



С.Л. Плавинский

**Правовые проблемы  
нозокомиального инфицирования  
гемоконтактными инфекциями**

С.Л. Плавинский

Правовые проблемы  
нозокомиального инфицирования  
гемоконтактными инфекциями

Москва  
2009



Данный документ разработан и издан по заказу Учебно-Консультационного Центра Открытого Института Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС.

Плавинский С.Л.

Правовые проблемы нозокомиального инфицирования гемоконтактными инфекциями. – М., 2009. – 44 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Трудовое законодательство.....	19
Уголовная ответственность.....	25
Экономика права и нозокомиальное инфицирование.....	32
Заключение.....	41

## ВВЕДЕНИЕ

*Если попытаться найти в российских правовых базах информацию о судебных делах, связанных с заражением гемоконтактными инфекциями (вирусом иммунодефицита человека, вирусами гепатитов В и С), то сделать это будет практически невозможно из-за малого количества таких дел. В то же время в судебной практике США их десятки, если не сотни. Это может быть связано либо с тем, что в Российской Федерации существует значительно более эффективная система предотвращения нозокомиального инфицирования, либо с тем, что в правовом поле нашей страны зияет огромная дыра, когда вред жизни и здоровью людей наносится, а вот компенсировать его никто не пытается. В ранее опубликованном ОИЗ обзоре литературы, посвященном нозокомиальной передаче гемоконтактных инфекций<sup>1</sup>, а также отчете о полевом исследовании с инфекционной безопасностью в ЛПУ<sup>2</sup>, было показано, что ситуация в Российской Федерации далека от совершенства, а значит, второй сценарий значительно более правдоподобен. Малое количество судебных исков означает малую «цену», которую платят за поставление в опасность заражения гемоконтактными инфекциями медицинских работников и пациентов те, кто должен эту опасность предотвращать. Следствием является субоптимальное распределение ресурсов и значительный ущерб обществу в целом. Ситуация постепенно меняется, и чем больше людей разбирается в правовых основах профилактики заражения гемоконтактными инфекциями и ответственности за вред жизни и здоровью в случае нозокомиального инфицирования, тем лучше. Этим вопросам и посвящена данная работа, которая, не претендуя на полноту и всеобъемлемость, пытается указать на основные правовые проблемы, возникающие в области инфицирования гемоконтактными инфекциями во внутрибольничной среде.*

Пристальное внимание к гемоконтактным инфекциям было привлечено с момента начала эпидемии ВИЧ-инфекции в мире. Связано это было с несколькими факторами. Во-первых, выявление вируса иммунодефицита человека во многом совпало по времени с выявлением других вирусов гемоконтактных инфекций (вирус гепатита В был открыт в 1965 году<sup>3</sup>, вирус иммунодефицита человека был описан в 1983 году, а гепатита С — в 1989 году). Во-вторых, стало понятно, что эти вирусы вызывают значительно более тяжелые заболевания и у большего количества людей, чем предполагалось первоначально. В-третьих, значительно увеличилось количество лиц с гемоконтактными инфекциям среди пациентов лечебных учреждений ввиду всплеск среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и переливания неадекватно проверенной крови.

---

<sup>1</sup> Плавинский С.Л., Савина В.А. Нозокомиальная передача гемоконтактных инфекций. Обзор литературы. — Москва: ОИЗ, 2007.

<sup>2</sup> Бобрик А.В., Мельникова А.А., Михеева И.В. Инфекционная безопасность пациентов и медицинских работников в российских ЛПУ: оценка существующей практики. — Москва: ОИЗ, 2007.

<sup>3</sup> Точнее, в 1965 году был выделен «австралийский» антиген, сама вирусная частица была визуализирована только в 1970.

Поскольку вероятность внутрибольничного инфицирования прямо пропорциональна вероятности встречи с инфицированным пациентом/медработником в больнице, рост распространенности гемоконтактных инфекций привел к росту вероятности их нозокомиальной передачи. Строго говоря, возможны три пути передачи инфекции: от пациента — медработнику, от медработника — пациенту и от пациента — пациенту. По вполне понятным причинам вероятность передачи от пациента медработнику является наибольшей<sup>4</sup>, хотя самые большие вспышки при нарушении санитарно-эпидемиологических правил возникают с передачей от пациента пациенту<sup>5</sup>.

Более того, становится возможным порочный круг, когда рост числа случаев гемоконтактных заболеваний в популяции приводит к росту вероятности инфицирования медработников, что в свою очередь приводит к росту вероятности инфицирования населения, контактирующего с системой здравоохранения. Очевидно, что не только сами медработники могут приводить к распространению гемоконтактных заболеваний во внутрибольничной среде. Загрязненные инфицированной кровью инструменты (иглы, ланцеты), также могут приводить к заражению и, хоть в последние годы это стало менее вероятным, переливание зараженной крови.

Сразу же хочется отметить, что случаи заражения медработников гемоконтактными инфекциями при исполнении трудовых обязанностей обычно рассматриваются как случаи развития профессионального заболевания, аналогично, например, заражению туберкулезом врача, работающего с пациентами с активными формами туберкулеза<sup>6</sup>. Нам такая позиция кажется ошибочной. Обычно профессиональные заболевания отличаются тем, что невозможно определить конкретный момент, в который наступило повреждение здоровья. Так, длительное воздействие вибрации приводит к развитию вибрационной болезни, однако утверждать, что вибрационная болезнь возникла в 17:05 16 января, бессмысленно. Соответственно, профессиональные заболевания являются следствием воздействия вредных условий труда, которые действуют на протяжении длительного периода времени и приводят к поражению здоровья. Эти вредные условия труда являются необходимым риском, на который идет работник и которому предоставляются поэтому дополнительные гарантии. Действительно, врач-фтизиатр не может работать, не контактируя с пациентами с активными формами туберкулеза

---

<sup>4</sup> Вероятность контакта с зараженным материалом у медработника выше, чем у пациента, как и вероятность аварийной ситуации.

<sup>5</sup> Достаточно упомянуть вспышки гепатитов В и С в Ростовской области (44 пациента) и Н. Новгороде (29 пациентов).

<sup>6</sup> Детально см. С.В. Гребеньков, Ф.А. Иванова, И.В. Бойко и соавт. Основы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших в результате профессиональных заболеваний.— Санкт-Петербург, 2008.

(по крайней мере, при первичном контакте форма неизвестна). При этом риск заражения можно снизить, но не исключить, по причине воздушно-капельного характера распространения инфекции.

Однако в случае заражения гемоконтактными инфекциями ситуация в корне иная. При работе с пациентом не предполагается, что медработник должен получать травму кожных покровов (или брызги крови в глаза), соответственно, теоретическая вероятность заражения гемоконтактными инфекциями при осуществлении медицинских мероприятий — нулевая. Любое заражение является результатом травмы, т.е. несчастного случая (что даже отражено в необходимости регистрации в клинике таких травм — «аварийных ситуаций»). Соответственно, заражение гемоконтактными инфекциями надо считать следствием несчастного случая на производстве. Однако утверждать, что заражение является профессиональным заболеванием вследствие несчастного случая, аналогично тому, чтобы считать ожоговую болезнь после взрыва паров бензина в бензовозе профессиональным заболеванием. Отсюда следует, что заражение медработника гемоконтактными инфекциями является следствием несчастного случая и как таковое оно должно рассматриваться в соответствии со статьями 227–230 Трудового кодекса Российской Федерации<sup>7</sup>.

Надо заметить, что отношение к нозокомиальному заражению гемоконтактными инфекциями как к необходимому злу (неустранимому риску) постепенно меняется. Правда, происходит это пока лишь в отношении заражения пациентов (тут отсутствие необходимого риска становится очевидным раньше). Если еще несколько лет назад в случае переливания зараженной ВИЧ-инфекцией и гепатитом С крови от донора главный врач мог сказать: «Мы взяли ее [кровь] не у бомжей, а в закрытом коллективе — у срочника Балтийского флота, полагая, что ВИЧ-инфицированных в армию не берут<sup>8</sup>», и ему вторил начальник управления здравоохранения, считая, что «врачи больницы действовали на свой страх и риск, но риск, мне кажется, был оправдан», то уже сейчас, после дел в Воронеже и Санкт-Петербурге, такая аргументация вряд ли будет принята. В Санкт-Петербурге офицер был заражен ВИЧ-инфекцией и гепатитом С в результате переливания крови от солдата-срочника при лечении острого аппендицита<sup>9</sup>. 5 октября 2007 года Пушкинский военный гарнизонный суд вынес решение в пользу офицера, предъявившего иск к Ленинградскому военному округу и Мини-

---

<sup>7</sup> Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197–ФЗ.

<sup>8</sup> Интервью главного врача центральной районной больницы г. Пионерского Калининградской области М. Шишлова (<http://www.regnum.ru/news/276148.html>).

<sup>9</sup> Следует обратить внимание на практически полное совпадение обстоятельств дела в Калининградской области и Санкт-Петербурге: в Калининградской области пациенту потребовалось переливание крови в результате желудочного кровотечения.

стерству обороны. Компенсация морального вреда присуждена в количестве 4 миллионов рублей. Немногим более раннее воронежское дело (судебное решение принято 13 марта 2007 года<sup>10</sup>), когда роженице перелили кровь, зараженную ВИЧ-инфекцией, также привело к судебному решению, согласно которому с государственного учреждения здравоохранения «Воронежская областная станция переливания крови» была взыскана<sup>11</sup> компенсация морального вреда в размере 3 миллионов 505 тысяч рублей<sup>12</sup>. Это показывает, что суды более не принимают концепцию «необходимого риска при спасении жизни», справедливо полагая, что современное развитие медицинских технологий позволяет предотвратить нанесение вреда здоровью заражением нозокомиальными инфекциями. Отсюда уже небольшой шаг остается до появления судебных исков в случае заражения медработников, поскольку для них тоже существуют технологии, резко снижающие вероятность травмирования<sup>13</sup>.

При этом проблема нозокомиального инфицирования является достаточно серьезной. Количество аварийных ситуаций даже официально достигает 10–16 на 100 работающих в год, при том, что регистрируется менее 9% всех аварийных ситуаций. Соответственно, реальное количество аварийных ситуаций составляет от 0,5 до 4 случаев на одного медработника в год, с оценочным количеством в несколько тысяч случаев заражения гепатитами В и С при исполнении трудовых обязанностей медиками в год<sup>14</sup>.

Если трактовать эти данные с правовой точки зрения, то ежегодно происходит поражение прав значительного числа граждан страны (права на жизнь и здоровье, имущественные права, связанные с потерей рабочего места и оплатой лечения), что не может не вести к правовым последствиям. При этом при заражении гемоконтактными инфекциями в лечебно-профилактическом учреждении речь идет либо о несчастном случае, либо о неумышленном нанесении вреда. Когда заражается медицинский работник, то чаще всего можно говорить о несчастном случае<sup>15</sup>, тогда как, когда

---

<sup>10</sup> <http://www.regnum.ru/news/795889.html>

<sup>11</sup> Средства были взысканы в июле 2007 года (<http://www.regnum.ru/news/862095.html>).

<sup>12</sup> Здесь надо обратить внимание на размеры компенсации, которые стали приближаться к реальным оценкам стоимости жизни, поскольку ранее суды также присуждали выплату компенсации за заражение ВИЧ, но с физических лиц и в рамках уголовных дел (по статье 122 ч. 2 УК РФ) в размере от 50 (Татарстан, Оренбургская область) до 250 (Тюменская область) тысяч рублей, т.е. в 18–80 раз меньше.

<sup>13</sup> Речь идет об организации труда с использованием саморазрушающихся шприцев, устройств электросжигания игл, адекватного расположения безопасных контейнеров для острых предметов (на расстоянии вытянутой руки), об использовании индивидуальных средств защиты (экраны для глаз, перчатки), вакцинации, постконтактной профилактики и общей организации труда медработников.

<sup>14</sup> Подробнее см. Плавинский С.Л., Савина В.А. Указ.соч.

<sup>15</sup> Понятно, что результатом несчастного случая также является вред (здоровью).



заражается пациент — о неумышленном нанесении вреда. Оба этих типа событий могут приводить к возникновению гражданско-правовой или административной ответственности, реже — уголовной ответственности. Кроме того, травмирование (несчастный случай) на рабочем месте будет подпадать под действие трудового законодательства, и его (трудового законодательства) нарушение также может приводить к возникновению гражданской, административной или уголовной ответственности.

На сегодняшний день правоприменительная практика по защите прав пострадавших от заражения, в особенности медработников, в Российской Федерации еще небольшая, что во многом связано с правовой безграмотностью и пассивностью пострадавших, однако, как показано выше, дела в судах появляются и, учитывая значительные размеры компенсаций, можно надеяться на то, что их число будет увеличиваться. Здесь очевидным примером служит правовая практика США, где поток исков начался примерно через 10–15 лет после достижения эпидемией СПИД первого пика. Аналогичная ситуация начинает разворачиваться сейчас и в нашей стране<sup>16</sup>, при этом, несмотря на различия в нормативной базе, российские юристы вполне могут использовать аргументацию, наработанную их западными коллегами<sup>17</sup>.

Надо заметить, что задачей любой правовой системы является охрана прав и свобод граждан и рост общественного благополучия. Соответственно, система должна быть ориентирована на снижение вероятности причинения вреда. Для снижения рисков возможны разные подходы, одним из наиболее известных является гражданско-правовая ответственность за нанесенный вред. В правовой литературе обязательства вследствие причинения вреда условно называют деликтными. Общие основания наступления деликтной ответственности описаны в статье 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее ГК РФ<sup>18</sup>). Для наступления деликтной ответственности необходимо наличие состава правонарушения, включающего:

- наступление вреда;
- противоправность поведения причинителя вреда;
- причинную связь между двумя первыми элементами;
- вину причинителя вреда.

---

<sup>16</sup> Не стоит забывать, что в Российской Федерации первый пик эпидемии ВИЧ-инфекции наблюдался в 1998–2001 годах.

<sup>17</sup> Здесь надо принимать во внимание количество пострадавших в популяции и скорость судебных разбирательств. Например, операция офицеру, при которой произошло заражение вирусом гепатита С и ВИЧ (см. выше), была сделана в 2001 году, а судебное решение принято в 2007.

<sup>18</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14–ФЗ.

При этом обязательства, исходящие из причинения вреда, опираются на т.н. принцип *генерального деликта*, согласно которому каждому запрещено причинять вред имуществу или личности и всякое причинение вреда другому является противоправным, если лицо не было управомочено нанести вред. Противоправность поведения имеет две формы — *действие* или *бездействие*. *Бездействие* признается противоправным только тогда, когда на причинителя лежала обязанность совершить определенное действие (например, для медработника существует обязанность оказания помощи).

Причинная связь между противоправным действием (бездействием) причинителя и наступившим вредом является обязательным условием деликтной ответственности и выражается в том, что:

- первое предшествует второму во времени,
- первое порождает второе.

Согласно ст. 401 ГК РФ вина выражается в форме *умысла* или *неосторожности*. Под *умыслом* понимается такое противоправное поведение, при котором причинитель не только предвидит, но и желает либо сознательно допускает наступление вредного результата. *Неосторожность* выражается в отсутствии требуемой при определенных обстоятельствах внимательности, предусмотрительности, заботливости и т.п. Очевидно, что в большинстве случаев заражения гемоконтактными инфекциями речь будет идти о вине в форме неосторожности.

Неосторожность в ГК РФ имеет две формы: грубую и простую. При *грубой неосторожности* нарушаются обычные, очевидные для всех требования, предъявляемые к лицу, осуществляющему определенную деятельность. При *простой неосторожности*, наоборот, не соблюдаются повышенные требования. Критерием разграничения *грубой* и *простой* неосторожности могут служить не только различные факторы, характеризующие поведение лица, но и различная степень предвидения последствий в сочетании с различной степенью долженствования такого предвидения. При предвидении последствий, соединенном с легкомысленным расчетом их избежать, хотя можно и должно было понять, что вред неизбежен, налицо грубая неосторожность.

Важность учета грубой и простой неосторожности связана с тем, что в ст. 1083 ГК РФ вводится смешанная ответственность в случае причинения вреда:

*Если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда размер возмещения должен быть уменьшен.*

*При грубой неосторожности потерпевшего и отсутствии вины причинителя вреда в случаях, когда его ответственность наступает независимо от вины, размер возмещения должен быть уменьшен или в возмещении вреда может быть отказано, если законом не предусмотрено иное. При причинении вреда жизни или здоровью гражданина отказ в возмещении вреда не допускается.*

Данное положение может оказаться важным при обсуждении гражданско-правовой ответственности при причинении вреда на рабочем месте, когда наличие грубой неосторожности потерпевшего (медроботника) может приводить к уменьшению ответственности организации<sup>19</sup>.

Чрезвычайно важно, что, если наличие вреда и его размер доказываются потерпевшим, то вина причинителя предполагается, т.е. отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство. Иными словами, в деликтном праве действует презумпция виновности причинителя вреда, что отличает его от уголовного права, где действует презумпция невиновности<sup>20</sup>. В любом случае, был ли вред причинен умышленно или по неосторожности, причинитель обязан его возместить.

В ряде случаев вред подлежит возмещению даже тогда, когда вины у причинителя вреда нет. Как отмечается в статье 1079 ГК РФ, юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих, обязаны возместить вред, причиненный источником повышенной опасности, если не докажут, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего. Здесь надо отметить, что в последнее время все чаще и чаще раздаются голоса, которые требуют признать медицинские услуги источником повышенной опасности, что в свою очередь приведет к автоматическому применению статьи 1079 ГК РФ при причинении вреда в здравоохранении (правда, тогда возникнет другой правовой казус — как быть, например, с операционной раной, которая является очевидным вредом для здоровья<sup>21</sup>). Поскольку гемоконтактные инфекции Правительством Российской Федерации отнесены к заболеваниям, представля-

---

<sup>19</sup> Как отмечается в статье 229.2 Трудового кодекса РФ: «Если при расследовании несчастного случая с застрахованным установлено, что грубая неосторожность застрахованного содействовала возникновению или увеличению вреда, причиненного его здоровью, то с учетом заключения выборного органа первичной профсоюзной организации или иного уполномоченного работниками органа комиссия (в предусмотренных настоящим Кодексом случаях государственного инспектора труда, самостоятельно проводящий расследование несчастного случая) устанавливает степень вины застрахованного в процентах».

<sup>20</sup> Точнее, в гражданском праве каждая сторона должна доказывать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований и возражений (ст. 56 ГПК РФ), т.е. ответчик тоже должен доказывать свою невиновность (или доказывать, что другой путь заражения является именно тем, по которому произошло заражение).

<sup>21</sup> Надо заметить, что статья 1067 ГК РФ как раз описывает необходимость возмещения вреда, нанесенного в состоянии крайней необходимости.

ющим опасность для окружающих<sup>22</sup>, можно предполагать, что работа с ними относится к работе с источниками повышенной опасности и тогда, соответственно, в случае заражения владелец источника повышенной опасности (медицинское учреждение) будет нести ответственность по ст. 1079 ГК РФ.

Отсюда следует, что в рамках гражданско-правовой ответственности, связанной с инфицированием и угрозой инфицирования гемоконтактными инфекциями, существуют следующие возможности:

- Полная ответственность причинителя вреда вследствие неосторожности, ст. 1064 ГК РФ (англ. 'full negligence').
- Совместная ответственность причинителя вреда вследствие неосторожности и пострадавшего при наличии грубой неосторожности пострадавшего, ст. 1083 ГК РФ (англ. 'comparative negligence').
- Безусловная ответственность за вред, причиненный источником повышенной опасности вне зависимости от наличия вины, ст. 1079 ГК РФ (англ. 'strict liability'), ответственность может быть совместной на условиях ч. 2 ст. 1083 ГК РФ.

С точки зрения того, к кому может быть предъявлен иск и кто будет пострадавшим, возможны как минимум три варианта:

- Ответственность медицинской организации за причинение вреда в виде заражения гемоконтактной инфекцией (перед пациентом).
- Ответственность медработника за причинение вреда в виде заражения гемоконтактной инфекцией (перед пациентом).
- Ответственность медицинской организации и ее должностных лиц за причинение вреда в виде заражения гемоконтактной инфекцией (перед медработником) ввиду недостаточного соблюдения мероприятий по охране труда.

Тут следует указать, что согласно статье 1068 ГК РФ вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, возмещает юридическое лицо либо гражданин, на которого работает непосредственный причинитель вреда. При этом работниками признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию соответствующего юридического лица или гражданина и под его контролем за безопасным ведением работ. Соответственно, обязанность

---

<sup>22</sup> Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

юридического лица возместить вред, причиненный по вине его работников, наступает не только тогда, когда они являются постоянными работниками данной организации, но и в случаях причинения вреда временными или нештатными работниками, а также лицами, выполняющими работу по трудовым соглашениям.

При этом, согласно статье 1081 ГК РФ, лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им служебных, должностных или иных трудовых обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством, и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом. Согласно части 2 ст. 1081 ГК РФ причинитель вреда, возместивший совместно причиненный вред, вправе требовать с каждого из других причинителей вреда долю выплаченного потерпевшему возмещения в размере, соответствующем степени вины этого причинителя вреда. При невозможности определить степень вины доли признаются равными. Таким образом, в случае заражения гемоконтактными инфекциями ответственность несет медицинское учреждение (ст. 1068 ГК РФ). Однако учреждение вправе подать регрессный иск непосредственному причинителю вреда (врачу или медсестре) на возмещение ущерба. В том случае, если присутствует вина обеих сторон, то возмещение ущерба может быть солидарным.

В случае заражения пациента гемоконтактной инфекцией вряд ли удастся доказать невиновность медицинского учреждения<sup>23</sup>. Напомним, что доказательство отсутствия вины ложится на причинителя вреда, а не на потерпевшего. Поскольку не существует «нормальных» ситуаций, при которых произошло бы заражение (необходим прямой контакт внутренней среды па-

---

<sup>23</sup> В этом отношении показателен случай заражения гепатитом С и ВИЧ, неоднократно упоминавшийся выше. В своем ответе на статью в «Новой Газете» начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны И. Чиж писал «По жизненным показаниям (обширная кровопотеря) В.В. Темникову было проведено переливание свежечитратной крови, в том числе и от 10 доноров резерва, не обследованных своевременно на гемотрансмиссивные инфекции. В основном все действия медицинского персонала были направлены на спасение жизни больного. Дать окончательное заключение о том, что послужило причиной инфицирования В.В. Темникова, не представляется возможным ввиду длительного промежутка времени от момента обращения за медицинской помощью и до момента выявления инфекции (прошло 22 месяца, а инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет в среднем 3 месяца и 40–50 дней при вирусном гепатите С)... По факту допущенных нарушений в лечении В.В. Темникова в отношении медперсонала 594 ВАГ и 442 ОВКГ была проведена прокурорская проверка прокуратурой Санкт-Петербургского гарнизона. В связи с отсутствием в деянии состава преступления прокуратурой вынесено постановление об отказе в возбуждении уголовного дела на основании ст. 24 ч.1 п.2 УПК РФ.» (цит. по «Новая газета», 25/05/2003, <http://www.novayagazeta.ru/data/2003/36/38.html>). Тем не менее гарнизонный суд не согласился с такой позицией, и, признав ответственность Министерства Обороны и Ленинградского военного округа, обязал их выплатить компенсацию морального вреда за заражение. Интересно, что при этом суд не удовлетворил требование возместить затраты на лечение, поскольку посчитал, что лечение и так будет должно оплачивать Министерство Обороны.

циента с инфицированным материалом от другого человека), то сам факт заражения можно рассматривать как следствие неосторожности. В этом смысле ситуация с заражением гемоконтактными инфекциями, где источником являются заразные биологические жидкости, лучше всего описывается ст. 1079 ГК РФ, в которой говорится об ответственности владельца источника повышенной опасности (шприца, загрязненного зараженной кровью и т.п.; напомним, что, согласно статье 4 закона «Об отходах производства и потребления», право собственности на отходы принадлежит собственнику сырья, материалов, полуфабрикатов, иных изделий или продуктов, а также товаров (продукции), в результате использования которых эти отходы образовались<sup>24</sup>, соответственно, шприц относится к «опасным отходам»<sup>25</sup>, находящимся в собственности медицинского учреждения). На самом деле, споры о том, является ли шприц с инфицированной кровью источником повышенной опасности или нет, бессмысленны<sup>26</sup>. Дело в том, что, как описано выше, он точно является «опасным», осторожность требует, чтобы он не контактировал с неинфицированным пациентом (медработником), соответственно, если такой контакт произошел, то налицо неосторожность, 'res ipsa loquitur'<sup>27</sup>. Отсюда следует, что каждый случай внутрибольничного инфицирования гемоконтактными инфекциями является основанием для гражданского иска, причем ответственность медицинского учреждения будет безусловной ('strict liability').

К сожалению, в реальной правоприменительной практике все не так просто. Так, например, в гражданском иске в Тевризском районном суде Омской области слушалось дело компенсации морального вреда М.Ю.Н., у которого в 1996 году при профилактическом осмотре были выявлены гепатиты В и С, однако он не был об этом проинформирован. В 1998 г. ему стало известно о заболевании (но информации о возможной заразности для других он не получил), а в 1999 году гепатитом заразилась его супруга.

---

<sup>24</sup> Федеральный закон от 24.06.1998 № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления».

<sup>25</sup> Ст. 1 Закона «Об отходах производства и потребления»: опасные отходы — отходы, которые содержат вредные вещества, обладающие опасными свойствами (токсичностью, взрывоопасностью, пожароопасностью, высокой реакционной способностью) или содержащие возбудителей инфекционных болезней, либо которые могут представлять непосредственную или потенциальную опасность для окружающей природной среды и здоровья человека самостоятельно или при вступлении в контакт с другими веществами.

<sup>26</sup> Иными словами, следует ли применять ст. 1079 ГК РФ или базироваться на принципах общего деликта.

<sup>27</sup> «Ситуация говорит сама за себя» (лат.) — правовая доктрина, согласно которой сам факт возникновения инцидента является следствием неосторожности. Для применения доктрины требуется, чтобы объект вреда контролировался ответчиком (1), несчастный случай мог произойти только по причине неосторожности (2) и поведение истца не явилось причиной несчастного случая (3). Аналогичным является положение ч. 1 ст. 61 Гражданского процессуального кодекса РФ: «обстоятельства, признанные судом общеизвестными, не нуждаются в доказывании».

В карте эпидрасследования М.Ю.Н. был отмечен как источник заражения. Истец заявил, что ему были причинены нравственные страдания фактом осознания, что он явился источником заражения супруги (обстоятельства дела фактически повторяют американское дело *DiMarco v. Lynch Homes-Chester County*<sup>28</sup>, 1989, 1990). Хотя суд частично удовлетворил иск<sup>29</sup>, в отношении заражения супруги он постановил:

*Доводы истца о том, что в связи с несвоевременным выявлением, проведением профилактических мероприятий и низким качеством наблюдения произошло инфицирование супруги М.Ю.Н., суд принять во внимание не может, поскольку утверждения об источнике заражения, согласно карте эпидемиологического обследования, носят вероятностный характер. Индикацию заражения от М. произвести невозможно, так как М.Е.Ю. могла быть заражена и при выполнении своих профессиональных обязанностей, что подтверждается и заключением экспертов № 236-ПК: «М.Е.Ю. могла заразиться как при контактах с мужем, так и в результате своей профессиональной деятельности (как медсестра хирургического отделения), зубоветеринарных процедурах и т.д. Конкретный путь ее заражения установить не представляется возможным в связи с отсутствием данных о верификации генотипов вирусов В и С<sup>30</sup>».*

Теоретически, зная эпидемиологию гемоконтактных инфекций, можно было бы считать, что, если пациент сумеет показать, что у него не было инфекции до госпитализации и она появилась после, то даже в отсутствие установленного источника заражения суд может посчитать вину учреждения доказанной (например, пожилая женщина не имела гепатита С до госпитализации в отделение гемодиализа, после госпитализации у нее появилось заболевание, других возможных источников инфицирования нет, по литературе отделения гемодиализа известны опасностью распространения гепатита С, соответственно, наиболее вероятным местом заражения является медицинское учреждение). Однако в реальности суды часто переносят бремя доказательства на истца, а ответчику достаточно заронить «обоснованные сомнения» для решения в свою пользу<sup>31</sup>. При этом надо заметить,

---

<sup>28</sup> В том случае врачи были признаны ответственными за нанесенный вред (заражение гепатитом) перед сожителем медсестры, уколовшейся зараженной гепатитом иглой, за неправильные рекомендации относительно периода воздержания от сексуальных контактов (длительности инкубационного периода).

<sup>29</sup> После третьего суда и пяти лет с момента подачи иска.

<sup>30</sup> При этом в своем решении одним абзацем выше суд отмечает, что «в соответствии со ст. 56 ГПК РФ каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований и возражений, однако в судебном заседании представителями ответчика доказательств отсутствия вины не представлено, что в силу презумпции нормы материального права позволяет считать вину причинителя вреда установленной». Аналогичным образом не было представлено и доказательств возможности заражения супруги М.Ю.Н. другим путем.

<sup>31</sup> Вместе с тем, как показывают примеры, описанные выше, в отношении офицера, зараженного ВИЧ, такой прием не всегда находит понимание в суде.



что Европейский суд по правам человека придерживается стандарта доказательств, «не оставляющих обоснованных сомнений» (beyond reasonable doubts, (Ireland v. United Kingdom, 1978)), что явилось причиной решения суда в пользу ответчика в деле Гурепки (Gurepka v. Ukraine, 2005), когда суд решил, что истец не сумел продемонстрировать причинную связь между заболеванием гепатитом С и его арестом, или в деле Меченкова (Machenkov v. Russia, 2008), когда суд отметил, что отсутствие признаков гепатита С при обычных осмотрах не исключает инфицирования, и поэтому обнаружение гепатита после заключения не означает, что инфицирование произошло в местах лишения свободы («суд пришел к выводу, что обвинения истца в части инфицирования вирусом гепатита С не идут дальше предположений и допущений» (параграф 80))<sup>32</sup>.

Следует также отметить, что теоретически для возникновения ответственности даже не обязателен факт заражения гемоконтактной инфекцией. Например, если в результате неосторожности пациенту была перелита кровь от донора с гепатитом С, то даже в отсутствие заражения ему были причинены нравственные страдания<sup>33</sup> (во время ожидания результатов анализов) и, возможно, он понес материальные потери (не мог работать в полном объеме, отказался от командировки – упущенная выгода), которые должны будут быть компенсированы медицинским учреждением, перелившим кровь (или учреждением службы крови)<sup>34</sup>.

Несколько сложнее становится ситуация при заражении медработника гемоконтактной инфекцией или возникновении несчастного случая, приведшего к угрозе такого заражения. С одной стороны, очевидно, что человеку был нанесен вред в виде физических и нравственных страданий. С другой стороны, чаще всего сам человек совершил неосторожность, которая привела к возникновению этого несчастного случая (исключением можно считать

---

<sup>32</sup> Стоит обратить внимание, что позиция Меченкова относительно инфицирования в местах заключения была действительно слабой с эпидемиологической точки зрения. В настоящий момент Европейский суд по правам человека рассматривает украинское дело о заражении гепатитом С во время трансплантации почки, и от его решения, учитывая прецедентный характер рассмотрения дел, зависит будущее подобных дел.

<sup>33</sup> Статья 151 ГК РФ.

<sup>34</sup> Реальная правоприменительная практика пока не всегда соответствует этим правилам. В Саратове больной раком почки пациент получил переливание крови от донора, у которого через пять месяцев были выявлены антитела к вирусу гепатита С (напомним, что период серонегативного «окна» при гепатите может составлять до 6 месяцев). Поскольку у пациента с раком почки проявился гепатит, он подал гражданский иск (и написал заявление в прокуратуру). Эксперты же отмечали, что он «мог заразиться до госпитализации» или же «при реализации кровяных контактов в быту, половым путем» (напомним, что вероятность заражения половым путем гепатитом С очень низкая). Дело прекращено в связи со смертью истца. С другой стороны, в Калининграде после пяти лет судебных исков женщине удалось получить компенсацию за заражение гепатитом С в результате переливания зараженной крови.



травмирование персонала инструментами, неосторожно оставленными<sup>35</sup> или неправильно обработанными другим персоналом<sup>36</sup>).

В Российской Федерации правоприменительная практика в области нозокомиального инфицирования пока ограничена<sup>37</sup>, но дела (упомянутые выше) уже появляются, и в скором будущем можно ожидать роста числа гражданских исков. При этом вполне возможно заимствование логики построения дел и аргументации в судебных делах других стран, в первую очередь США, поскольку ввиду длительности эпидемии и зрелости судебной системы количество исков там достаточно велико. Поэтому интересно познакомиться с аргументацией и контраргументацией в этих исках.

Обычно большинство судов США не позволяют выдвигать иск об угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, если истец не может доказать, что угроза была реальной (т.е., например, что пациент или медработник укололся иглой, которая ранее была в вене ВИЧ-инфицированного).

Так, например, на Гавайях Верховный Суд постановил<sup>38</sup>, что для иска о возмещении нравственных страданий, вызванных несчастным случаем с угрозой заражения ВИЧ, истец должен доказать, что несчастный случай был связан с «научно доказанным» путем передачи инфекции (1) и что материал, с которым истец оказался в контакте, содержал ВИЧ (2).

В деле *Maїca v. Beekil* Верховный Суд штата Иллинойс сформулировал правило «действительного контакта»<sup>39</sup>. В этом деле женщина — документовед медицинского офиса, убирая мусор, порезала руку о ланцет, выброшенный врачом-совместителем в урну. На ланцете, с ее слов, были кровь и слизь. Однако она не сохранила ланцет и не отправила его на исследование, а через два месяца врач-совместитель умер от СПИД. Однако ей и ее адвокатам не удалось доказать, что на ланцете была кровь врача и, соответственно, что она действительно проконтактировала с ВИЧ. В своем решении судья отме-

---

<sup>35</sup> Известен случай *В.Прего* (из судебной практики США), где как раз обвинения базировались на том, что врач-интерн была травмирована инструментами, оставленными другим врачом.

<sup>36</sup> Травмирование иглами, которые были брошены в пластиковый пакет с мусором.

<sup>37</sup> Огромную роль в таких делах играет экспертиза, а, как отмечают В.В. Власов и соавт., «исследования, называемые «экспертизой», назначаются в зависимом от виновного учреждения учреждения. У экспертного учреждения и учреждения здравоохранения один и тот же собственник — правительство субъекта РФ, полномочия которого осуществляют департаменты (министерства). Собственник за свои учреждения несет субсидиарную ответственность (ст. 120 ГК РФ)» (В.В. Власов, К.Д. Данишевский, Е.А. Корнышева, А.В. Саверский. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации).

<sup>38</sup> *Hawaii requires actual exposure to validate distress claims//AIDS Policy Law. — 1999. — 14(20): 3.*

<sup>39</sup> 'actual exposure'.

тил, что «без предъявления доказательств действительного контакта с ВИЧ утверждения о страхе развития СПИД становятся слишком спекулятивными для того, чтобы быть признанными юридически. Проще говоря, «неразумно человеку бояться инфицирования, если он не контактировал с заболеванием (Brzoska, 668 A.2d, 1363). Мы считаем, что требование действительного контакта позволит отделить иски, базирующиеся на предположениях, от исков, базирующихся на истинном страхе заражения ВИЧ-инфекцией»<sup>40</sup>.

В Калифорнии суды требовали продемонстрировать «путь инфицирования» для подобных исков<sup>41</sup>. Аналогичные ограничительные мероприятия были приняты в Коннектикуте, Делавэре, Джорджии, Канзасе, Луизиане, Мэриленде, Миннесоте, Миссисипи, Миссури, Нью-Джерси, Нью-Мехико, Нью-Йорке, Пенсильвании, Теннесси, Техасе и Винконсине<sup>42</sup>.

Сделано это для того, чтобы уменьшить количество исков с малой вероятностью истинного вреда. Однако в ряде случаев, когда оценить риск было невозможно и существовала возможность того, что травмирующий предмет был заразным, суды отвергали правило «реального риска».

Верховный суд штата Миссисипи позволил предъявить иск медицинскому центру за страх заражения ВИЧ больной сахарным диабетом<sup>43</sup>, которой медсестра, объясняя, как пользоваться прибором для определения глюкозы крови, дала ланцеты, ранее использовавшиеся другими пациентами. Поняв свою ошибку, медсестра уничтожила ланцеты и предупредила пациентку о происшествии. Информации о наличии ВИЧ-инфекции у кого-либо из лиц, пользовавшихся ранее ланцетами, не было, и ланцеты не были протестированы<sup>44</sup>.

Верховный суд штата Нью-Джерси также позволил иск в случае, когда реальная возможность заражения являлась недоказуемой<sup>45</sup>. Уборщица в лечебном учреждении порезала палец выброшенным ланцетом. Ее предупредили, что она может заразиться, и пять лет женщина жила в страхе появления заболевания. Одновременно в суд подал и ее муж, поскольку жена, опасаясь заражения, прекратила сексуальные отношения, и пара отказалась от мысли зачать ребенка.

---

<sup>40</sup> Majca v. Beekil, Illinois Supreme Court Opinion, case 83677, 1998 (Majca v. Beekil, 183 Ill. 2d, 420–21).

<sup>41</sup> Plaintiff must show a 'channel for infection' to recover damages// AIDS Policy Law. – 1997. – 12(15): 9.

<sup>42</sup> Evolving case law in fear-of-AIDS claims// AIDS Policy Law. – 1998. – 13(9): suppl 1–4.

<sup>43</sup> Mississippi retreats from its strict view of actual exposure//AIDS Policy Law. – 1999. – 14(21): 8.

<sup>44</sup> Ранее в этом штате действовало правило, согласно которому «страх заражения» мог существовать только в случае доказанного контакта с заразным материалом.

<sup>45</sup> New Jersey allows lawsuits based on reasonable fear of HIV//AIDS Policy Law. – 1997. – 12(14): 1, 10–11.

Даже в Иллинойсе наблюдался отход от правила «действительного контакта», в деле *Pettigrew v. Putterman*<sup>46</sup>, где медсестра возбудила иск против врача-офтальмолога, который, передавая ей ножницы неудачно, уронил их и повредил ей руку, причем ножницы до этого использовались на тканях пациента, у которого, по данным иммунферментного анализа (ИФА) была ВИЧ-инфекция. Поскольку результаты ИФА не были подтверждены *Western blot*, то ответчик попытался отказать от возмещения ущерба за страх заражения ВИЧ, поскольку действительного контакта с ВИЧ не было. Апелляционный суд не согласился с этим, поскольку на момент события медсестра предполагала, что у пациента была ВИЧ-инфекция и, соответственно, ее страх был обоснован.

Аналогичным образом, в штате Нью-Йорк, где также действовало правило «действительного контакта»<sup>47</sup>, суд встал на сторону сотрудницы больницы, которая укололась иглой. Протокол об аварийной ситуации в больнице оформлен не был, но женщине рекомендовали 12 месяцев проходить тестирование на ВИЧ. Хотя эксперты ответчика заявили, что игла не была использованной, тот факт, что больница своевременно не предупредила об этом сотрудницу, был принят судом как «особые обстоятельства», отклоняющие требования «действительного контакта» при исках страха заражения ВИЧ<sup>48</sup>.

В штате Небраска Верховный Суд постановил<sup>49</sup>, что поскольку медсестре, которая укололась иглой, было рекомендовано вести себя так, как если бы она заразилась до момента подтверждения ее серонегативного статуса, она может взыскать с больницы компенсацию за причиненные нравственные страдания.

Общим результатом всех исков стало ужесточение требований<sup>50</sup> к организации рабочего места в ЛПУ, соблюдению правил универсальных предосторожностей и использованию безопасных инъекционных устройств<sup>51</sup>, которые выдвинуло Американское агентство по безопасности на рабочем месте (OSHA). Таким образом, большое количество гражданских исков при-

---

<sup>46</sup> *Pettigrew v. Putterman*, 2002.

<sup>47</sup> Отсутствие доказательств того, что игла, которой поранилась медсестра, была до этого использована у пациента с ВИЧ, явилось основанием для отказа в иске компенсации страданий от «страха заражения СПИД» (*Nurse did not prove discarded needle was tainted by HIV// AIDS Policy Law. – 1998. – 13(4): 11*).

<sup>48</sup> *Hospital's refusal to test needle leaves it open to suit// AIDS Policy Law. – 1998. – 13(14): 8*.

<sup>49</sup> *Nebraska lets uninfected plaintiff sue for distress damages// AIDS Policy Law. – 1998. – 13(16): 10*.

<sup>50</sup> *OSHA to inspect hospitals, medical clinics for use of safer needles// AIDS Policy Law. – 1999. – 14(21): 9*.

<sup>51</sup> Речь идет в первую очередь о саморазрушающихся шприцах и других инъекционных устройствах, которые снижают вероятность травмирования острыми предметами.

вело к тому, что государство стало требовать от работодателей безопасной организации работы медиков, использования более безопасных устройств — т.е. стимулировало проведение профилактических мероприятий.

## **ТРУДОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО**

Правовые основы режима охраны труда детально описаны в Разделе X Трудового кодекса Российской Федерации. В статье 209 указывается, что охрана труда — это система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия. Принято различать вредные производственные факторы (производственные факторы, воздействие которых на работника может привести к его заболеванию) и опасные производственные факторы (факторы, воздействие которых на работника может привести к его травме).

Под безопасными условиями труда понимаются такие условия труда, при которых воздействие на работающих вредных и (или) опасных производственных факторов исключено, либо уровни их воздействия не превышают установленных нормативов. Трудовой кодекс достаточно подробно описывает гарантии работников в области защиты труда (ст. 219–226) и действия при возникновении несчастных случаев (ст. 227–230). В частности, статьей 219 предусмотрено, что каждый работник имеет право на

- рабочее место, соответствующее требованиям охраны труда;
- отказ от выполнения работ в случае возникновения опасности для его жизни и здоровья вследствие нарушения требований охраны труда, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами, до устранения такой опасности;
- обеспечение средствами индивидуальной и коллективной защиты в соответствии с требованиями охраны труда за счет средств работодателя;
- обучение безопасным методам и приемам труда за счет средств работодателя;
- компенсации, установленные в соответствии с ТК РФ, коллективным договором, соглашением, локальным нормативным актом, трудовым договором, если он занят на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

В том случае, если при исполнении работником его трудовых обязанностей происходит причинение вреда жизни и здоровью работника,

возмещение указанного вреда осуществляется в соответствии с федеральным законом (ст. 220 ТК РФ). При этом ст. 8 Закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>52</sup> предполагает, что страховое обеспечение включает:

*лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности; приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода;*

*посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным, в том числе осуществляемый членами его семьи;*

*проезд застрахованного, а в необходимых случаях и проезд сопровождающего его лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации...;*

*медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги...;*

...

*профессиональное обучение (переобучение).*

Таким образом, последствия нарушений правил охраны труда и причинения вреда здоровью медицинского работника являются достаточно затратными для общества, особенно учитывая тот факт, что многие гемоконтактные инфекции являются на сегодняшний день неизлечимыми и после появления клинически значимого заболевания (СПИД, цирроз, связанный с гепатитами В и С) требуют постоянной и весьма дорогостоящей терапии. Это означает, что общество должно быть заинтересовано в снижении количества несчастных случаев на рабочем месте и оздоровлении производственной среды.

Следует помнить, что согласно п. «д» ст. 81 ТК РФ, нарушение работником требований охраны труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия (несчастный случай на производстве, авария, катастрофа) либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий, может явиться причиной для расторжения трудового договора по инициативе работодателя (т.е. увольнения). Разумность этого положения кажется очевидной, поскольку оно призвано стимулировать выполнение требований правил охраны труда. Однако в реальности оно может приводить

---

<sup>52</sup> Федеральный закон от 24.07.1998 N125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

к неполной регистрации аварийных случаев, что вряд ли может служить социально оптимальным исходом. Скорее всего, по замыслу законодателя, речь шла о ситуациях, когда нарушитель и пострадавший являются разными лицами или несчастные случаи легко регистрируются.

Более того, в Уголовном кодексе Российской Федерации существует статья, предусматривающая наказание за нарушение правил охраны труда:

*Статья 143. Нарушение правил охраны труда*

*1. Нарушение правил техники безопасности или иных правил охраны труда, совершенное лицом, на котором лежали обязанности по соблюдению этих правил, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека, —*

*наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до одного года.*

*2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, —*

*наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.*

Ответственность по преступлению, предусмотренному статьей 143 УК РФ, наступает за неосторожное действие (бездействие), в результате которого при нарушении правил охраны труда был причинен тяжкий вред здоровью. Неосторожная вина может быть в форме легкомыслия или небрежности. Согласно статье 26 УК РФ легкомыслием является, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий, а небрежностью — если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

Как отмечает в своем Постановлении Пленум Верховного суда РСФСР<sup>53</sup>, ответственность по ст. 143 УК РФ могут нести лица, на которых

---

<sup>53</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 23.04.1991 N1 «О судебной практике по делам о нарушениях правил охраны труда и безопасности при ведении горных, строительных или иных работ» продолжает действовать в нашей стране и является одним из часто цитируемых.

в силу их служебного положения или по специальному распоряжению непосредственно возложена обязанность обеспечивать соблюдение правил и норм охраны труда на определенном участке работ, а также руководители предприятий и организаций, их заместители, главные инженеры, главные специалисты предприятий, если они не приняли мер к устранению заведомо известного им нарушения правил охраны труда либо дали указания, противоречащие этим правилам, или, взяв на себя непосредственное руководство отдельными видами работ, не обеспечили соблюдение тех же правил. В иных случаях лица, виновные в ненадлежащем выполнении своих служебных обязанностей по обеспечению безопасных условий труда, могут нести ответственность за должностные преступления (например, за непринятие мер по разработке соответствующих инструкций, по созданию условий для выполнения правил и норм охраны труда, по осуществлению надлежащего контроля за их соблюдением). Однако, если нарушение правил и норм охраны труда допущено работником, не являвшимся лицом, указанным в ст. 143 УК РФ, и повлекло последствия, перечисленные в этой статье, содеянное должно рассматриваться как преступление против личности независимо от того, имеет ли потерпевший отношение к данному производству или нет. Руководители организации, должностные лица в подобных случаях могут быть также привлечены к ответственности за злоупотребление должностными полномочиями (статья 285 УК РФ) или халатность (статья 293 УК РФ).

Хотя в здравоохранении статья 143 УК РФ широко и не применяется, этот пример из другой области призван продемонстрировать, что отсутствие обеспечения специальными средствами защиты может рассматриваться как причина для привлечения к уголовной ответственности по ст. 143 УК РФ.

Разграничение таких преступлений, как нарушение правил охраны труда (статья 143 УК РФ), и преступлений, предусмотренных статьями 285, 293 УК РФ, должно проводиться исходя из обязанностей, возложенных на конкретное должностное лицо. Субъектом (виновным лицом) преступления, предусмотренного статьей 143 УК РФ, будет лицо, на которое непосредственно возложена обязанность за обеспечение безопасных условий труда и которое игнорировало либо недобросовестно исполняло эти обязанности. А субъектом преступления, предусмотренного статьей 293 УК РФ, будет являться лицо, которое в силу своего служебного положения обязано было иметь информацию о том, каким образом обстоят дела по обеспечению безопасности на каждом участке работ, и принять соответствующие меры, чтобы несчастный случай на производстве не произошел.

При квалификации преступлений по статьям 143, 215–219 УК РФ необходимо знать, что эти преступления могут быть совершены только по неосторожности. При наличии косвенного или прямого умысла на совершение

преступлений, предусмотренных статьями 143, 215–219 УК РФ, содеянное будет квалифицироваться как преступление, предусмотренное уже другими статьями УК РФ.

При разграничении составов преступлений, предусмотренных нормами статей 215–219 УК РФ и статьей 143 УК РФ, имеет значение личность потерпевшего. Потерпевшим от преступления, ответственность за которое предусмотрена по статье 143 УК РФ, может быть только лицо, имеющее трудовые отношения с работодателем, а потерпевшим при совершении преступлений, предусмотренных статьями 215–219 УК РФ, — любое лицо, вне зависимости от наличия трудовых отношений у него с данной организацией (работодателем).

В том случае, если в отношении руководителя или лица, ответственного за соблюдение правил безопасности вступает в действие приговор, с него могут быть взысканы в гражданско-правовом порядке средства, затраченные на ликвидацию последствий нарушения правил техники безопасности. Так, в г. Туле прокурор обратился в суд с требованием взыскать с человека, осужденного по статье 143 УК РФ, средства, затраченные на выдачу пособия по временной нетрудоспособности потерпевшему. Суд отметил, что вступивший в законную силу приговор суда по уголовному делу обязателен для суда, рассматривающего дело о гражданско-правовых последствиях действий лица, в отношении которого вынесен приговор. Поскольку вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица (в данном случае в виде выплаченных пособий по нетрудоспособности), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, то суд постановил взыскать с осужденного нарушителя правил техники безопасности в пользу регионального отделения Фонда социального страхования РФ сумму, равную выплаченным пособиям по нетрудоспособности<sup>54</sup>.

Важно отметить, что необеспечение соблюдения правил охраны труда, не повлекшее последствий, предусмотренных ст. 143 УК РФ, влечет административную ответственность.

В гл. 5 «Административные правонарушения, посягающие на права граждан» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ) содержится ряд норм, устанавливающих ответственность за нарушение трудового законодательства. В соответствии со ст. 5.27 КоАП РФ нарушение законодательства о труде и об охране труда влечет наложение административного штрафа на должностных лиц

---

<sup>54</sup> Обзор судебной практики, Приложение к письму ФСС РФ от 21.03.2005 N 02–18/07–2407. «Обзор N 11 судебных решений по обязательному социальному страхованию».



в размере от пяти до пятидесяти минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц — от трехсот до пятисот минимальных размеров оплаты труда или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

КоАП РФ также устанавливает ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических нормативов.

*Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения*

*Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, —*

*влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от одного до пяти минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц — от пяти до десяти минимальных размеров оплаты труда; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, — от пяти до десяти минимальных размеров оплаты труда или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц — от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.*

Таким образом, за нарушение правил охраны труда предусмотрена уголовная, административная и гражданско-правовая ответственность, что при наличии соответствующих норм, направленных на недопущение заражения гемоконтактными инфекциями, создает мощную систему охраны труда работников. Однако важнейшим здесь является положение о разработке норм охраны труда, которые должны соответствовать современным представлениям о способах предотвращения инфицирования<sup>55</sup>, отражая последние достижения в использовании безопасных инъекционных средств и средств индивидуальной защиты персонала. Нельзя бороться с нозокомиальным инфицированием с одной стороны, и требовать разбора и промывания шприцов после использования, а также надевания на иглы колпачков, с другой. Санитарные нормы должны минимизировать вероятность аварийных ситуаций и контакта с опасными отходами одновременно.

---

<sup>55</sup> См. Сборник методических документов по обеспечению инфекционной безопасности в ЛПУ и предупреждению профессионального заражения медицинских работников инфекциями, передаваемыми с кровью. — Москва, ОИЗ, 2008.

## УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Существует несколько статей Уголовного кодекса РФ, которые могут иметь отношение к случаям заражения гемоконтактными инфекциями:

- Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности: ч. 2 ст. 118 УК РФ.
- Нарушение санитарно-эпидемиологических правил: ст. 236 УК РФ.
- Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью: ч. 2 ст. 293 УК РФ.
- Заражение ВИЧ-инфекцией: ч. 4 ст. 122 УК РФ.

Наиболее непосредственное отношение к заражению гемоконтактными инфекциями имеет ст. 122, устанавливающая уголовную ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией:

### *Статья 122. Заражение ВИЧ-инфекцией*

*1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией —*

*наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.*

*2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —*

*наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.*

*3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, —*

*наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.*

*4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, —*

*наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.*

*Примечание. Лицо, совершившее деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, освобождается от уголовной ответственности в случае, если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения.*

В части 4 комментируемой статьи указан самостоятельный состав преступления, приводящего к заражению одного лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения другим лицом профессиональных обязанностей (некачественная стерилизация шприцев, некачественная проверка донорской крови<sup>56</sup> и т.д.). В данном случае обязательно установление причинной связи между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей и наступившими последствиями. С субъективной стороны данное деяние предполагает неосторожность в виде легкомыслия либо небрежности. Если присутствует прямой или косвенный умысел, содеянное квалифицируется не по ст. 122, а в зависимости от тяжести наступившего вреда здоровью — по ст. ст. 105, 111, 112<sup>57</sup>, 115. Следует обратить внимание на то, что примечание к этой статье (о добровольном согласии на поставление в опасность) не распространяется на часть 4, соответственно, в случае ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей ответственность наступает, даже если пациент был предупрежден о риске. В последние годы прокуратура практически каждый год возбуждала уголовные дела по части 4 ст. 122 (в 2007 году в г. Сунжа, в 2006 — в г. Тверь, в 2005 — в г. Воронеж, в 2004 — в г. Калининград).

Вместе с тем, в ряде реальных случаев переливания зараженной ВИЧ-инфекцией крови прокуратура возбуждала уголовные дела не по 122 статье, а по статье 293 УК РФ (халатность). Так, в феврале 2007 г. было произведено переливание не прошедшей карантинизацию крови (оказавшейся ВИЧ+) пострадавшему в ДТП в Костроме. Возбуждено дело по ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью). Ранее, в мае 2005, роженице в роддоме в Воронеже была перелита зараженная ВИЧ кровь. Уголовное дело было возбуждено против главного

---

<sup>56</sup> В г. Боровичи Новгородской области прокуратура возбудила дело против ВИЧ-инфицированной женщины, попытавшейся сдать кровь, вначале по статье, предусматривающей ответственность за покушение на преступление (ч. 3 ст. 30 УК РФ), предусмотренное ч. 3 ст. 122 УК РФ, но затем все-таки переqualificировала на ч. 1 ст. 122. Учитывая то, что донорская кровь должна проверяться на наличие ВИЧ, подобные дела (несмотря на наличие вступившего в силу приговора) выглядят странно, поскольку предполагают отсутствие такой проверки (иначе как может появиться «поставление в опасность заражения?»), либо прокуратура считает, что в опасность заражения ставятся сотрудники станции переливания крови. Интересно и то, что заявление в прокуратуру направил главный врач станции переливания крови.

<sup>57</sup> Так по ч. 1 ст. 112 УК РФ были квалифицированы действия медсестры Р.Ф. (Красноярский край) которая заразила гепатитом С роженицу, сделав ей инъекцию заразного материала. Роженица была женой обвиняемого в укрывательстве убийства сына Р.Ф.

врача станции переливания крови по ч. 2 ст. 293 УК РФ. Дело прекращено по амнистии. Как устанавливается в статье 293:

*Статья 293. Халатность*

*1. Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба, —*

*наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.*

*2. То же деяние, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, —*

*наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.*

*3. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, —*

*наказывается лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.*

***Примечание.*** *Крупным ущербом в настоящей статье признается ущерб, сумма которого превышает сто тысяч рублей.*

В данном случае используется часть 2 статьи 293, которая посвящена причинению по неосторожности тяжкого вреда здоровью (или смерти человека). Следует отметить, что ст. 293 относится только к должностным лицам. Как отмечается<sup>58</sup>, для привлечения к уголовной ответственности по данной статье необходимо устанавливать круг и характер служебных прав и обязанностей должностного лица, нормативные акты, их регламентирующие, мотив, цель и фактические обстоятельства совершенного

---

<sup>58</sup> Постатейный комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации/ под ред. Н.А. Громова. — ГроссМедиа, 2007.

деяния, наличие причинной связи между нарушением (неисполнением) должностным лицом своих обязанностей и наступившими вредными последствиями. По делам о халатности следует также проверять, имел ли подсудимый реальную возможность выполнить эти обязанности.

В то же время по ч. 4 ст. 122 ответственность возможна для любого медработника, в чьи профессиональные обязанности входило такое поведение, которое бы не привело к заражению ВИЧ-инфекцией. Более того, даже если по счастливой случайности заражения не произошло (при переливании крови или при повторном использовании нестерильного шприца после ВИЧ-инфицированного пациента, аналогично тому, что было в Элисте и на юге России в конце 1980-х), то медработник также совершает преступление, предусмотренное частью 1 статьи 122 (для поставления в опасность заражения нет необходимости иметь эту болезнь).

Следует отметить, что за заражение гепатитами В и С уголовной ответственности уже нет, кроме как за халатность (т.е. только у должностных лиц).

Еще одна интересная коллизия возникает, когда источником опасности является пациент, и медики, в ряде стран, например США, поднимают вопрос о праве медработника отказаться от помощи пациенту в случае, если он инфицирован гемоконтактными инфекциями, для защиты собственной жизни и здоровья<sup>59</sup>. Сейчас уже признано, что подобный отказ будет не мотивирован, поскольку соблюдение предосторожностей резко снижает вероятность заражения, а вот отказ от помощи приводит к серьезным последствиям. В Российской Федерации медработник рискует совершить уголовно-наказуемое деяние, предусмотренное двумя статьями Уголовного кодекса:

- Неоказание помощи больному, ст. 124 УК РФ.
- Оставление в опасности, ст. 125 УК РФ.

И хотя сейчас в Государственной думе идет активное обсуждение отмены части 1 статьи 124 (неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного), остается часть 2, преду-

---

<sup>59</sup> Данная идея характерна для США, где у врача нет обязанности лечить обратившегося к нему пациента, что и послужило основой для судебного дела *Bragdon v. Abbot*. Речь не идет о полном отказе от помощи, а только о направлении пациента на лечение в другое учреждение, «более безопасное». Сразу заметим, что такое перенаправление не разрешено в Российской Федерации: «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», в статье 14 которого отмечается, что «ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям...»

сматривающая ответственность за неоказание помощи, которое привело к смерти или тяжкому вреду здоровью и не отменяется, и статья 125 (за-ведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние).

Кроме того, Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»<sup>60</sup> в статье 17 четко устанавливает, что

*не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.*

Более того, медработники не вправе проводить тестирование на ВИЧ-инфекцию без согласия пациента. Статья 9 упоминавшегося Закона также четко очерчивает круг лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию (это доноры и работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации — в основном часто контактирующие с ВИЧ-инфицированными), и пациентов лечебно-профилактических учреждений в этом списке нет. Формально тестирование пациента без его согласия может квалифицироваться как уголовное преступление против конституционных прав и свобод человека, предусмотренное статьей 137 УК РФ:

*Статья 137. Нарушение неприкосновенности частной жизни*

*1. Незаконное соби́рание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации, —*

*наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо*

---

<sup>60</sup> Федеральный закон от 30.03.95 года N 38–ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

*обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.*

*2. Те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения, —*

*наказываются штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев.*

При этом сбор данных будет квалифицироваться, скорее всего, по ч. 2 ст. 137, а именно как сбор сведений о частной жизни лица с использованием служебного положения<sup>61</sup>.

Другое дело, что пациент с ВИЧ-инфекцией, который не информирует медработников о наличии у него этого заболевания перед проведением парентеральных вмешательств, согласно сегодняшнему российскому законодательству, скорее всего, совершает преступление, предусмотренное ч. 1 ст. 122 УК РФ (поставление в опасность). Поскольку парентеральное вмешательство несет некоторый риск для медработника, а пациент соглашается на него, это означает, что своими действиями (согласием) ставит медработника в опасность заражения. Дело в неопределенности формулировки понятия «поставление в опасность заражения». Ранее эта формулировка присутствовала в статье, устанавливавшей ответственность за заражение и поставление в угрозу заражения венерическими заболеваниями. Разъясняя судебную практику по делам, предусмотренным этой статьей, Пленум Верховного суда СССР<sup>62</sup> указал, что следует понимать под словами «иные действия» в отношении поставления в опасность заражения:

«Иные действия, предусмотренные частью первой ст. 115 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик, могут выражаться в нарушении больным венерической болезнью гигиенических правил поведения в семье, в быту, на работе и т.п., которое заведомо для больного ставит другое лицо в опасность заражения венерической болезнью».

---

<sup>61</sup> Надо заметить, что в судебной практике США были случаи, когда хирург признавался виновным, правда, в рамках гражданского, а не уголовного дела, за тестирование пациента на ВИЧ-инфекцию без его согласия.

<sup>62</sup> Постановление Пленума Верховного Суда СССР от 08 октября 1973 N 15 «О судебной практике по делам о заражении венерической болезнью».

Надо отметить, что данное Постановление не является отмененным и может использоваться судами в случае применения ст. 122 УК РФ, тогда согласие на вмешательство без предупреждения может рассматриваться как то, что пациент «заведомо для больного ставит другое лицо в опасность заражения». Хотя нам не известны случаи использования подобного толкования ч. 1 ст. 122<sup>63</sup>, тем не менее, такая трактовка не противоречит действующим документам.

Если же пациент предупреждает медработника, то тем самым, согласно примечанию к статье 122, ответственность с него снимается, даже если произойдет несчастный случай и медработник заразится. Аналогичным образом, кстати, инфицированный ВИЧ медработник, совершающий парентеральные манипуляции, совершает преступление, предусмотренное ч. 1 статьи 122, и он может снять с себя ответственность, предупредив пациента о наличии у него ВИЧ-инфекции. Однако в том случае, если в ходе подобной процедуры пациент заразится ВИЧ, ситуация будет менее определенной, поскольку тогда медработника нельзя будет привлечь к ответственности по ч. 2 статьи 122, однако останется ч. 4 той же статьи, которая не предусматривает снятия ответственности при согласии на причинение вреда.

В отношении гепатитов В и С отдельных статей не существует, и это означает, что преступления, связанные с заражением этими инфекциями, могут квалифицироваться как подпадающие под ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность) или ч. 2 ст. 118 УК РФ (нанесение средней тяжести или тяжкого вреда здоровью по неосторожности). Возникновение ответственности по статье 236 УК РФ (нарушение санитарно-эпидемиологических правил) менее вероятно, поскольку в данном случае требуется возникновение массового заболевания (ч. 1) или смерть человека (ч. 2). Исключением может явиться заражение банка крови или введение инфицированного препарата сразу нескольким лицам. Следует отметить, что ввиду большей заразности вирус гепатита В обладает большей возможностью к возникновению массового заболевания и в литературе описаны ряд вспышек гепатита В во внутрибольничной среде, которые являлись следствием нарушения санитарно-эпидемиологических правил<sup>64</sup>.

Вместе с тем следует отметить, что уголовное преследование должно являться последним инструментом в области обеспечения безопасности

---

<sup>63</sup> Известные случаи использования части 1 статьи 122 относятся к случаям нападения ВИЧ-инфицированных на конвоиров (укусы), угрозе использования шприца с зараженной кровью, а также вступления ВИЧ-инфицированных в брак или сожительство с не инфицированными лицами без предупреждения последних о своем статусе.

<sup>64</sup> Подробнее см. Плавинский С.Л., Савина В.А. Нозокомиальная передача гемоконтактных инфекций. — Москва: ОИЗ, 2007.



внутрибольничной среды, а гражданско-правовая ответственность и регулирование безопасности труда — основными. Почему это так, будет рассмотрено в следующем разделе.

## **ЭКОНОМИКА ПРАВА И НОЗОКОМИАЛЬНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ**

Рассматривая правовые основы ситуации с нозокомиальным инфицированием, обычный подход базируется на двух допущениях:

- Необходимо анализировать только существующую нормативную базу.
- Дальнейшие усилия должны быть направлены на снижение вероятности причинения вреда.

Однако этот подход может быть подвергнут критике, поскольку нормативная база не является застывшей и постоянно модифицируется, соответственно, то, что еще вчера казалось единственно возможным, сегодня уже является лишь одной из возможностей, и часто даже не основной. Соответственно, нормативная база развивается и будет развиваться. Если это так, то можно задавать вопрос о том, развитие в каком направлении является наиболее благоприятным. Наиболее частый ответ на этот вопрос заключается в том, что надо сделать так, чтобы максимально снизить вероятность причинения вреда. Однако следует задуматься над тем, что это означает в ситуации с предупреждением аварийных ситуаций, грозящих передачей гемоконтактных инфекций. Поскольку известно, что «самая безопасная инъекция — не сделанная инъекция», то соответственно, наиболее разумным способом профилактики до полного исчезновения опасности аварийных ситуаций с острыми предметами является отказ от использования острых предметов<sup>65</sup>. Данное положение, будучи развитым до конца, означает, что, отказавшись от нанесения одного типа вреда, мы будем вынуждены нанести другой тип вреда. Эта кажущаяся простой мысль, высказанная в работе 1960 года экономистом Р. Коузом (R. Coase), практически революционизировала отношения между правом и экономикой, приведя к появлению направления «экономики права». Коуз в своей работе обратил внимание на то, что господствовавший в тот момент времени под влиянием работ Пигу (Pigou) подход к анализу нанесения вреда заключался в том, что необходимо заставить причинителя вреда возместить ущерб, обложить его налогом или вообще запретить ему заниматься деятельностью. Иными словами, основной вопрос в данной ситуации: если своими действиями А

---

<sup>65</sup> А также от секса для профилактики венерических заболеваний: «В конце концов, у нас всегда с собой инструмент для прелюбодеяния».

наносит вред В, то как можно сделать так, чтобы А не наносил вред? С точки зрения Коуза, такой подход неправилен, поскольку, как уже говорилось выше, ограничить А в нанесении вреда В можно только путем нанесения вреда А<sup>66</sup>. Иными словами, речь идет о реципрокных отношениях между А и В, а не однонаправленных. Коуз утверждает, что необходимо действовать так, чтобы предотвратить больший вред.

На самом деле данная позиция является представлением философского утилитаризма, который базируется на идее о том, что задачей общества является достижение максимального блага. Сам по себе утилитаризм явился основой многих социально-политических движений в Европе XX века, таких, как коммунизм, национал-социализм и фашизм<sup>67</sup>. В своей простейшей форме утилитаризм может привести к малопривлекательным с морально-этической точки зрения выводам (например, о том, что вполне возможно убить одного человека, чтобы спасти пятерых от смерти или даже сорок от головной боли). Поэтому современные версии, особенно в теории права, предполагают возможность попарного сравнения вреда и пользы<sup>68</sup> и возможности нарушения права человека действием только тогда, когда отсутствие этого нарушения приведет к тому, что вторая сторона столкнется с судьбой значительно худшей, чем у того, чьи права были нарушены<sup>69</sup>. В экономической теории обоснования этих требований найти невозможно, поскольку они являются следствием морально-этических норм, господствующих в обществе (а именно признания наличия врожденных, неотъемлемых прав).

Соответственно, с точки зрения такой версии утилитаризма (правового утилитаризма), полный запрет острых предметов в здравоохранении невозможен, поскольку в этом случае на одну чашу весов будут положены боль и страх одного человека (пострадавшего от аварийной ситуации), а на другую – жизнь (при отсутствии хирургической операции)<sup>70</sup>. Однако эта позиция приводит и к другим выводам:

---

<sup>66</sup> R. Coase. The Problem of Social Cost The Problem of Social Cost//Journal of Law and Economics , 1960, 3: 1–44.

<sup>67</sup> Не случайно, что экономист Вильфредо Парето, известный по формулировке правила Парето-оптимальности, являлся идеологом фашистского движения Муссолини.

<sup>68</sup> При равенстве альтернатив вмешательства не происходит.

<sup>69</sup> Следуя этим правилам, нельзя отбирать у человека жизнь, чтобы спасти любое количество жизней (тест попарности), однако можно лишить свободы на ограниченный срок, чтобы спасти жизни (принудительная изоляция при высокозаразном заболевании).

<sup>70</sup> Стоит обратить внимание на то, что обоснование риска заражения гемоконтактными инфекциями можно найти только для медработника, а для пациента аналогичных обоснований нет, поскольку сложно придумать ситуацию, в которой пациента надо было бы поставить в угрозу заражения гемоконтактной инфекцией для спасения жизни (здоровья) медработника. Соответственно, поставление в опасность заражения гемоконтактной инфекцией пациента всегда является незаконным нарушением его прав.

- Количество инъекций должно быть сокращено до необходимого минимума.
- Финансовые вопросы не могут являться основанием для ограничения использования устройств безопасности.

Таким образом, система должна быть построена так, чтобы уровень активности, сопровождающейся возможным нанесением вреда, был снижен до минимума, необходимого для адекватного лечения пациента, и при этом были бы приняты все меры для того, чтобы использование адекватных устройств безопасности снизило еще больше риск передачи гемоконтактной инфекции. Следующим вопросом становится то, какая же система может наилучшим образом обеспечить адекватный уровень использования систем безопасности. К сожалению, сформулированные выше правила не позволяют однозначно ответить на этот вопрос, поскольку слишком большие затраты на использование систем безопасности означают отказ в оказании медицинской помощи и, соответственно, возвращению к исходной позиции о том, что надо сравнивать затраты и потери обеих сторон. С этой точки зрения имеет смысл попытаться оценить общий уровень блага, как он меняется при использовании различных моделей деликтного права. В обсуждении предполагается, что возмещению подлежит имущественный и моральный вред и что суд может достаточно точно определить компенсацию морального вреда. В 1987 году S.Shavel опубликовал книгу<sup>71</sup>, которая содержала подробный анализ ряда экономических моделей в области правового предотвращения несчастных случаев.

Согласно проанализированным им моделям, в простейшем случае, когда пострадавшие не могут контролировать ситуацию, в которой возникает несчастный случай, самым оптимальным правовым методом будет *безусловная ответственность*<sup>72</sup> (strict liability), а вот при использовании *полной ответственности за причинение вреда вследствие неосторожности*<sup>73</sup> (negligence<sup>74</sup>), причинители вреда будут иметь более высокую активность, чем это социально необходимо.

В применении к вопросам профилактики гемоконтактных инфекций это означает, что лечебные учреждения будут выбирать оптимальную политику по закупке средств безопасности при использовании правила безусловной ответственности, но при использовании правила неосторожности они будут закупать только те устройства и в том количестве, которые требуются

---

<sup>71</sup> S. Shavel. Economic Analysis of Accident Law. Cambridge, Harvard University Press, – 2007, – 310 p.

<sup>72</sup> ст. 1079 ГК РФ, наиболее оптимальный подход в случае заражения пациента.

<sup>73</sup> ст. 1064 ГК РФ.

<sup>74</sup> Иногда это правило называют правилом небрежности.

для обеспечения нормативных требований, а не снижения количества несчастных случаев в данном учреждении.

С другой стороны, данное правило не полностью описывает реальную ситуацию, поскольку несчастные случаи происходят не только по причине наличия или отсутствия средств безопасности, но и в связи с действиями пострадавших, иными словами, тем, как сами медработники соблюдают требования техники безопасности (универсальные предосторожности). В этом случае единого правила, которое бы приводило к социально наиболее оптимальному результату, согласно модели Shavel не существует. Дело в том, что если используется правило безусловной ответственности, то менее осторожно начинают себя вести (будущие) пострадавшие, в нашем случае, медработники. Если используется правило ответственности при неосторожности, то фирмы (лечебные учреждения) начинают меньше следить за вредоносной активностью (т.е. не обеспечивают в оптимальном объеме правил безопасности труда). Дело в том, что та сторона, которая не отвечает за потери, начинает вести себя более рискованно. Соответственно, для выработки оптимальной стратегии необходимо определиться с тем, чей уровень активности или деятельности следует более жестко контролировать. Если надо в большей степени контролировать уровень активности пострадавших (т.е., чтобы они меньше делали инъекций, реже использовали острые предметы), то тогда следует использовать правило неосторожности, если надо контролировать причинителя вреда (учреждение), то надо использовать правило безусловной ответственности. Поскольку уровень активности пострадавших не является, чаще всего, их выбором, то представляется, что в случае необходимости профилактики заражения гемоконтактных инфекций на рабочем месте необходимо использование правила безусловной ответственности.

Ситуация, правда, осложняется тем, что в приведенных выше рассуждениях обе стороны принимались как нейтральные к риску<sup>75</sup>. В том случае, если причинители вреда имеют аверсию к риску, то правило безусловной ответственности приводит к тому, что они начинают принимать социально неоптимальные решения, «перестраховываясь» от возмещения ущерба. Аналогичным образом, правило неосторожности, как основа для ответственности, приводит к тому, что (будущие) пострадавшие начинают применять повышенную осторожность, иными словами, в ситуации использования правила безусловной ответственности риск в основном покрывается причинителями вреда (учреждением), тогда как в случае ответственности при неосторожности большая его часть перекладывается

---

<sup>75</sup> Нейтральность риска означает, что человек не делает различия между ожидаемыми потерями (произведение вероятности (риска) потерь на их величину) и истинными потерями на ту же сумму, спасающими от больших потерь. Иными словами, для риск-нейтрального индивида могут быть равноценны 50 рублей и 50% шанс выиграть 100 рублей, тогда как риск-аверсивный (не любящий риска) индивид предпочтет 50 рублей, а рисковый индивид предпочтет 50% шанс выиграть 100 рублей.

на пострадавших. В условиях отсутствия страхования модель предсказывает, что необходимо возлагать ответственность на ту сторону, которая является менее чувствительной к риску. Обычно организации являются менее чувствительными к риску, чем индивидуальные граждане, поэтому и в данном случае наиболее адекватным является использование правила безусловной ответственности в ситуации возникновения аварии и возможного заражения нозокомиальными инфекциями.

Наконец, еще одним усложнением модели является страхование ответственности и потерь. В конце концов, в Российской Федерации все работники застрахованы от несчастных случаев и, более того, существование системы оплачиваемой из социальных фондов медицинской помощи также может рассматриваться как страховка от последствий несчастных случаев. При наличии страховки и правила безусловной ответственности причинитель вреда будет приобретать страховку, и страховщик будет добиваться от него оптимального уровня предосторожности. Это будет происходить по той причине, что (возможный) причинитель вреда будет покупать полис, стоимость которого будет равна ожидаемым потерям. Соответственно, он будет заинтересован в принятии мер по уменьшению вероятности несчастного случая и снижению стоимости полиса. Однако в ситуации Российской Федерации такой тип страхования пока не распространен. С точки зрения социальной оптимальности, страхование является выгодным в случае обоих видов ответственности, особенно в тех случаях, когда размеры исков могут оказаться такими, что причинитель вреда не сможет их покрыть (и в случаях аверсии к риску, однако данный вариант по указанным выше причинам мы не рассматриваем).

Еще одной проблемой является то, что не каждый случай причиненного вреда будет приводить к выдвиганию иска. Чем выше стоимость иска для пострадавшего (с точки зрения времени, денег, потери социального статуса), тем выше вероятность того, что он не будет выдвигать иск, а это приведет к тому, что причинитель вреда не будет оптимально осторожным.

Для решения этой проблемы общество может позволить штрафные санкции, т.е. возмещение ущерба сверх того, что был нанесен пострадавшему. Очевидно, что если до суда доходит 1/10 всех несчастных случаев, то для оптимального поведения причинителя вреда необходимо, чтобы штрафные санкции за каждый дошедший до суда случай были бы в 10 раз больше (тогда ожидаемые потери становятся равными истинным). Иначе причинитель вреда не будет осторожным.

Поясним это очень важное положение на примере. Скажем, новая система саморазрушающихся шприцев стоит дополнительно 1 руб.

(7300 руб. в год дополнительно на одного сотрудника<sup>76</sup>) и снижает риск аварийных ситуаций в 10 раз. Предположим, что количество аварийных ситуаций составляет 4 на одного работника в год<sup>77</sup>. При этом риск возникновения, например, гепатита С составляет 0,24%<sup>78</sup>. Соответственно, в отсутствие новой системы в учреждении с 400 работниками за 10 лет возникнет около 10 случаев гепатита С в результате аварийных ситуаций. За то же время учреждение, если оно внедрит новую систему, потратит 29,2 млн. руб. на эту систему безопасности. Если средний размер компенсации за случай нозокомиального заражения составляет 3,5 млн. руб.<sup>79</sup>, то учреждению будет выгоднее внедрить систему (и заплатить 29 млн. руб.), чем платить 35 млн. руб. в виде компенсаций. С другой стороны, если до суда доходит только один случай, то учреждению будет выгоднее не закупать систему и заплатить один раз компенсацию. При этом с точки зрения общества внедрение системы выгоднее (потери без внедрения — 35 млн. руб., при внедрении — только 29 млн. руб.). Для того, чтобы вернуть систему к состоянию оптимальности, надо, чтобы суд применил штрафные санкции и выплата по единственному дошедшему до суда случаю была бы в 10 раз больше. Однако если эти средства пойдут пострадавшему, это может стимулировать злоупотребление правом в виде подачи «фривольных»<sup>80</sup> исков или даже попыток подстроить несчастные случаи, поскольку выплата в несколько раз превышает истинные потери пострадавшего. Поэтому штраф должен изыматься в доход государства, откуда он, в оптимальном случае будет направлен на лечение больных гепатитом С, или же должен быть напрямую направлен в фонд помощи больным медикам с этим заболеванием.

Данное описание показывает, что чисто гражданско-правовая ответственность с выплатами только одной из двух сторон не всегда является оптимальной, и это заставляет подробнее взглянуть на альтернативные методики предотвращения несчастных случаев.

Помимо гражданско-правовой ответственности, общество может напрямую регулировать безопасность деятельности, требуя для занятия опре-

---

<sup>76</sup> Цифры произвольные

<sup>77</sup> Как указывалось выше, подобные цифры вполне реальны (подробнее см. Плавинский С.Л., Савина В.А., указ. соч.).

<sup>78</sup> Считая среднепопуляционной распространенностью гепатита С 2% и вероятностью заражения при травме 3%.

<sup>79</sup> Примерно такая компенсация была назначена в случае заражения перелитой ВИЧ-инфицированной кровью роженицы, но и это стоимость жизни человека по методике «ценности статистической жизни» (подробнее о методике на русском языке см. М.И. Одинцова, Экономика права, Издательский дом ГУ ВШЭ, — М., 2007). В случае офицера из Санкт-Петербурга, также описанного раньше, компенсация морального вреда составила 4 млн. руб.

<sup>80</sup> Не оправданных, поданных в надежде на судебную ошибку в пользу «потерпевшего».

деленной деятельностью следования определенным стандартам. Регулирование права на занятие медицинской деятельностью явно относится к таким видам регулируемой деятельности.

Другим методом обеспечения безопасности является использование запретов на деятельность. В соответствии с этим подходом сторона, которая установила, что она находится в опасности со стороны других, может запросить помощь государства, чтобы возможному «вредоносцу» было запрещено делать то, что потенциально может нанести вред. Хорошо известны примеры из англосаксонского права — запрет приближаться к другому человеку. Обязательная госпитализация человека с заразной формой туберкулеза или отстранение от работы заразного медработника относятся к этой же категории. Запрещение деятельности, создающей опасность причинения вреда, предусмотрено статьей 1065 ГК РФ.

*Третий метод борьбы с рисками — требование уплаты «корректирующих» налогов (т.н. налоги Пигу), которые равны ожидаемому вреду от действий. Классическим примером является требование фирме-загрязнителю внешней среды платить налоги на загрязнение, равные ожидаемым потерям от загрязнения. В случае вредных и опасных условий труда роль корректирующих налогов играют отчисления на обязательное социальное страхование от несчастных случаев, которые, по крайней мере в теории, должны компенсировать потери от существования таких опасных и вредных условий труда.*

Четвертым подходом является использование штрафов за нанесенный вред. При этом, как и в случае гражданско-правовой ответственности, штрафы могут налагаться вне зависимости от вины причинителя вреда или только при наличии небрежности.

Ну и, в конце концов, возможно использование уголовного преследования.

Все эти подходы могут быть условно разделены на превентивные (запрет на деятельность и корректирующий налог) и пост-фактовые (когда вред нанесен — гражданско-правовая ответственность и штрафы). С другой стороны, они могут быть инициированы частным лицом или государством. В этом случае корректирующие налоги, соблюдение правил безопасности и штрафы относятся к мерам государственного воздействия, тогда как запрет на деятельность (в англосаксонской традиции) и гражданско-правовая ответственность являются по своей природе частными (хотя в ряде случаев и гражданские дела может инициировать прокурор — например, для защиты неопределенного круга лиц от заражения туберкулезом).

Что же касается уголовного преследования, оно может быть как превентивным (в результате поставления в угрозу заражения), так и пост-фактовым, может инициироваться государством или по частному заявлению.



Однако уголовное преследование всегда более дорогостояще, поскольку требует содержания системы исполнения наказаний.

S. Shavel в упомянутой книге<sup>81</sup> провел анализ факторов, которые способствуют применению той или иной системы предупреждения несчастных случаев. Согласно полученным им данным, в том случае, если причинители вреда не способны полностью оплатить причиненный вред (или причиненный вред плюс штрафные санкции в случае неполного обращения с исками), методы, базирующиеся на постфактовом привлечении к ответственности, перестают «работать». Действительно, если руководитель клиники знает, что учреждение не сможет выплатить 35 млн., и поэтому с него их будет не взыскать, то зачем ему тратить 29 млн. на систему безопасности<sup>82</sup>? Суд учтет бедственное положение клиники и ограничится только возмещением вреда без штрафных санкций, и получившийся результат будет далек от оптимальности. Это справедливо и для штрафных санкций, налагаемых государством. В этой ситуации превентивные подходы являются более привлекательными, поскольку они являются обязательными для того, чтобы учреждение просто продолжало работать. В этом случае неденежные методы, такие, как лицензирование, являются предпочтительными перед денежными профилактическими мерами (такими, например, как налоги). В том случае, если доказать вину причинителя сложно, то это также угрожает социальной оптимальности политики. Одно решение было уже описано выше – штрафные санкции в тех случаях, когда доказать удается. Однако эта методика быстро натывается на ограничения в виде нехватки средств для выплат, которые также были описаны выше. С другой стороны, сложность доказательства для конкретного причинителя вреда никак не влияет на действенность профилактических мер, привлекательность которых опять-таки возрастает. В рассматриваемых примерах данная проблема не стоит, поскольку в случае нозокомиального инфицирования есть две четко очерченные стороны – работодатель (учреждение) и работник, совпадающие с причинителем вреда (необеспечением устройств безопасности) и пострадавшим.

В том случае, если (возможный) причинитель вреда обладает большими знаниями относительно природы риска и возможных мероприятий по снижению риска, чем правительство и его агентства, то привлекательность постфактовых методов увеличивается. Это и понятно, поскольку тогда учреждение лучше понимает, где, в каких подразделениях и как будут внедряться меры безопасности, а в каких внедрение этих мер будет чрезмерным. Агентства обычно столь детальной информацией о деятельности учреждения не располагают. Если же, с другой стороны,

---

<sup>81</sup> S.Shavel, Указ соч.

<sup>82</sup> См. пример выше.



знания, которые необходимы для оценки риска, требуют специальной подготовки или исследований, то правительства и его агентства будут лучше разбираться в необходимых шагах и, соответственно, привлекательность превентивных мероприятий будет повышаться. Иными словами, если, например, учреждения хорошо знают, какова распространенность гемоконтактных инфекций у пациентов на разных отделениях, и имеют хорошую статистику аварийных случаев, то лучше использовать постфактовые методы, например, гражданско-правовую ответственность или штрафные санкции. Если же такой информации нет, превентивное регулирование агентством, на основании данных исследований, проведенных в ряде стационаров, будет наиболее адекватным<sup>83</sup>. Еще одним очень важным фактором являются административные издержки. По определению, в случае постфактовых методов административные издержки появляются только тогда, когда вред наступил. В случае превентивных мероприятий административные издержки возникают всегда — вне зависимости от того, как часто наступает вред. Соответственно, общее правило заключается в том, что если вред возникает часто, то превентивные меры являются более привлекательными, если же он редок, то более привлекательными являются постфактовые методы. Более того, профилактические мероприятия требуют постоянного мониторингования, и чем чаще меняется поведение, тем короче должен быть промежуток между повторными мониторинговыми визитами. В целом, если причинители вреда с большой вероятностью избегают ответственности или неспособны полностью оплатить вред, то преимущество остается на стороне профилактических мероприятий, если же информация о риске легче приобретается причинителями вреда и административные расходы на профилактическую систему велики, то преимущество переходит к постфактовым методам.

В том случае, если риск «размазан» и найти виновного в причинении вреда сложно, это снижает эффективность частных действий против причинителя вреда и повышает эффективность государственных мероприятий. Если информация о возможности возникновения или возникшем вреде легче доступна пострадавшему, чем государству, то повышается привлекательность частных исков. Для ситуации с нозокомиальным заражением очевидно, что пострадавший лучше всех знает о произошедшем событии. Однако это справедливо не во всех случаях, например, выброс в окружающую среду диоксинов плохо контролируется пострадавшими и значительно лучше — государством, в данном случае пострадавший

---

<sup>83</sup> Тут, правда, можно заметить, что агентство может передать информацию о риске в разных типах отделений главным врачам стационаров, и тогда постфактовая ответственность опять станет разумной альтернативой.

может даже и не знать, что его здоровью нанесен вред. Не случайно законодательство РФ предполагает возможность иска прокурором о принудительной госпитализации больного заразной формой туберкулеза — «о защите неопределенного круга лиц», поскольку окружающие могут и не знать, что им угрожает опасность.

Как уже указывалось выше, все финансовые методы контроля могут оказаться неэффективными, если у причинителя вреда недостаточно средств, чтобы компенсировать вред. В этом случае появляется привлекательность уголовного преследования. Аналогично более привлекательным становится уголовное преследование, когда высока вероятность того, что причинитель вреда избежит компенсации. Соответственно, придется прибегать к более серьезным санкциям — уголовному преследованию. Аналогичным образом привлекательность уголовного преследования увеличивается, если тяжесть вреда крайне высока, а также в случаях, когда причинитель вреда получает от этого «удовольствие». Понятно, что большинство случаев, за исключением особой тяжести последствий, является маловероятным для ситуаций нозокомиальной передачи гемоконтактных инфекций, а значит, частота применения уголовного наказания должна быть тоже невысокой, что, собственно, наблюдается в практике.

Иными словами, анализ экономических аспектов правовых механизмов борьбы с нозокомиальными инфекциями показывает, что наиболее адекватной является смешанная система, состоящая из государственных профилактических мероприятий (ввиду частоты возникновения аварийных ситуаций) в сочетании с гражданско-правовыми механизмами возмещения вреда в случае возникновения нозокомиального заражения (большие знания о ситуации заражения у пострадавших и проблема административных расходов — постоянное мониторингирование безопасности). Вместе с тем следует заметить, что пока использование частных гражданско-правовых механизмов явно недостаточно, и это приводит к социально субоптимальному уровню защиты медработников. Кроме того, как показывает пример США, результатом частых гражданских исков становится ужесточение позиции регуляторных агентств, которое приводит к более высокому уровню профилактической защиты.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Несмотря на достижения современной медицины, лабораторной диагностики и эпидемиологии, нозокомиальный путь распространения гемоконтактных инфекций продолжает оставаться одним из основных,

приводя к потере здоровья и жизни у тысяч людей во всем мире. Нозокомиальное инфицирование пациентов практически во всех случаях является предотвратимым, а заражение медработников может быть значительно снижено. Для того, чтобы достичь максимально низкого уровня заболеваемости этими инфекциями, необходимо внедрение комплекса инженерных и административных мер, которые бы снизили уровень травматизма медицинских работников, поставили барьеры на пути переливания зараженной крови (проверка и карантинизация) и предотвратили появление загрязненных отходов во внешней среде. Однако внедрение этого комплекса мер требует определенных усилий и затрат, для осуществления которых необходим ряд стимулов. Одним из таких стимулов является ответственность тех, то должен был обеспечить максимальную осторожность и предотвратить возникновение условий, приведших к заражению, за вред жизни и здоровью, явившийся следствием заражения гемоконтактными инфекциями.

В настоящий момент в Российской Федерации существует достаточно обширная правовая база, которая регулирует поведение, могущее привести к передаче гемоконтактных инфекций. Достаточно упомянуть статьи Уголовного кодекса Российской Федерации, устанавливающие ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил (предусмотрено также и Кодексом об административных правонарушениях) и заражение ВИЧ-инфекцией, положения Трудового кодекса Российской Федерации об охране труда и соответствующие им статьи УК РФ об ответственности за нарушение этих требований, не говоря уж об обычных гражданско-правовых механизмах возмещения причиненного пациенту или работнику вреда.

Однако реальная правоприменительная практика указывает на то, что созданные законодателем механизмы работают не в полную силу или не работают вовсе. Несмотря на наличие декларируемого равноправия сторон в гражданском процессе, во многих случаях исков пациентов по заражению гемоконтактными инфекциями сторона ответчика (медицинского учреждения) считала, что ей достаточно заронить обоснованные сомнения в источнике инфицирования, а не доказать возможность другого пути заражения. Хотя это и не соответствовало требованиям Гражданско-процессуального кодекса Российской Федерации, суды неоднократно становились на сторону ответчика, чему способствовала и позиция медицинских экспертов. Перекалывание необходимости сбора доказательств на истца в сочетании с использованием *de facto* презумпции невиновности для медицинского учреждения приводило к тому, что число исков возмещения вреда от заражения гемоконтактными инфекциями мало, что способствует субоптимальному использованию административных и инженерных средств защиты, поскольку исчезает один из важнейших механизмов регулирования человеческого поведения. Как отмечает судья Верховного Суда Российской

Федерации Н.А. Колоколов: «От регламентации прав до их реального обеспечения государственной властью «дистанция огромного размера». Это объективно и легко объяснимо: писанные нормы — законы далеко не всегда соответствуют реальным возможностям государства и общества по их обеспечению и, главное, правосознанию как правоприменителей, так и подавляющей части населения страны<sup>84</sup>».

Вместе с тем теоретический анализ общественной эффективности правовой политики показывает, что в большинстве случаев при заражении гемоконтактными инфекциями наиболее оптимальным судебным правилом будет правило безусловной ответственности (ст. 1079 ГК РФ). Это не противоречит и позиции законодателя, поскольку использованный шприц или игла (источник заражения вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией) могут рассматриваться как источник повышенной опасности, ибо согласно Постановлению Правительства РФ от 1 декабря 2004 N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», эти заболевания отнесены к числу «представляющих опасность для окружающих», а судами эти заболевания обычно квалифицируются как «тяжелые». Признание источников инфицирования гемоконтактными инфекциями «источниками повышенной опасности» в правоприменительной практике, очевидно, приведет к изменению баланса сил в пользу пострадавших, что, учитывая малый контроль с их стороны за возможностью заражения, является положительным. Кроме того, необходимо, чтобы правоприменители жестко соблюдали правило равноправия сторон и необходимости доказывания в суде всех обсуждаемых положений, требовали состязательности и критической оценки, а не принимали экспертное заключение «просто потому, что кто-то с дипломом сказал, что это так» (*United States v. Ingham*, 1995). Вряд ли можно считать адекватным положение, при котором суд соглашается с точкой зрения эксперта, что «М.Е.Ю. могла заразиться как при контактах с мужем, так и в результате своей профессиональной деятельности (как медсестра хирургического отделения), зубоврачебных процедурах и т.д. Конкретный путь ее заражения установить не представляется возможным в связи с отсутствием данных о верификации генотипов вирусов В и С<sup>85</sup>».

---

<sup>84</sup> Колоколов Н.А. О праве, суде и правосудии. — М.: Юнити-Дана: Закон и право, — 2006. — 687 с.

<sup>85</sup> Решение Тевризского районного суда Омской области от 31 июля 2006 г. Фактически суд использует концепцию обоснованных сомнений, не требуя доказательств существования иного пути инфицирования от стороны ответчика. При этом сомнения должны были возникнуть, наоборот, в возможности нозокомиального инфицирования жены одновременно двумя вирусами, при наличии микст-инфекции у мужа. Кроме того, суд соглашается с «заключением экспертов», однако в силу ст. 85 ГПК РФ, согласно их собственной логике (нет данных о генотипах), эксперты должны были направить в суд мотивированное сообщение о невозможности дать заключение по данному вопросу.

В последнее время в делах, посвященных инфицированию ВИЧ, негативная практика, описанная выше, наконец стала меняться. По крайней мере, в одном деле было принято решение в пользу истца, несмотря на попытки защиты ответчика использовать тактику «обоснованных сомнений», в ряде других исков были выплачены значительные компенсации. И хотя в Российской Федерации нет прецедентного права, эти решения положительно влияют на общую ситуацию. Надо помнить, что, как отмечает тот же Н.А. Колоколов, «как только количество каких-то конкретных конфликтов, разрешаемых в судах, возрастает, то данная проблема становится предметом пристального внимания других ветвей власти: законодательной и исполнительной, а также различных общественных структур<sup>86</sup>».

Таким образом, знание медицинскими работниками и пациентами своих прав в области предотвращения инфицирования гемоконтактными инфекциями и возмещения вреда в случаях наступления неблагоприятных последствий с готовностью защищать свои нарушенные права в суде является важнейшим условием повышения безопасности медицины и стимулирования внимания «других ветвей власти» к этой проблеме. Необходимо большее внимание юридической и медицинской общественности к этой проблеме. Общим результатом будут более безопасные медицинские учреждения и более качественная медицинская помощь.

---

<sup>86</sup> Колколов Н.А. Указ. соч.



МЗ  
УКЦ

Москва  
2009