

Ненадлежащее (или мнимое) отсутствие питания у пациента с сахарным диабетом после операции на ЖКТ: основания и перспективы компенсации

1. Краткая постановка вопроса

Пациент с сахарным диабетом перенёс операцию на органах желудочно-кишечного тракта в стационаре; в течение первых суток после операции питание (энтеральное/парентеральное/обычное) не назначалось и/или не проводилось, вследствие чего — по утверждению пациента — наступили неблагоприятные последствия. Требуется установить: (1) является ли 24-часовое отсутствие питания дефектом оказания медицинской помощи или обоснованным лечебным назначением; (2) при каких условиях возникает право на компенсацию морального вреда и возмещение имущественного вреда; (3) как устанавливается причинно-следственная связь; (4) в каком порядке и в какие сроки требование предъявляется. Поскольку формулировка допускает несколько существенно разных фактических сценариев (обоснованное голодание; грубое нарушение периоперационного ведения диабета; организационное упущение; отказ самого пациента от питания; смертельный исход либо ухудшение состояния), каждый из них разбирается отдельно как самостоятельная правовая версия.

2. Правовая квалификация отношений и общий режим ответственности

2.1. Деликтная ответственность медицинской организации

Вред, причинённый жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи, возмещается по общим правилам гл. 59 ГК РФ (ст. 1064 ГК РФ — генеральный деликт: вред, причинённый личности, подлежит возмещению в полном объёме лицом, причинившим вред; освобождение возможно, если причинитель докажет отсутствие вины).

Специальная норма применительно к медицине — **ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в**

Российской Федерации»: медицинские организации несут ответственность за вред, причинённый жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации; медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Поскольку помощь оказывают работники организации, ответчиком по иску выступает **медицинская организация** — юридическое лицо, отвечающее за вред, причинённый её работниками при исполнении трудовых (должностных) обязанностей (**ст. 1068 ГК РФ**). Это существенно: иск предъявляется не к конкретному врачу, а к стационару (при необходимости — с привлечением врача в качестве третьего лица).

2.2. Значение режима финансирования (ОМС / ДМС / платные услуги) — две конкурирующие позиции

Позиция А (основная). Не имеет значения, за счёт каких средств оказывалась помощь: деликтная ответственность по ст. 1064, 1068, 98 ФЗ № 323-ФЗ наступает и при оказании помощи бесплатно по программе ОМС. Пациент в любом случае вправе требовать компенсации морального вреда.

Позиция Б (дополнительный правовой режим). Если услуга оказывалась **платно** (по договору возмездного оказания медицинских услуг, гл. 39 ГК РФ) либо в рамках ДМС, дополнительно применяется Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» в части, не урегулированной специальным законодательством (**п. 2 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17**): ст. 15 (компенсация морального вреда), ст. 13 (штраф 50 % от присуждённого за отказ добровольно удовлетворить требование), ст. 29 (права при недостатках услуги). Это даёт дополнительные имущественные санкции.

Применительно к помощи **по ОМС** применение Закона о защите прав потребителей спорно: суды нередко отказывают в применении штрафа по п. 6 ст. 13, поскольку услуга не является возмездной для пациента. Эта версия должна заявляться осмотрительно.

2.3. Нормативная база «качества» помощи, которая будет проверяться

- **ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ** — порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи (медицинская помощь организуется на их основе; см. также п. 2.4 ниже о временном факторе);

- **ст. 39 ФЗ № 323-ФЗ** — лечебное питание: питание, обеспечивающее физиологические потребности организма с учётом механизмов развития заболевания, является **неотъемлемой частью лечебного процесса**; назначается лечащим врачом/врачом-диетологом;
- **ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ** — экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) как механизм выявления нарушений;
- **ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»** — медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и ЭКМП в системе ОМС; порядок проведения контроля — приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (с последующими изменениями; применяется в редакции, действовавшей на дату оказания помощи);
- **ст. 73 ФЗ № 323-ФЗ** — обязанности медицинского работника (оказание помощи в соответствии с квалификационными требованиями, соблюдение стандартов и клинических рекомендаций);
- **ст. 90 ФЗ № 323-ФЗ** — обязанность медицинской организации осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- **п. 10 ч. 1 ст. 79 ФЗ № 323-ФЗ** — обязанность медицинской организации осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи (заметим: обязательного страхования ответственности врача в РФ де-факто нет, обязанность страховки исполняется через договоры страхования ответственности медицинских организаций);
- нормы лечебного питания и порядки по профилям: приказ Минздрава России от 21.06.2013 № 395н (нормы лечебного питания), порядки оказания медицинской помощи по профилям «хирургия», «эндокринология», «диетология» и профильные клинические рекомендации (в том числе по сахарному диабету и периоперационному ведению пациентов с сопутствующей патологией) — **реквизиты и редакции подлежат проверке по состоянию на дату оказания помощи** (см. п. 12 настоящего разбора).

2.4. Временной фактор — критичен

С 01.01.2025 клинические рекомендации включены в систему обязательных требований (ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ с учётом переходных положений). Для событий, имевших место **до** этой даты, оценка качества ведётся прежде всего по: - действовавшим на тот момент порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи; - клиническим рекомендациям — как документу, отражающему актуальный уровень медицинских знаний

(используется судами как индикатор надлежащей практики даже в период «необязательного» применения); - фактическим обстоятельствам и врачебному усмотрению.

Поэтому один и тот же факт («сутки не кормили») получает разную правовую оценку в зависимости от даты события и от того, какие документы действовали на тот момент.

3. Три фактических прочтения фразы «не кормили сутки» — и почему их нельзя смешивать

Формулировка вопроса допускает, как минимум, четыре различных фактических состава. Каждый влечёт собственный правовой вывод.

Прочтение 1. Плановое послеоперационное голодание («nil per os») с санкционированной врачом схемой инфузионной поддержки (растворы глюкозы, электролитов, аминокислот) и контролем гликемии. Пациент не получал пищи через рот, но физиологическая потребность в энергии/жидкости/углеводах обеспечивалась парентерально.

Прочтение 2. Полное отсутствие нутритивной поддержки любой формы — ни еды, ни энтерального/парентерального питания, ни инфузий — при сохранении прежней дозы сахароснижающих препаратов/инсулина.

Прочтение 3. Голодание как таковое, но с грубым нарушением периоперационного ведения диабета: не мониторилась глюкоза, не корректировалась инсулинотерапия, не проводилась инфузионная терапия. Дефект здесь — не «отсутствие питания», а отсутствие контроля и коррекции гликемии.

Прочтение 4. Отсутствие питания вследствие отказа самого пациента от медицинского вмешательства/питания (ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ — информированное добровольное согласие и право на отказ), оформленного надлежащим образом.

Разграничение этих составов — задача судебно-медицинской экспертизы и ЭКМП; именно от него зависит результат дела.

4. Версия первая: обоснованное лечебное назначение — основания для компенсации отсутствуют

4.1. Обоснование

После операций на желудке и кишечнике (особенно при формировании анастомозов, резекциях, ушивании перфораций) **кратковременное воздержание от энтерального питания в течение первых 24 часов является традиционной и во многих ситуациях обоснованной практикой**, направленной на снижение риска несостоятельности швов анастомоза, пареза ЖКТ, аспирации. Такое решение: - относится к сфере **врачебного усмотрения**, прямо опирающегося на ст. 37 и 73 ФЗ № 323-ФЗ; - само по себе **не является нарушением** ни порядка, ни стандарта, ни клинических рекомендаций, если в них отсутствует императивное требование начать энтеральное питание в первые сутки; - не образует вреда, если физиологические потребности обеспечивались инфузионной терапией, а гликемия контролировалась и корректировалась.

4.2. Правовой результат

Отсутствуют противоправность поведения и (или) вред и (или) причинная связь — то есть нет совокупности условий деликтной ответственности (ст. 1064 ГК РФ, ст. 98 ФЗ № 323-ФЗ). В иске о компенсации морального вреда будет отказано.

4.3. Важно: отсутствие «еды» ≠ отсутствие питания

Оборот «пациента не кормили» в юридическом смысле должен быть верифицирован по медицинской документации: лист назначений, лист интенсивной терапии, карта наблюдения, записи о введённых растворах, лист контроля гликемии. Если инфузии проводились, тезис о «голоде» в суде несостоятелен. Это первый и самый частый рубеж, на котором подобные требования «рассыпаются».

5. Версия вторая: доказанный дефект — компенсация возможна

5.1. Когда «сутки без еды» становятся дефектом

Требование становится перспективным при сочетании следующих обстоятельств:

1. **Диабет не был учтён в периоперационном периоде.** Отсутствует/некорректна схема инсулинотерапии (базис-болюсная, продлённый инсулин, при необходимости — инфузия инсулина), не отменены/не скорректированы препараты сульфонилуреи, способные вызвать гипогликемию на фоне голодания.
2. **Не осуществлялся мониторинг гликемии** с необходимой частотой (при периоперационном ведении — режим частого контроля, вплоть до каждые 4–6 часов и чаще при нестабильности; конкретный режим определяется клиническими рекомендациями и порядками, действовавшими на дату события).
3. **Не проводилась инфузионная/нутритивная поддержка** — ни в виде растворов глюкозы/аминокислот, ни в виде энтерального питания.
4. **Наступили документированные неблагоприятные последствия:** гипогликемия (вплоть до гипогликемической комы), гипергликемия, кетоацидоз, электролитные нарушения, несостоятельность анастомоза, расхождение швов, повторное оперативное вмешательство, удлинение сроков госпитализации, формирование стойкой утраты трудоспособности/инвалидности, смерть.
5. **Причинно-следственная связь** между дефектами периоперационного ведения и последствиями подтверждена экспертизой.

Ключевая мысль: судебная перспектива определяется не самим фактом 24-часового голодания, а наличием/отсутствием **сопутствующего дефекта контроля и коррекции гликемии и документированного повреждения здоровья**. Голодание как таковое физически переносится человеком без вреда; для пациента с диабетом опасность создаёт некорректированное сочетание «голод + прежняя сахароснижающая терапия + отсутствие мониторинга».

5.2. Вина и её презумпция

В силу п. 2 ст. 1064 ГК РФ вина причинителя вреда **презюмируется**: медицинская организация должна доказать отсутствие вины. Разъяснения о распределении бремени доказывания и презумпции вины причинителя вреда

даны в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 22 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (в частности, п. 11 и 12). Пациент доказывает: факт обращения в организацию, наступление неблагоприятных последствий, причинную связь. Организация доказывает правомерность своих действий (наличие обоснованного назначения, надлежащий контроль, соблюдение порядков и рекомендаций).

5.3. Правовой результат

При подтверждении дефекта — право на компенсацию морального вреда (ст. 151, 1099, 1101 ГК РФ) и, при наличии имущественных потерь, на возмещение вреда (ст. 1085–1087 ГК РФ). Ссылка на ст. 237 ТК РФ здесь **неприменима** — она регулирует возмещение морального вреда работнику неправомерными действиями работодателя; пациент работником медицинской организации не является. Это распространённая ошибка в самоподготовленных исках.

6. Версия третья (промежуточная): вреда здоровью нет, но нарушены права пациента

Даже если экспертиза не установит ни дефекта, ни вреда здоровью, самостоятельным основанием компенсации морального вреда могут стать нарушения нематериальных благ и прав пациента:

- **нарушение права на информацию** — ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ (право на получение информации о состоянии здоровья, копий медицинских документов): отсутствие объяснений о причинах голодания, отказ выдать копии документов;
- **нарушение порядка информированного добровольного согласия** — ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ, если изменение плана лечения/нутритивной поддержки не обсуждалось с пациентом и не оформлялось.

Согласно п. 1 Постановления Пленума ВС РФ от 15.11.2022 № 22 и п. 32 Постановления Пленума ВС РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина», право на компенсацию морального вреда возникает и при нарушении личных неимущественных прав, посягательстве на нематериальные блага, даже если имущественный вред не наступил. Практический размер такой компенсации обычно невелик (как правило, десятки тысяч рублей), но требование самостоятельное.

7. Как и чем устанавливается причинно-следственная связь

Здесь пересекаются три разных механизма — их не следует путать.

7.1. ЭКМП в системе ОМС

Проводится страховой медицинской организацией/ТФОМС по обращению пациента или по плану (**ст. 40 ФЗ № 326-ФЗ**, ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ, приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н). Результат — акт ЭКМП с классификацией дефектов. Плюсы: бесплатно, быстро, не требует иска. Ограничения: акт ЭКМП **не предreshает** вопрос о вине и о наличии вреда для суда; он оценивается судом наряду с другими доказательствами (ст. 67 ГПК РФ). На практике акт ЭКМП — сильное вспомогательное, но не решающее доказательство.

7.2. Судебно-медицинская экспертиза

Основной инструмент при споре в суде: назначается судом (**ст. 79 ГПК РФ**; ФЗ от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Степень тяжести вреда здоровью определяется по Правилам, утв. Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522, и Медицинским критериям, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (в редакции, действовавшей на момент освидетельствования).

Типовые вопросы эксперту, от формулировки которых зависит исход дела: 1. Имеются ли дефекты оказания медицинской помощи, в чём они выражаются (в том числе в части организации лечебного питания, контроля и коррекции гликемии)? 2. Соответствуют ли действия медицинских работников порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям, действовавшим на дату оказания помощи? 3. Находится ли наступление неблагоприятных последствий в прямой причинно-следственной связи с выявленными дефектами? 4. Какова степень тяжести вреда, причинённого здоровью? 5. Является ли отсутствие энтерального питания в первые 24 часа после данной операции обоснованным при данном заболевании; обеспечивались ли потребности организма иным путём? 6. Возможно ли было бы предотвращение последствий при надлежащем ведении?

7.3. Комиссионная оценка «врачебного усмотрения»

Ключевое процессуальное обстоятельство: суд, как правило, не подменяет медицинское суждение своим. Если экспертиза concludes, что решение о 24-

часовом воздержании от питания является допустимым вариантом в рамках клинической практики и что потребности организма были компенсированы, — требование о компенсации в этой части будет отклонено. Соответственно, к экспертизе следует идти с документально подтверждённым **ухудшением состояния**, а не с фактом голода как таковым.

8. Виды требований и ориентиры размеров

8.1. Компенсация морального вреда

Основания: ст. 151, 1099, 1101 ГК РФ. Размер определяется судом с учётом характера физических и нравственных страданий, степени вины причинителя, требований разумности и справедливости, индивидуальных особенностей потерпевшего (ст. 1101 ГК РФ; п. 2 ст. 151 ГК РФ). Единых «тарифов» нет; практика крайне разнородна и зависит от тяжести вреда (повреждение здоровья лёгкой/средней тяжести — обычно десятки-сотни тысяч рублей; тяжкий вред, инвалидность, смерть — существенно выше). Точные ориентиры следует выводить из актуальной практики по конкретному региону и категории вреда.

Существенное процессуальное преимущество: **на требования о компенсации морального вреда исковая давность не распространяется**, поскольку они вытекают из личных неимущественных прав (ст. 208 ГК РФ; разъяснения в Постановлении Пленума ВС РФ от 15.11.2022 № 22 — п. 7).

8.2. Возмещение имущественного вреда

- утраченный заработок — ст. 1085, 1086 ГК РФ;
- дополнительные расходы (лекарства, уход, реабилитация, протезирование) — ст. 1085 ГК РФ;
- при причинении вреда здоровью общий срок давности — 3 года (**ст. 196 ГК РФ**), причём по требованиям о возмещении вреда, причинённого жизни или здоровью, требования, предъявленные по истечении трёх лет, удовлетворяются **не более чем за три года, предшествовавшие предъявлению иска** (ст. 208 ГК РФ).

Если лечение оказывалось по ОМС, расходов на лечение у пациента обычно нет — имущественное требование ограничивается утраченным заработком и дополнительными расходами, которые он нёс лично.

8.3. Дополнительные санкции по Закону о защите прав потребителей

Применимо к платным медицинским услугам (и спорно — к ОМС): штраф 50 % по п. 6 ст. 13, компенсация морального вреда по ст. 15. При применении к отношениям ОМС возможен отказ в штрафе, поскольку услуга не является для гражданина возмездной.

8.4. Ст. 237 ТК РФ — неприменима

Разъяснено выше (п. 5.3): норма адресована работнику, чьи трудовые права нарушил работодатель. Включение ссылки на неё в иск к стационару ослабляет позицию.

9. Кто отвечает и что происходит с расходами ОМС

- **Основной ответчик** — медицинская организация (ст. 1068 ГК РФ, ст. 98 ФЗ № 323-ФЗ).
- **Регрессные требования страховой медицинской организации.** Расходы СМО на оплату медпомощи, оказанной застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, подлежат возмещению лицом, причинившим вред; требование предъявляется на основании результатов ЭКМП, оформленных актом, в порядке гражданского судопроизводства (**ст. 31 ФЗ № 326-ФЗ**, включая ч. 5 и ч. 6 — о судебном и досудебном порядке). Исключение — расходы на медицинскую помощь непосредственно после тяжёлого несчастного случая на производстве (той части, которая покрывается ОМС). Это самостоятельное требование СМО, не уменьшающее прав пациента, но создающее для стационара дополнительный финансовый риск.
- **Страховые выплаты** по договорам страхования ответственности медицинской организации (см. п. 10 ч. 1 ст. 79 ФЗ № 323-ФЗ) не освобождают организацию от ответственности перед пациентом, но влияют на фактическое исполнение решения.

10. Порядок и сроки: досудебный и судебный треки

10.1. Досудебный этап (право, не обязанность)

Обязательный досудебный порядок для этой категории споров законом **не установлен**; претензия направляется добровольно. Практические варианты:

1. **Обращение в страховую медицинскую организацию/ТФОМС** — инициирует ЭКМП (ст. 40 ФЗ № 326-ФЗ, ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ).
2. **Жалоба в Росздравнадзор** — в рамках государственного контроля в сфере здравоохранения (Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, утв. Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 323), в том числе по вопросам лицензионных требований (ФЗ от 04.05.2011 № 99-ФЗ; Положение о лицензировании медицинской деятельности, утв. Постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 № 852).
3. **Обращение к главному врачу** с требованием о проведении внутреннего контроля качества (ст. 90 ФЗ № 323-ФЗ) и о выдаче копий медицинских документов (ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ).
4. **Претензия с требованием о компенсации** — фиксирует досудебную позицию, при платных услугах влияет на возможность взыскания штрафа по п. 6 ст. 13 Закона о защите прав потребителей.
5. **Досудебное возмещение расходов** лицом, причинившим вред здоровью застрахованного, прямо допускается ч. 6 ст. 31 ФЗ № 326-ФЗ (применительно к расчётам со страховой организацией).

10.2. Судебный этап

- **Подсудность.** Иски о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья, могут предъявляться также по месту жительства или месту причинения вреда истцом (**ч. 5 ст. 29 ГПК РФ**).
- **Госпошлина.** Истцы по требованиям о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья, и о компенсации морального вреда освобождены от её уплаты (ст. 333.36 НК РФ).
- **Доказывание.** Обязанность доказать обстоятельства, на которые ссылается сторона, лежит на ней (ст. 56 ГПК РФ); суд оценивает доказательства по внутреннему убеждению (ст. 67 ГПК РФ); при недостаточности специальных познаний назначается экспертиза (ст. 79 ГПК РФ).
- **Сроки.** Моральный вред — без давности (ст. 208 ГК РФ). Имущественные требования — 3 года с ограничением взыскания тремя годами, предшествующими иску (ст. 196, 208 ГК РФ).

10.3. Уголовно-правовой трек (влияет на установление фактов)

При тяжком вреде здоровью, смерти или явном грубом дефекте применимы: ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда по неосторожности), ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному), ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья). Заявление подаётся в следственные органы; постановление об отказе или о прекращении также может быть использовано как доказательство в гражданском процессе. Уголовный трек не заменяет гражданского иска, но существенно усиливает доказательственную базу (в рамках проверки изымается и изучается медицинская документация, назначается комиссионная экспертиза).

11. Практический вывод по каждой версии

Фактический сценарий	Правовая квалификация	Вероятный результат
Первые 24 часа после операции — воздержание от энтерального питания по назначению врача, с инфузионной поддержкой и контролем гликемии; состояние не ухудшилось или ухудшение объясняется течением заболевания	Правомерное врачебное усмотрение (ст. 37, 73 ФЗ № 323-ФЗ); нет противоправности/вреда/причинной связи	Компенсация не присуждается
Голодание сопровождалось отсутствием контроля гликемии, некорректной инсулинотерапией, отсутствием инфузий; развились гипогликемия/кетоацидоз/несостоятельность анастомоза и т. п.	Дефект оказания помощи (ст. 98 ФЗ № 323-ФЗ, ст. 1064, 1068 ГК РФ); вина презюмируется (п. 2 ст. 1064 ГК РФ; ПП ВС РФ от 15.11.2022 № 22)	Компенсация морального вреда и возмещение имущественного вреда — перспективно ; размер зависит от тяжести вреда
Вреда здоровью нет, но не даны объяснения, не оформлено информированное согласие на изменение плана лечения,	Нарушение ст. 20, 22 ФЗ № 323-ФЗ; право на моральный вред по ст. 151 ГК РФ, п. 1 ПП ВС РФ от 15.11.2022 № 22	Возможна небольшая компенсация морального вреда ;

Фактический сценарий	Правовая квалификация	Вероятный результат
отказано в копиях документов		основных требований о вреде — нет
Пациент сам отказался от питания, что оформлено надлежащим образом	Отсутствие вины медицинской организации (ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ)	В иске, вероятно, будет отказано
Помощь оказывалась платно; дефект подтверждён	Дополнительно применяется Закон о защите прав потребителей (ПП ВС РФ от 28.06.2012 № 17, п. 2)	Дополнительно — штраф по п. 6 ст. 13 и моральный вред по ст. 15
Помощь по ОМС, расходы понесла СМО	Регресс СМО к причинителю вреда — ст. 31 ФЗ № 326-ФЗ	Отдельный иск страховой; прав пациента на компенсацию не отменяет

Итоговая формула ответа на исходный вопрос

Право на компенсацию возникает **не из факта 24-часового отсутствия питания**, а из факта **ненадлежащего периоперационного ведения диабета** (отсутствие мониторинга и коррекции гликемии, отсутствие инфузионной/нутритивной поддержки), подтверждённого медицинскими документами и экспертизой, и из **документированного ухудшения состояния здоровья**, находящегося в причинной связи с этим дефектом. Без этих двух элементов требование о компенсации, скорее всего, будет отклонено, поскольку кратковременное воздержание от энтерального питания после операций на ЖКТ само по себе относится к допустимой клинической практике.

12. Что практически следует сделать для подготовки позиции

1. **Получить копии медицинских документов** — право на это прямо закреплено в ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ: выписной эпикриз, протокол операции, лист назначений, лист интенсивной терапии, записи о введённых растворах и препаратах, **лист контроля гликемии**, результаты лабораторных

исследований, дневниковые записи. Отказ в выдаче — уже самостоятельное нарушение.

2. **Зафиксировать исходное состояние здоровья до госпитализации** (амбулаторная карта, показатели HbA1c, назначенная сахароснижающая терапия) — это база для сравнения «до/после».
3. **Инициировать ЭКМП** через СМО/ТФОМС по ст. 40 ФЗ № 326-ФЗ, ст. 64 ФЗ № 323-ФЗ.
4. **Подать обращение в Росздравнадзор** (Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323).
5. **Направить претензию** в медицинскую организацию; при платных услугах — с прямым требованием возврата/компенсации (влияет на штраф по п. 6 ст. 13 Закона о защите прав потребителей).
6. **Обратиться к независимому эксперту** за предварительным заключением до подачи иска — позволит оценить реальную силу причинной связи и избежать заведомо проигрышного процесса.
7. **Заявление в следственные органы** — при тяжком вреде здоровью, смерти либо признаках очевидного грубого нарушения (ст. 109, 118, 124, 238 УК РФ).
8. **Иск в суд** с требованиями: компенсация морального вреда (ст. 151, 1099–1101 ГК РФ), возмещение утраченного заработка и дополнительных расходов (ст. 1085–1087 ГК РФ), при платных услугах — штраф (п. 6 ст. 13 Закона о защите прав потребителей); ходатайство о назначении судебно-медицинской экспертизы (ст. 79 ГПК РФ) с корректно сформулированными вопросами (см. п. 7.2).

Оговорка о реквизитах. Реквизиты и редакции подзаконных актов (приказы Минздрава о порядках по профилям «хирургия», «эндокринология», «диетология», нормы лечебного питания, порядок контроля в ОМС, клинические рекомендации по сахарному диабету и периоперационному ведению) и содержание клинических рекомендаций подлежат обязательной проверке по состоянию на **дату оказания медицинской помощи**: именно редакция, действовавшая в тот момент, определяет, было ли поведение стационара противоправным.

13. Список использованных нормативных и иных источников

Кодексы и законы 1. Гражданский кодекс РФ, часть первая: ст. 151 (компенсация морального вреда), ст. 196 (общий срок исковой давности), ст. 208 (требования, на которые исковая давность не распространяется). 2.

Гражданский кодекс РФ, часть вторая: ст. 1064 (общие основания ответственности за причинение вреда), ст. 1068 (ответственность юридического лица за вред, причинённый его работниками), ст. 1085–1087 (объём и характер возмещения вреда, причинённого повреждением здоровья, утраченный заработок), ст. 1099–1101 (общие положения и способ компенсации морального вреда; основания компенсации независимо от вины; способ и размер компенсации). 3. Гражданский процессуальный кодекс РФ: ст. 29 (ч. 5 — подсудность исков о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья), ст. 56 (обязанность доказывания), ст. 67 (оценка доказательств), ст. 79 (назначение экспертизы). 4. Трудовой кодекс РФ: ст. 237 (возмещение морального вреда, причинённого работнику) — приведена для разграничения, к отношениям «пациент — медицинская организация» не применяется. 5. Налоговый кодекс РФ: ст. 333.36 (освобождение от уплаты государственной пошлины). 6. Уголовный кодекс РФ: ст. 109, 118, 124, 238 (причинение смерти по неосторожности; причинение тяжкого вреда по неосторожности; неоказание помощи больному; оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). 7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: ст. 20 (информированное добровольное согласие и право на отказ от медицинского вмешательства), ст. 22 (информация о состоянии здоровья, право на получение копий медицинских документов), ст. 37 (порядки, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи), ст. 39 (лечебное питание), ст. 61 (судебно-медицинская экспертиза), ст. 63 (экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией), ст. 64 (экспертиза качества медицинской помощи), ст. 73 (обязанности медицинских работников), ст. 79 (обязанности медицинских организаций, включая п. 10 ч. 1 — страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента), ст. 90 (внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности), ст. 98 (ответственность медицинских организаций и медицинских работников). 8. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: ст. 31 (возмещение расходов на оплату медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, включая ч. 5 — судебный порядок и ч. 6 — досудебное возмещение), ст. 40 (медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи). 9. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»: ст. 13 (штраф за отказ добровольно удовлетворить требование), ст. 15 (компенсация морального вреда), ст. 29 (права потребителя при недостатках услуги). 10. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в

Российской Федерации». 11. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Подзаконные акты 12. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека». 13. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека». 14. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения». 15. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности». 16. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в редакции, действовавшей на дату оказания помощи). 17. Приказ Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания». 18. Порядки оказания медицинской помощи по профилям «хирургия», «эндокринология» (в том числе по профилю «диетология») — реквизиты подлежат уточнению по действующей редакции. 19. Клинические рекомендации по сахарному диабету у взрослых и по периоперационному ведению пациентов с сопутствующей патологией — применяются в редакции, действовавшей на дату оказания медицинской помощи (обязательность применения клинических рекомендаций — с 01.01.2025, ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ, с учётом переходных положений).

Акты судебного толкования 20. 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» (в частности, п. 32 — право на компенсацию морального вреда при причинении вреда здоровью). 21. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 22 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (в частности, п. 1, 7, 11, 12). 22. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» (п. 2 — соотношение Закона о защите прав потребителей со специальными нормами).

Дополнительно проверяемые при подготовке иска материалы 23. Судебная статистика и обобщения практики по делам о возмещении вреда, причинённого ненадлежащим оказанием медицинской помощи, в конкретном субъекте РФ (для ориентира по размерам компенсации морального вреда). 24. Медицинская документация пациента: протокол операции, лист назначений,

лист интенсивной терапии, лист контроля гликемии, выписной эпикриз
(доказательственная база, ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ).

