент.

Кроме того, врачу предъявлено обвинение в халатности, как должностному лицу, хотя данный специалист не был приказом по учреждению назначен ответственным, он просто дежурный хирург. В настоящее время должности ответственного врача в принципе нет в штатном расписании больниц. Между тем сторона обвинения отыскала в каких-то старых-престарых нормативных актах такую формулировку в отношении дежурного врача, и теперь хирургу грозит реальный срок наказания, так как для должностного лица оно строже.

Помочь врачу выстроить линию защиты, подготовить свидетельскую базу, а главное – разобраться в ситуации по существу, чтобы впрямь не было подобных случаев – вот задача третейского суда.

– Думаю, система досудебного разбирательства станет серьёзным препятствием для тех пациентов, которые ищут надуманные поводы для судебного иска, чтобы просто «отбить» свои затраты на дорогостоящее лечение.

– Действительно, есть такая категория профессиональных сутяжников, и есть юридические конторы, которые на таких исках специализируются. Особенно это распространено в пластической хирургии, тем более когда проходит несколько операций – каскад, и у пациента больше шансов придаться к чему-либо. К моему глубокому сожалению, такие люди очень часто получают компенсацию морального и материального вреда, и очень редко удаётся остановить их в судебных процессах.

Зубопротезирование, в частности имплантология, – ещё одна сфера медицины, где набирает

силу этот же негативный процесс «профессионального сутяжничества». Можно ли ставить имплантаты в нижнечелюстной нервный канал? Однозначного ответа на данный вопрос в профессиональном сообществе стоматологов нет. Одни специалисты говорят, что можно, а другие – нельзя, и часть пациентов умело этим пользуются, предъявляя иски после того, как работа по протезированию уже завершена.

– Николай Николаевич, почему большинство судебных дел выигрывают адвокаты, представляющие интересы пациентов? Они что, более подготовленные, чем те юристы, которые защищают врачей?

– На самом деле это не так. Просто общественности более известны случаи победы, чем случаи поражений адвокатов. Это же очевидно: адвокат заинтересован в собственном PR, никто из них не рассказывает, сколько раз он проиграл в суде, потому что претензия пациента оказалась необоснованной. Зато самые резонансные дела с суммами исков в несколько миллионов рублей, естественно, получают огласку, из чего и складывается превратное впечатление, что врачи всегда виноваты.

– Действительно ли большинство судебных исков в отношении врачей строится на том, что была неправильно оформлена медицинская документация: врач не счёл нужным что-то записать в историю болезни, спешил или забыл сделать запись, и это потом оборачивается против него?

– Именно так и происходит, по моим данным, практически в 95% случаев. Для того и нужен третейский суд, чтобы объективно собрать информацию и записанную, и не записанную врачом в историю болезни. Это существенно снизило бы нагрузку на следственные органы, а самих врачей избавило от многих неприятностей и переживаний. Речь не идёт о том, чтобы помочь специалисту, который действительно допустил серьёзную ошибку, избежать наказания. Мы говорим об арбитраже, задача которого – объективизировать реальные события и факты, сделать правосудие справедливым.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Решения

Новосибирская городская инфекционная клиническая больница № 1 «приютила» у себя поликлиническое отделение областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Под амбулаторный приём пациентов центра отдан целый корпус ГИКБ № 1. Площадь новых апарт-ментов около 400 м<sup>2</sup>, это в три раза больше, чем занимала поликлиника, располагаясь в стеснённых приспособленных условиях на первом этаже жилого дома, где в принципе невозможно было обеспечить комфортные условия для врачей и пациентов, а также создать полноценную консультативную и диагностическую службу.

## Союз нерушимый?

## Он выглядит вполне логичным

– На новой площадке смогут вести приём одновременно 6 врачей-инфекционистов. Здесь же пациентам будут оказывать консультативную помощь педиатр, терапевт, фтизиатр, дерматолог, невролог, психологи, социальные работники. Кроме того, ВИЧ-позитивные пациенты смогут пользоваться возможностями диагностической базы инфекционной больницы, –

говорит главный врач ГИКБ № 1 Лариса Позднякова.

В Министерстве здравоохранения Новосибирской области подчёркивают, что переезд поликлиники центра на территорию инфекционной больницы – это не просто «аренда жилья», а начало объединения двух доселе самостоятельных медицинских учреждений. Данное решение вы-

глядит вполне логичным, учитывая, что новосибирский центр по профилактике и борьбе со СПИДом имеет в своём названии отсылку на борьбу с другими инфекционными заболеваниями, однако на деле ни-чем, кроме диагностики и лечения, собственно ВИЧ-инфекции занимается прежде не равнозначного центра в дальнейшем – станет

ли он просто структурным подразделением Городской инфекционной больницы или, напротив, ГИКБ № 1 волеётся в структуру Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, пока ясности нет. Известно лишь, что уровень знаний персонала обоих учреждений о ВИЧ-инфекции начнут поднимать на новую высоту. Уже в ноябре здесь проведут первый образовательный курс специалисты Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.