

Правовой разбор: правомерность выписки из неврологического стационара при сохраняющемся болевом синдроме и незавершённой диагностике

1. Существо вопроса

Пациент находился на лечении в неврологическом стационаре (круглосуточно). В период госпитализации было проведено лечение по поводу патологии одной ноги, однако в тот же период возник выраженный болевой синдром в другой ноге. Пациент просил продлить госпитализацию (оставить его в стационаре) для дополнительного обследования, однако лечащий врач отказала, пояснив, что «этим должен заниматься ревматолог», и пациент был выписан с сохраняющимся болевым синдромом при неустановленной его причине. Вопрос ставится в трёх плоскостях: (1) *имел ли право* врач выписать пациента в такой ситуации; (2) *обязан ли* врач был обеспечить преемственность — установить причину боли, назначить лечение и направить к врачу-специалисту соответствующего профиля; (3) *что делать* пациенту, если выписка и (или) объём оказанной помощи были ненадлежащими.

Формулировка допускает несколько существенных прочтений (выписка при неустановленном диагнозе; отказ в дообследовании; отказ в привлечении ревматолога; выписка вопреки просьбе пациента остаться). Ниже разобраны все версии, поскольку каждая из них имеет самостоятельное правовое основание и самостоятельные практические последствия.

2. Исходные данные и их юридическое значение

Юридически значимыми обстоятельствами в описанной ситуации являются:

- Момент возникновения боли.** Болевой синдром в другой ноге возник в *период пребывания в стационаре*, то есть речь идёт о новом состоянии (или о ранее не диагностированном компоненте имеющегося заболевания), выявленном в пределах одной госпитализации.
- Наличие/отсутствие установленного диагноза** причины этого болевого синдрома на момент выписки.

3. **Факт обращения пациента** с просьбой о продолжении обследования и лечения — это обращение образует «юридическую точку», с которой начинают работать нормы о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи (статья 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», далее — Закон № 323-ФЗ).
4. **Содержание выписки (выписного эпикриза)**: зафиксированы ли жалоба на боль в другой ноге, динамика, рекомендации, направление к специалисту, назначенное обезболивание.
5. **Формы медицинской организации**: участвует ли она в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Программа госгарантий, статья 80 Закона № 323-ФЗ), оказывается ли помощь по ОМС или платно.

Именно эти пять обстоятельств, а не сам факт «выписки», определяют правовую оценку.

3. Нормативная рамка (сводка применимых норм)

Закон № 323-ФЗ:

- статья 4 — основные принципы охраны здоровья: приоритет интересов пациента, доступность и качество медицинской помощи, недопустимость отказа в её оказании;
- статья 11 — недопустимость отказа в оказании медицинской помощи: часть 1 — запрет отказа и взимания платы медицинской организацией, участвующей в Программе госгарантий; часть 2 — экстренная медицинская помощь оказывается безотлагательно и бесплатно, отказ не допускается; часть 3 — ответственность за нарушение;
- статья 2 (пункт 21) — легальное понятие качества медицинской помощи (своевременность, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата);
- статья 19 (часть 5) — право пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- статья 20 — информированное добровольное согласие и право на отказ от медицинского вмешательства с разъяснением последствий;
- статья 21 — право на выбор медицинской организации и врача (Порядок выбора утверждён приказом Минздрава России от 26.04.2012 № 406н);
- статья 22 (части 4 и 5) — право непосредственно знакомиться с медицинской документацией и получать консультации у других

специалистов, а также право получать медицинские документы, их копии и выписки;

- статья 37 — медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками оказания медицинской помощи, стандартами и клиническими рекомендациями**;
- статья 48 — врачебная комиссия и консилиум врачей;
- статья 70 — лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента;
- статья 73 — обязанности медицинского работника (оказывать помощь в соответствии с квалификацией и должностными обязанностями, соблюдать врачебную тайну, совершенствовать знания);
- статья 79 — обязанности медицинской организации;
- статья 80, 81 — Программа госгарантий и территориальные программы госгарантий;
- статья 88 — государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности (Росздравнадзор);
- статья 90 — внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в самой медицинской организации;
- статья 98 — ответственность медицинских организаций и медицинских работников за нарушение прав в сфере охраны здоровья и причинение вреда.

Подзаконные акты, определяющие содержание обязанностей врача по профилю:

- приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н — Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология» (показания к госпитализации, этапность, преемственность, привлечение иных специалистов);
- приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н — Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «ревматология»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н — Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации;
- приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н — критерии оценки качества медицинской помощи (в том числе правильность постановки диагноза, полнота диагностики, назначение лечения, ведение медицинской документации);
- приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н — Порядок выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (содержание выписного эпикриза);
- приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н — Порядок назначения лекарственных препаратов;

- приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н — Порядок организации медицинской реабилитации взрослых;
- приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н — Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Блок ОМС (Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ):

- статья 16 — права застрахованных лиц (в том числе на бесплатное оказание медицинской помощи и защиту своих прав);
- статья 38 — контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- статья 40 — экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП);
- статья 41 — порядок применения санкций к медицинским организациям; часть 3 — неоплата/неполная оплата и штрафы **не освобождают** медицинскую организацию от возмещения вреда застрахованному лицу;
- статья 42 — обжалование заключений страховой медицинской организации (претензия в территориальный фонд в течение 15 рабочих дней, рассмотрение — 30 рабочих дней, далее — суд);
- статья 31 — возмещение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной вследствие причинения вреда здоровью;
- Правила обязательного медицинского страхования (утверждены приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н) — процедуры МЭК, МЭЭ, ЭКМП, классификатор дефектов и нарушений.

Гражданско-правовой и уголовно-правовой блок:

- ГК РФ: статья 1064 (общие основания ответственности за вред, презумпция вины причинителя), статья 1068 (ответственность юридического лица за вред, причинённый его работником), статья 1085 (объём возмещения вреда при повреждении здоровья, включая дополнительно понесённые расходы), статья 208 (исковая давность не распространяется на требования о возмещении вреда, причинённого жизни или здоровью), статьи 151, 1099–1101 (компенсация морального вреда);
- УК РФ: статья 124 «Неоказание помощи больному» (в действующей редакции: часть 1 — штраф до 40 000 рублей, обязательные работы до 360 часов, исправительные работы до одного года либо арест до четырёх месяцев, если деяние повлекло по неосторожности средней тяжести вред здоровью; часть 2 — смерть либо тяжкий вред, принудительные работы или лишение свободы до четырёх лет); статья 118 (причинение тяжкого вреда по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей); статья 109 (причинение смерти по неосторожности);

- КоАП РФ: статья 6.30 (невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках Программы госгарантий), статья 19.20 (осуществление деятельности без лицензии/с нарушением лицензионных требований — для некоммерческих медицинских организаций) либо части 3, 4 статьи 14.1 (для коммерческих);
- Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» — статьи 4, 13, 15, 29, 31;
- Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» — общий срок рассмотрения обращений 30 дней;
- Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации» — статьи 10, 26, 27;
- ГПК РФ — статьи 79 (экспертиза), 131–132 (форма и содержание искового заявления);
- Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» (пункт 9 — о применении законодательства о защите прав потребителей к медицинским услугам, оказываемым в рамках ОМС и ДМС);
- Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»;
- Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (в том числе разъяснения о компенсации морального вреда, причинённого некачественным оказанием медицинской помощи);
- Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 — Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения;
- Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 — Положение о лицензировании медицинской деятельности.

*Примечание к источникам. В представленном массиве нормативных текстов одна и та же статья 124 УК РФ приведена в двух редакциях: в устаревшей (с исчислением штрафа в минимальных размерах оплаты труда) и в действующей (штраф от 50 до 100 МРОТ — редакция до 2003 года; действующая — штраф до 40 000 рублей). Юридически применима **действующая** редакция (в ред. Федеральных законов от 08.12.2003 № 162-ФЗ, от 06.05.2010 № 81-ФЗ, от 07.03.2011 № 26-ФЗ, от 07.12.2011 № 420-ФЗ). Аналогично, положения статей 22, 42 Федерального закона №*

326-ФЗ и подзаконных актов применяются в редакции, действовавшей на дату оказания медицинской помощи.

4. Версия 1. Выписка неправомерна: причина болевого синдрома не установлена, обследование не завершено

Обоснование

Основной довод этой версии: пациент поступил (находился) в стационар, и в период госпитализации у него возник новый выраженный болевой синдром. Если на момент выписки причина этого синдрома не установлена и лечебно-диагностические мероприятия не завершены, выписка означает прекращение медицинской помощи при сохраняющейся потребности в ней.

Правовые опоры:

1. **Статья 2 (пункт 21) Закона № 323-ФЗ** — качество медицинской помощи включает правильность выбора методов диагностики и лечения; выписка «с открытым» диагнозом этому критерию не отвечает.
2. **Статья 37 Закона № 323-ФЗ** — помощь оказывается в соответствии с порядками по профилю «неврология» (приказ № 922н), клиническими рекомендациями и стандартами, которые предполагают обязательный диагностический минимум при болевом синдроме (осмотр, неврологический статус, визуализация, лабораторные маркеры воспаления и др.).
3. **Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н** — критерии качества прямо включают своевременность установления клинического диагноза на основании анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований и обоснованность назначенного лечения.
4. **Статья 70 Закона № 323-ФЗ** — лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента; незавершённая диагностика при наличии жалобы — прямое отступление от этой обязанности.
5. **Статья 48 Закона № 323-ФЗ** — при диагностической неопределённости (в том числе когда неврологическая и ревматологическая природа боли конкурируют) надлежащим инструментом является консилиум врачей и (или) врачебная комиссия, а не выписка.

Практический вывод по версии 1

Если выписной эпикриз не содержит установленного диагноза причины боли в другой ноге, не отражает проведённую дифференциальную диагностику и

завершается рекомендацией «обратиться к ревматологу» без обеспечения этой консультации, — выписка является **дефектом оказания медицинской помощи** (дефектом диагностики и, как следствие, дефектом преемственности). Это самостоятельное основание для обращения в страховую медицинскую организацию по ОМС и в Росздравнадзор, а при наличии неблагоприятных последствий для здоровья — и для иска. При этом важно понимать: сам по себе дефект диагностики без доказанного ухудшения здоровья даёт право на компенсацию морального вреда, но не на «возмещение стоимости лечения» — вред здоровью компенсируется, а не «оплата помощи».

5. Версия 2. Выписка правомерна: неврологическое отделение не обязано лечить ревматологическую патологию

Обоснование

Противоположная (и весьма распространённая в практике) позиция строится на том, что:

1. Стационарное лечение осуществляется **по показаниям**, определяемым профилем отделения и порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю (приказ № 922н для неврологии). Отсутствие неврологических показаний к дальнейшему круглосуточному наблюдению — законное основание для выписки.
2. Медицинская помощь по профилю «ревматология» оказывается в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 901н; врач-невролог не обязан и не вправе подменять врача-ревматолога.
3. Статья 11 Закона № 323-ФЗ запрещает отказ в помощи, оказываемой по Программе госгарантий, и отказ в экстренной помощи, однако **не означает обязанности оказывать любую помощь, о которой просит пациент, вне показаний**. Помощь оказывается по медицинским показаниям, а не по желанию.
4. Право пациента на выбор врача и медицинской организации (статья 21 Закона № 323-ФЗ) реализуется через обращение в амбулаторное звено по месту прикрепления; длительность госпитализации не определяется просьбой пациента остаться.
5. Если болевой синдром не носил характера экстренного состояния (угроза жизни, острое нарушение витальных функций), отсутствие оснований для продолжения стационарного лечения делает дальнейшее пребывание не

только ненужным, но и потенциально вредным (риски внутрибольничных осложнений).

Практический вывод по версии 2

Эта позиция применима, если: (а) на момент выписки причина боли была установлена либо болевой синдром был расценён как не требующий круглосуточного наблюдения; (б) в выписном эпикризе есть мотивированная оценка болевого синдрома, назначенное обезболивание и письменные рекомендации с направлением к конкретному специалисту; (в) пациенту оказана неотложная помощь в объёме, соответствующем состоянию. При соблюдении этих условий выписка правомерна, а требование «оставить меня в стационаре» само по себе не порождает у медицинской организации обязанности продлить госпитализацию. Практический смысл этой версии для пациента: бессмысленно строить защиту исключительно на «меня выписали, хотя я просил остаться» — необходимо доказать, что имелись медицинские показания к продолжению обследования/лечения по профилю (в том числе неотложные).

6. Версия 3 (преобладающая в правоприменении).

Выписка допустима только при выполнении «протокола разрыва»: дифференциальная диагностика, купирование боли, привлечение специалиста, обеспечение преемственности

Эта версия примиряет первые две и в судебно-медицинской и страховой практике встречается чаще всего: **выписка сама по себе не запрещена, но она должна быть юридически «закрыта»**. Обязательный минимум:

1. **Оценка нового болевого синдрома** — осмотр лечащим врачом с записью в медицинской карте стационарного больного, описание характера, локализации, иррадиации боли, неврологического статуса (приказ № 922н; критерии приказа № 203н).
2. **Дифференциальная диагностика в пределах компетенции невролога** — исключение компрессионной радикулопатии, сосудистой патологии, туннельных синдромов, а также обоснованное *предположение* о ревматологической природе процесса (приказ № 922н; статья 37 Закона № 323-ФЗ).
3. **Привлечение врача-специалиста другого профиля или консилиума** — при подозрении на ревматологическое заболевание: консультация

ревматолога (в стационаре — с приглашением специалиста либо через телемедицинскую консультацию), а при необходимости — консилиум врачей (статья 48 Закона № 323-ФЗ; Приказ № 502н).

4. **Купирование боли** — в силу прямого права пациента на облегчение боли (часть 5 статьи 19 Закона № 323-ФЗ) с назначением лекарственных препаратов по правилам приказа Минздрава России от 14.01.2019 № 4н.
5. **Обеспечение преемственности** — запись в выписном эпикризе с рекомендациями, направлением (записью) на консультацию врача-ревматолога в амбулаторных условиях в рамках ОМС, при необходимости — с формированием направления на госпитализацию по профилю «ревматология» (приказ № 901н) либо на медицинскую реабилитацию (приказ № 788н).
6. **Информирование пациента** — разъяснение диагноза (в доступной форме), плана дальнейших действий и рисков (статья 22 Закона № 323-ФЗ), а при отказе пациента от предлагаемого вмешательства — оформление отказа с разъяснением последствий (статья 20 Закона № 323-ФЗ).

Практический вывод по версии 3

Если из выписки не следует, что этот минимум выполнен (нет описания болевого синдрома, нет попытки привлечь ревматолога, нет назначенного обезболивания, нет организованного направления), — у пациента есть **устойчивая доказательственная позиция** о ненадлежащем качестве медицинской помощи, даже если формально отсутствовали показания к продолжению круглосуточного лечения именно в неврологическом отделении. Если же такие действия зафиксированы документально, оспаривать выписку бессмысленно — вся дальнейшая работа должна идти по линии «дообследование и лечение у ревматолога в амбулаторных условиях по ОМС».

7. Обязан ли врач при выписке обеспечить преемственность: установить диагноз, назначить лечение, направить к специалисту

Позиция А. Такая обязанность существует (комплексная обязанность лечащего врача)

Аргументация: статья 70 Закона № 323-ФЗ возлагает на лечащего врача организацию своевременного и квалифицированного обследования и лечения; статья 37 — обязанность следовать порядкам, клиническим рекомендациям и стандартам; приказ № 922н и приказ № 901н задают маршрутизацию и

преемственность между профилями; статья 22 (часть 4) даёт пациенту право получать консультации других специалистов на основании медицинской документации; критерии приказа № 203н оценивают именно полноту диагностики и лечения. Из этого следует, что выписка без установления причины страданий и без обеспечения передачи пациента в профильное звено — ненадлежащее исполнение обязанностей.

Позиция Б. «Сквозной» обязанности вылечить или дообследовать до конца нет, но есть обязанность корректно завершить этап

Аргументация: медицинская помощь этапна; врач-невролог отвечает за диагностику и лечение в пределах своей компетенции и профиля; отсутствие показаний к дальнейшему стационарному лечению исключает продление госпитализации; обязанность «поставить окончательный диагноз любой ценой» законом не установлена. В этой логике от лечащего врача требуется: зафиксировать факт болевого синдрома, оценить его в рамках своей компетенции, исключить состояния, требующие неотложной помощи, выдать обоснованные рекомендации и направить к врачу-специалисту.

Позиция В. Различие между «амбулаторным направлением» и «обеспечением преемственности»

Судебная и экспертная практика различает две ситуации: (1) формальная рекомендация «обратиться к ревматологу» без организации записи и без передачи документов — нередко расценивается как дефект преемственности; (2) оформленное направление в конкретную медицинскую организацию, согласованное время приёма, переданные результаты исследований — соответствует требованиям преемственности. Это различие имеет решающее значение при оценке качества помощи.

Практический вывод по разделу 7

Обязанность «долечить» законом прямо не установлена — этот довод в чистом виде проигрышен. Обязанность **обеспечить преемственность** (зафиксировать состояние, провести диагностику в пределах компетенции, купировать боль, привлечь профильного специалиста либо созвать консилиум, организовать передачу пациента в ревматологическое звено) выводится из статей 19, 22, 37, 48, 70 Закона № 323-ФЗ и приказов № 922н, № 901н, № 203н и в качестве правовой позиции является рабочей. Практически: запрашивайте выписку и оценивайте её именно на предмет наличия/отсутствия этих элементов.

8. Обязан ли врач был лечить/обследовать сам, или слова «этим должен заниматься ревматолог» допустимы

Позиция А. Слова допустимы, если подкреплены действиями

Если врач: зафиксировала болевой синдром, исключила неотложную неврологическую патологию, назначила обезболивание, инициировала консультацию ревматолога (в том числе отказом в её проведении в условиях стационара по объективным причинам — отсутствие такого специалиста в штате) и оформила направление, — фраза «этим должен заниматься ревматолог» является корректным разграничением компетенции. Порядок оказания помощи по профилю «ревматология» (приказ № 901н) действительно относит профильную диагностику и лечение к врачам-ревматологам.

Позиция Б. Слова недопустимы, если substituiруют действия

Если фраза стала заменой диагностики и обезболивания, а пациент выписан с некупированной болью и без организованного направления, — налицо дефект. Дополнительно: **глава медицинской организации обязана обеспечить условия для привлечения необходимых специалистов** (статья 79 Закона № 323-ФЗ), а при отсутствии в штате ревматолога — организовать консультацию иным доступным способом (телемедицинская консультация, консилиум, перевод по показаниям). Отсутствие штатного специалиста не является основанием оставить пациента без медицинской помощи (статья 11 Закона № 323-ФЗ).

Практический вывод

Ключевой вопрос — не сама фраза, а то, какие действия ей предшествовали и последовали. Если болевой синдром был не купирован и причина не выяснена — жалоба должна строиться на бездействии, а не на «неправильном направлении к врачу».

9. Право на облегчение боли и границы «неотложности»: возможна ли постановка вопроса об отказе в помощи

Позиция А. Экстренная/неотложная помощь

Если болевой синдром в ноге, по описанию пациента, был выраженным и требовал неотложного вмешательства (сильная боль, невозможность опоры, признаки сосудистой катастрофы, тромбоза, острой компрессии), поведение врача оценивается через часть 2 статьи 11 Закона № 323-ФЗ: экстренная медицинская помощь оказывается безотлагательно и бесплатно, отказ недопустим; нарушения влекут ответственность (часть 3 статьи 11). При наличии последствий в виде вреда здоровью применима статья 124 УК РФ (неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать). Субъект этого преступления специальный — именно медицинский работник, обязанный оказывать помощь; состав включает последствие (средней тяжести вред — часть 1; тяжкий вред или смерть — часть 2) и причинную связь.

Позиция Б. Плановая помощь и «неудобство» пациента

Если болевой синдром не относился к экстренным состояниям, а речь идёт о сохраняющемся болевом синдроме, требующем дообследования в плановом порядке, — состава преступления по статье 124 УК РФ нет, поскольку отсутствует признак «неоказания помощи больному» как такового и, как правило, отсутствуют квалифицирующие последствия. Ответственность смещается в гражданско-правовую и административную плоскость.

Практический вывод

Для линии «неоказание помощи» критично медицинское описание остроты состояния. Его даст судебно-медицинская экспертиза по документам. До её проведения не следует категорично утверждать «отказ в помощи» — правильнее формулировать «неполное обследование, некупированный болевой синдром, ненадлежащая преемственность».

10. Мог ли врач выписать пациента вопреки его просьбе остаться

Ключевой юридический момент: **выписка из стационара не является медицинским вмешательством**, требующим информированного добровольного согласия (статья 20 Закона № 323-ФЗ применяется к вмешательствам: диагностике, лечению, введению препаратов и т. д.). Поэтому согласие пациента на выписку не требуется, и его несогласие само по себе не блокирует выписку. Насильственное удержание пациента в стационаре также недопустимо (это уже область законодательства о психиатрической помощи — см. статьи 39, 40 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1, а также приведённые в массиве нормы о выписке пациента, добровольно госпитализированного, и о выписке из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Таким образом:

- **пациент вправе** просить о продолжении обследования, требовать информации о состоянии здоровья (статья 22 Закона № 323-ФЗ), требовать консультации других специалистов, требовать созыва консилиума (по смыслу статьи 48);
- **медицинская организация вправе** выписать пациента при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению, оформив это надлежащим образом: записью в карте, выписным эпикризом, рекомендациями, направлениями и (при необходимости) листком нетрудоспособности/справкой (приказ № 441н);
- **ненадлежащим** будет выписка без оценки нового болевого синдрома и без обеспечения преемственности.

Практический вывод

Довод «меня выписали, хотя я просил остаться» в качестве единственного основания несостоятелен. Работающее основание — «меня выписали с неустановленным диагнозом выраженного болевого синдрома, не купировав боль и не организовав дообследование и передачу к ревматологу».

11. Способы обжалования: какие механизмы есть, кто рассматривает, что даёт каждый

11.1. Внутренний контроль медицинской организации (статья 90 Закона № 323-ФЗ)

Обращение к руководителю медицинской организации и (или) во врачебную комиссию (статья 48 Закона № 323-ФЗ; приказ № 502н). Плюс: быстро, бесплатно, может привести к отмене решения о выписке, инициированию дообследования, внесению изменений в документы (записи о дефектах). Минус: ведомственная зависимость экспертов, отсутствие формального «акта» с дефектами — плохая доказательная база для суда. Срок рассмотрения обращения — до 30 дней (Федеральный закон № 59-ФЗ).

11.2. Страховая медицинская организация по ОМС (Федеральный закон № 326-ФЗ)

Основной и наиболее эффективный канал. Страховая медицинская организация: - обязана организовывать и проводить контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (статья 38 Закона № 326-ФЗ); - проводит **медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи** (статья 40 Закона № 326-ФЗ), в том числе **целевую** — по жалобе застрахованного лица; - по результатам ЭКМП оформляет акт с перечнем дефектов и применёнными санкциями (статья 41 Закона № 326-ФЗ, Правила ОМС, классификатор дефектов); - вправе предъявить требования к лицу, причинившему вред здоровью (статья 31 Закона № 326-ФЗ).

Практическая ценность: акт ЭКМП с указанием дефектов становится ключевым письменным доказательством ненадлежащего качества помощи; на него удобно ссылаться в иске (в том числе в обоснование морального вреда).

Порядок действий: устная жалоба по телефону «горячей линии» СМО → письменная жалоба с номером полиса ОМС → требование провести целевую ЭКМП → получение акта. При несогласии с заключением СМО медицинская организация (но не пациент) обжалует его в территориальный фонд в течение 15 рабочих дней (статья 42 Закона № 326-ФЗ). Пациент, не получивший результата, обращается в территориальный фонд ОМС самостоятельно.

11.3. Территориальный фонд ОМС и Федеральный фонд ОМС

Обращение через ТФОМС по месту оказания помощи; ФФОМС — в случае неудовлетворительного рассмотрения на региональном уровне. Основание:

часть 1 статьи 42 Закона № 326-ФЗ (по претензиям медицинских организаций), а для пациента — общий механизм защиты прав застрахованных лиц (статья 16 Закона № 326-ФЗ) и Правила ОМС.

11.4. Росздравнадзор (государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, статья 88 Закона № 323-ФЗ)

Осуществляет надзор за соблюдением порядков оказания медицинской помощи, стандартов, лицензионных требований (Положение о Росздравнадзоре, утверждённое Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 323; Положение о лицензировании медицинской деятельности — Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852). Результат: проверка, предписание об устранении нарушений, составление протоколов об административных правонарушениях (статья 6.30 КоАП РФ — невыполнение обязанностей об информировании; статья 19.20 или части 3, 4 статьи 14.1 КоАП РФ — лицензионные нарушения). Обращения рассматриваются в течение 30 дней (Федеральный закон № 59-ФЗ).

11.5. Роспотребнадзор и законодательство о защите прав потребителей

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 (пункт 9) разъясняет, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС и ДМС, применяется законодательство о защите прав потребителей. Это открывает: право требовать безвозмездного устранения недостатков, возмещения расходов (статья 29 Закона РФ № 2300-1), компенсацию морального вреда (статья 15), штраф по пункту 6 статьи 13 (50 % от суммы, присуждённой в пользу потребителя) — при удовлетворении судом требований, не исполненных добровольно. Заметим, однако, что практика применения штрафных механизмов к помощи по ОМС ограничена: ОМС — это система страховых правоотношений с публичным элементом, и суды нередко отказывают в штрафе, относя споры к деликтным.

11.6. Прокуратура (Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202-1, статьи 10, 26, 27)

Проверка по обращению, внесение представления, предъявление иска в интересах гражданина при наличии оснований. Эффективно как «параллельный» канал, усиливающий позицию.

11.7. Суд

Гражданский иск в порядке статей 131–132 ГПК РФ. Возможные требования: - компенсация морального вреда (статьи 151, 1099–1101 ГК РФ); - возмещение вреда, причинённого повреждением здоровья, включая утраченный заработок и дополнительно понесённые расходы (статьи 1085–1087 ГК РФ); - возложение обязанности устранить недостатки медицинской помощи (продолжить обследование/лечение), применимо ограниченно; - при наличии достаточных данных — имущественные требования, связанные с расходами на лечение, приобретённые лекарства и обследования.

Особенности: - **ответственность юридического лица за вред, причинённый работником** — статья 1068 ГК РФ; вина работника при этом не требует отдельного доказывания пациентом (пункт 2 статьи 1064 ГК РФ — презумпция вины причинителя вреда); - **освобождение от государственной пошлины** для истцов по искам о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья (статья 333.36 НК РФ); - **исковая давность**: требования о возмещении вреда, причинённого жизни или здоровью, исковой давностью не ограничиваются (статья 208 ГК РФ), с ограничением по взысканию за прошлое время — не более чем за три года, предшествующие предъявлению иска; - **судебно-медицинская экспертиза** — центральное доказательство (статья 79 ГПК РФ); вопросы эксперту: полнота диагностики, обоснованность выписки, наличие/отсутствие дефектов, причинная связь с ухудшением состояния, степень тяжести вреда; - **акт ЭКМП** — не обязательное, но крайне полезное доказательство (пункт 11.2 настоящего разбора).

11.8. Уголовно-правовой канал

Заявление о преступлении в порядке статей 140–145 УПК РФ (при наличии признаков статьи 124 УК РФ — неоказание помощи больному; статьи 118 или 109 УК РФ — при причинении тяжкого вреда или смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей). Сроки: доследственная проверка — 3 суток с возможностью продления до 10 суток, а при необходимости производства судебной экспертизы — до 30 суток (статья 144 УПК РФ). Отказ в возбуждении уголовного дела может быть обжалован в порядке статьи 125 УПК РФ либо прокурору.

Практический вывод по разделу 11

Наиболее результативная последовательность: **выписка из стационара → обращение к ревматологу по ОМС с зафиксированным диагнозом → жалоба в СМО с целевой ЭКМП → жалоба в Росздравнадзор → иск.**

Параллельно возможны прокуратура и (при наличии признаков) заявление в следственные органы. Суд — завершающий и одновременно «усиливающий» этап, к которому нужно подойти с актом ЭКМП и заключением судебно-медицинской экспертизы.

12. Доказывание в суде: конкурирующие позиции

Позиция А. На медицинской организации лежит обязанность доказать отсутствие вины в ненадлежащем оказании помощи (презумпция вины, пункт 2 статьи 1064 ГК РФ). Пациенту достаточно доказать: факт обращения за помощью, факт неблагоприятного исхода (ухудшение состояния, наличие боли), факт нарушения (по документам — отсутствие диагностики).

Позиция Б. Пациент должен доказать факт причинения вреда здоровью и причинную связь; без доказанного вреда требование ограничивается компенсацией морального вреда за нарушение прав пациента. Судебная практика знает дела, где суды отказывали в иске, констатируя: дефект в ведении документации (или неполное обследование) без ухудшения состояния не образует основания для имущественного возмещения.

Позиция В (компромиссная). При наличии доказанного дефекта (неполное обследование, некупированный болевой синдром, отсутствие преемственности) и при установлении причинной связи между дефектом и ухудшением состояния (например, прогрессирование ревматологического заболевания из-за задержки диагностики и лечения) — иск подлежит удовлетворению с компенсацией морального вреда и возмещением расходов. Без ухудшения — компенсация морального вреда в минимальном размере.

Практический вывод

Первоочередная задача — получить письменные документы (выписка, копии листов карты с записями о болевом синдроме, акт ЭКМП) и параллельно добиться установления ревматологического диагноза. Именно диагноз, поставленный в ближайшее время после выписки, станет «мостом», связывающим выписку с имевшимся состоянием, и позволит доказывать причинную связь.

13. Практический алгоритм действий (со сроками)

1. **Немедленно** — получить амбулаторную помощь по ОМС у врача-терапевта/невролога с жалобой на боль, с требованием направления к врачу-

-
- ревматологу. При острой боли — вызвать скорую медицинскую помощь (недопустимость отказа — часть 2 статьи 11 Закона № 323-ФЗ).
2. **В течение 1-3 дней** — подать письменное заявление в медицинскую организацию о выдаче медицинских документов (выписки, копий записей) — статья 22 (часть 5) Закона № 323-ФЗ; при отказе — жалоба в Росздравнадзор и в страховую организацию. Возможен и запрос на основании Порядка выдачи справок и медицинских заключений (приказ № 441н).
 3. **В течение 3-7 дней** — обратиться к врачу-ревматологу по ОМС (статья 21 Закона № 323-ФЗ; приказ № 406н) либо в клинику-диагностический центр; получить письменный диагноз, результаты обследований (МРТ/КТ, лабораторные маркеры: СРБ, ревматоидный фактор, мочевая кислота, АНФ и др. — по назначению врача).
 4. **Одновременно** — подать жалобу в страховую медицинскую организацию с требованием провести целевую экспертизу качества медицинской помощи (статьи 38, 40 Закона № 326-ФЗ). Указать: дату госпитализации, номер истории болезни, дату выписки, содержание жалобы на боль, содержание просьбы и ответа врача, требование проверить полноту диагностики и соблюдение преемственности.
 5. **В течение 30 дней** — ждать ответа СМО и акта ЭКМП. При неудовлетворительном результате — жалоба в ТФОМС/ФФОМС.
 6. **Параллельно** — жалоба в Росздравнадзор на неполноту диагностики и нарушение порядков оказания помощи (статья 88 Закона № 323-ФЗ); при необходимости — жалоба в Роспотребнадзор (в порядке защиты прав потребителя).
 7. **По результатам ЭКМП** — оценить перспективы иска: требования о компенсации морального вреда (статьи 151, 1099–1101 ГК РФ), о возмещении вреда здоровью и расходов (статьи 1085–1087 ГК РФ), при наличии оснований — о взыскании штрафа по пункту 6 статьи 13 Закона РФ № 2300-1. Ходатайствовать о судебно-медицинской экспертизе (статья 79 ГПК РФ).
 8. **При наличии признаков преступления** (тяжкий вред, смерть, грубое неоказание помощи) — заявление в следственные органы (статья 124, 118, 109 УК РФ).
-

14. Итоговые выводы по каждой версии

Версия	Суть	Практический вывод
1. Выписка неправомерна	Диагноз не установлен, обследование не завершено	Работает при отсутствии в эпикризе диагноза причины боли, отсутствии обезболивания и преемственности; основание для жалоб в СМО/ Росздравнадзор и для иска о компенсации морального вреда
2. Выписка правомерна	Нет неврологических показаний к дальнейшей госпитализации	Работает, если в эпикризе зафиксированы оценка боли, неотложная помощь, обезболивание, направление к ревматологу; попытка оспорить выписку только через «просил остаться» бесперспективна
3. Промежуточная (преобладающая)	Выписка допустима при выполнении «протокола разрыва»	Наиболее вероятная позиция экспертов и судов: выигрыш возможен при доказанном дефекте преемственности и диагностики
4. Неоказание помощи (УК РФ)	Отказ в экстренной помощи	Применима при остроте состояния и наступивших последствиях; требует судебно-медицинского подтверждения

Общий вывод. Прямой запрет на выписку с болевым синдромом законом не установлен; выписка возможна при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению. Однако выписка без оценки нового болевого синдрома, без его купирования (часть 5 статьи 19 Закона № 323-ФЗ), без привлечения профильного специалиста или консилиума (статья 48), без информирования пациента (статья 22) и без обеспечения преемственности в направлении к врачу-ревматологу (статьи 37, 70; приказы № 922н, № 901н, № 203н) — это дефект оказания медицинской помощи, влекущий гражданско-правовую, административную, а при наличии последствий — и уголовную ответственность (статья 98 Закона № 323-ФЗ; статьи 1064, 1068, 1085, 151, 1099-1101 ГК РФ; статья 6.30 КоАП РФ; статья 124 УК РФ).

15. Список использованных нормативных источников и судебной практики

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — статьи 2 (пункт 21), 4, 11, 19 (часть 5), 20, 21, 22 (части 4, 5), 37, 48, 70, 73, 79, 80, 81, 88, 90, 98.
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» — статьи 16, 31, 38, 40, 41, 42.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации — статьи 109, 118, 124 (действующая редакция), а также статья 124 в редакции, утратившей силу.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях — статьи 6.30, 14.1 (части 3, 4), 19.20.
5. Гражданский кодекс Российской Федерации — статьи 151, 208, 1064, 1068, 1085–1087, 1099–1101.
6. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации — статьи 79, 131, 132.
7. Налоговый кодекс Российской Федерации — статья 333.36 (освобождение от государственной пошлины по искам о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья).
8. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации — статьи 125, 140–145 (в части проверки сообщений о преступлениях).
9. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» — статьи 4, 13 (пункт 6), 15, 29, 31.
10. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации» — статьи 10, 26, 27.
12. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» — статьи 39, 40 (в редакции, приведённой Федеральным законом о внесении изменений в отдельные законодательные акты по вопросам охраны здоровья граждан).
13. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „неврология“».
14. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „ревматология“».
15. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
16. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

17. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».
18. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов».
19. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
20. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
21. Приказ Минздрава России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
22. Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н.
23. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».
24. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности».
25. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» (пункт 9).
26. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина».
27. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда».

Техническое замечание о проверке реквизитов

Подзаконные акты Минздрава России и Минздравсоцразвития России, а также Правила ОМС периодически изменяются. Перед подачей жалобы, обращения или иска целесообразно сверить действующие редакции приказов № 922н, № 901н, № 203н, № 441н, № 502н, № 108н и Программы государственных гарантий на соответствующий год (утверждается постановлением Правительства РФ) — как по официальным источникам опубликования, так и по справочным правовым системам. Правовая конструкция, изложенная в настоящем разборе, от изменения редакций этих актов не зависит: она

опирается на нормы Закона № 323-ФЗ, Закона № 326-ФЗ, ГК РФ, УК РФ и разъяснения Верховного Суда РФ.

